

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, 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: Ziota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynek do kazuistyki i chirurgii niedrożności jelit. Podał T. Solman. — Kilka słów o użyciu leku wymiotnego po zastosowaniu surowicy przeciwbłoniczej w błonicy krtań. Podał Feliks Arnstein. — **Wykłady kliniczne.** Operacyjne leczenie kamieni żółciowych według Riedel'a. — **Streszczenia i wyciągi.** 199. O zaburzeniach czucia skórnoego w cierpieniach narządów wewnętrznych, 200. Uwagi nad leczeniem guzłicy jajowodów i macicy, 201. O żółtaczce zakaźnej u dzieci, 202. Usuwanie kamieni żółciowych z przewodu wspólnego przez cięcie dwunastnicy, 203. Leczenie liszaja parchowego na głowie. — Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc listopad r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HERDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r T. Solman — Constriction de l'intestin iléon par l'appendice coecal, 2) D-r F. Arnstein — Sur l'emploi des vomitifs après le sérum antidiphthérique dans la diphthérie du larynx.

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

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r T. Solman — Abknickung des Ileum durch den Wurmfortsatz, 2) D-r F. Arnstein — Ueber die Verabreichung von Brechmitteln nach Anwendung des antidiphtherischen Serums bei Kehlkopf-diphtherie.

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

Z ZAKŁADU CHIRURGICZNEGO D-RA SOLMANA.

PRZYZYNEK DO KAZUISTYKI I CHIRURGII NIEDROŻNOŚCI JELIT.

Zaciśnięcie jelita biodrowego wyrostkiem robaczkowym,

ostra niedrożność jelit, laparotomia, wyzdrowienie.

podał

T. SOLMAN.

Pomyślny wynik laparotomii w ostrej niedrożności jelit jest przypadkiem dosyć rzadkim, pomimo, że znakomite postępy współczesnej chirurgii teoretycznej, klinicznej i operacyjnej pozwalają spodziewać się coraz lepszych wyników chirurgicznego leczenia ostrej niedrożności jelit. Niepomyślne wyniki zależą w większości przypadków do istoty cierpienia i wywołanych zmian miejscowych i ogólnych, przebiegających wśród gwałtownych objawów, częstokroć jednak przyczyną złego zejścia jest nie anatomiczna przyczyna nie-

drożności i jej skutki, nie samo przez się wykonanie operacji, lecz zbyt późne przystąpienie do zabiegu chirurgicznego. Starajmy się posiadać jak najwięcej wiadomości z dziedziny anatomii patologicznej, symptomatologii oraz chirurgii ostrej niedrożności jelit, wtedy będziemy mogli wcześniej istotę choroby i jej następstwa rozpoznać i wcześniej również chorego do operacji skierować, a niewątpliwie przy wczesnem i dokładnem rozpoznaniu, przy wczesnem i umiejętnem dokonaniu operacji wyniki chirurgicznego leczenia ostrej niedrożności będą coraz lepsze. Im więcej będziemy mieli dokładnych opisów tych przypadków niedrożności jelit, w których dzięki operacji przyczyna niedrożności wykryta i usunięta została, tem większy będzie zakres odnośnych wiadomości wśród chirurgów i internistów, tem łatwiejsza będzie droga do postępu. Wychodząc z tej zasady, ośmielam się przedstawić Szanownym Kolegom spostrzegany przezemnie przypadek pomyślnego wyniku laparotomii w ostrej niedrożności jelit, spowodowanej zaciśnięciem jelita biodrowego wyrostkiem robaczkowym.

19 lutego r. b. kol. KĘDZIERSKI z Serocka przywiózł do lecznicy mojej chorą, u której od niespełna trzech dni trwają silne bóle w brzuchu, wymioty, zaparcie stolca, a stan ogólny staje się coraz gorszym. Powyższe cierpienie rozpoczęło się nagle wieczorem, 16 lutego, a mianowicie w parę godzin po spożyciu dużej ilości świeżego ciasta, w postaci pączków: chora uczuła ból w brzuchu, szczególnie silny w okolicy pępka i w prawym dole biodrowym, wkrótce wystąpiły nudności i wymioty, początkowo pokarmami, następnie żółcią, a od kilkunastu godzin płynem o zapachu kałowym, stolca i wiatrów chora oddać nie mogła. Po użyciu środków przeczyszczających cierpienia wzmożły się, a ogólny stan stopniowo zaczął się pogarszać. Małe dawki mawkowca złagodziły cokolwiek ból, lecz nie usunęły pozostałych objawów. Wobec niedających się usunąć środkami wewnętrznymi objawów ostrej niedrożności jelit, zabieg chirurgiczny uważany był przez kol. KĘDZIERSKIEGO za konieczny, i w celu dokonania operacji przywieziono chorą do lecznicy.

Chora lat 49, wzrostu wysokiego, prawidłowej szczupłej budowy, odżywiania umiarkowanego, zamężna od lat 30, rodziła ośm razy, ostatni poród przed dziewięciu laty, miesiączkowanie prawidłowe zazwyczaj, od roku występuje z opóźnieniami i nieobficie. Od lat wielu, niejednokrotnie, po zjedzeniu obfitszej, niż zwykle, ilości pokarmów występowały u chorej nudności, bóle w brzuchu, zaparcie stolca, stan taki wkrótce mijał sam przez się lub po zastosowaniu środka przeczyszczającego. Dwa lata temu podczas jednego z takich napadów bólu w brzuchu chora zauważyła w prawym dole biodrowym guz wielkości pięści, bolesny przy dotykaniu, guz ten po kilku tygodniach sam przez się znikł, bóle, chociaż słabe, trwały jednak przez czas dłuższy, a oddawanie stolca było utrudnione, rzadkie. Na tydzień przed obecnem cierpieniem chora po zjedzeniu pączków uczuła silne bóle w brzuchu, wymiotowała, po użyciu oleju rącznikowego, po wypróżnieniu objawy powyższe minęły, wystąpiły zaś z niebywałą siłą w dniu 16 lutego.

Przy badaniu chorej w lecznicy w początku trzeciej doby od chwili wystąpienia pierwszych objawów chorobowych znalazłem zmiany następujące: Rysy twarzy chorej zaostrome z wyrazem cierpienia i znużenia, wzrok wygasły. Tętno 90 na minutę, regularne, ciepłota ciała 37° C., oddech rzadki powierzchowny, kończyny chłodne, sine. Brzuch jednostajnie nie zbyt silnie wzdęty; pod dosyć cienkimi powłokami brzuszными wyraźnie zarysowują się pętle

wzdętych kiszek, pętle te na całej przestrzeni brzucha co parę minut ulegają silnemu ruchowi robaczkowemu, ruchowi temu towarzyszy ból w brzuchu i zjawiają się od czasu do czasu wymioty płynem koloru kawowego o mdłym kałowym zapachu. Wśród zarysowujących się pętlit jelit nie dostrzegamy żadnej pętli nieruchomo w jednym położeniu pozostającej. Obmacywanie wykazuje jednostajnie wzmożoną odporność na całej powierzchni brzucha, przy słabym ucisku brzucha chora skarży się na ból, najsilniejszy przy ucisku w prawym podbrzuszu. Wszelkie wyczuwalne otwory przepuklinowe są wolne. Na całym brzuchu jednostajny odgłos wypukowy bębenkowy, o tonie właściwym dla cienkich kiszek, bębnicy miejscowej, objawu WAHL'a, brak. Przy badaniu przez pochwę czuć wzmożoną odporność jelit w jamie DOUGLAS'a. W odbytnicy brak kału, cokolwiek bezkrwawego śluzu. Po wprowadzeniu do odbytnicy zgłębnika gumowego, po wlaniu małej nawet ilości wody, występują silne bóle w brzuchu, a woda niezabarwiona kałem natychmiast niemal wylewa się, wiatry nie odchodzą. Pęcherz moczowy pusty, chora oddaje często niewielkie ilości moczu mocno zabarwionego. W moczu brak białka. W płucach i w sercu widocznych zmian nie znaleziono.

Powyżej przytoczone ostre objawy — zaparcie stolca, wymioty kałowe, ból w brzuchu, upadek stanu ogólnego — wskazywały, że w danym przypadku istnieje ostra niedrożność jelit, wobec zaś wzmożonego ruchu robaczkowego kiszek można było twierdzić, że niedrożność była mechaniczna, zależna od zamknięcia światła кишки pewnym tworem, którego istotę i umiejscowienie pożądanem było bliżej określić przed przystąpieniem do operacji. Raptowny początek i gwałtowny przebieg choroby z silnym napadem początkowego bólu, a następnie ze stałym, choć słabszym bólem w brzuchu, z szybkim zjawieniem się wymiotów, które już drugiego dnia przybrały charakter kałowy, z zupełnem zaparciem stolca, ze wzmagającymi się objawami zapaści, przy stanie bezgorączkowym, najwięcej przypominał te postacie ostrej niedrożności jelit, które przy ucisku jelita tworami powrozkowatymi, przy raptownem zagięciu i przy wewnętrznych uwięźnięciach spotykamy. Brak wyczuwalnych zmian miejscowych w brzuchu w postaci obrzęku, wytworzonego unieruchomioną pętlą jelita lub nowotworem, pozwalały wyłączyć skręcenie кишки, wgłobienie i nowotwór, uciskający kishkę od zewnątrz. O zwężeniu jelita od wewnątrz z raptownem zupełnem zamknięciem światła trudno było wypowiedzieć stanowcze zdanie, chociaż wywiady, świadczące poniekąd o przemijającej niedrożności jelit, a następnie ruch jelit wzmożony, który zazwyczaj przy dawno istniejących zwężeniach dolnego odcinka jelit spotykamy, pozwalały przypuszczać, że u chorej oddawna istniało pewne zwężenie światła кишки, obecne zaś objawy ostrej niedrożności wystąpiły z chwilą zupełnego zamknięcia światła jelita. Wobec powyższych danych i ich krytycznego rozbioru najbardziej skłaniałem się do przypuszczenia, że ostra niedrożność jelit zależała bądź od zaciśnięcia tworem powrozkowatym bądź od dawnego wewnętrznego zwężenia z raptownem całkowitem zamknięciem światła кишки. Zastanawiając się nad siedliskiem przyczyny niedrożności doszedłem do wniosku, że prawdopodobnie dolny odcinek cienkiej кишки uległ zaciśnięciu, przemawiały za tem przypuszczeniem takie objawy, jak gwałtowny początkowy, a następnie słabszy, lecz stały ból w brzuchu, wczesne wymioty kałowe, prędką skłonność do zapaści, które to objawy przeważnie, choć nie wyłącznie przy zaciśnięciu cienkich kiszek spotykamy, głównie jednak za

niedrożnością w dolnym odcinku jelita biodrowego przemawiała duża ilość prędko poruszających się, jednostajnie umiarkowanie wzdętych pętlów cienkich kiszek, zarysowujących się głównie w śródbrzuszu i w podbrzuszach, przy braku nadmiernie wzdętych pętlów kiszek w okolicach lędźwiowych, pętlów o głośnym tonie bębnowym, które to objawy podług NOTHNAGEL'a, świadczą częstokroć o niedrożności w dolnej części grubej кишки. Duża ilość jednostajnie wzdętych pętlów cienkiej кишки przemawiała za istnieniem przyczyny niedrożności w dolnej części jelita biodrowego. Na zasadzie powyższych danych rozpoznanie przedoperacyjne było następujące: ostra mechaniczna niedrożność dolnego odcinka cienkiej кишки, spowodowana bądź zaciśnięciem tworem powrózkowatym, bądź też raptownem zamknięciem światła jelita w miejscu poprzednio istniejącego zwężenia wewnętrznego.

Wobec bezskuteczności środków wewnętrznych, wobec bezskuteczności wlewań sposobem HEGAR'a, wobec stopniowo, a stale pogarszającego się ogólnego stanu chorej, postanowiłem, zgodnie z kol. KĘDZIERSKIM, jaknajprędzej do laparotomii przystąpić.

Operację wykonałem w kilka godzin po przybyciu chorej do lecznicy przy łaskawym współudziale kolegów BORSUKA KĘDZIERSKIEGO i ZEMBRZUSKIEGO. Uśpienie chloroformem, przy użyciu przez umiejętnie kropłowanie jaknajmniejszej ilości chloroformu. Cięcie powłok brzusznych od pępka do spojenia łonowego wzdłuż linii białej. Po przecięciu otrzewny wypłynęła z jamy brzusznej niewielka ilość wysięku surowiczokrwawego. Przez ranę starając się wysunąć rozdęte, silnie przekrwione pętle cienkich kiszek, otrzewna ich błyszcząca jasnoczerwonego koloru. Wprowadziłem rękę do jamy brzusznej, aby się przekonać, czy nie wyczuję przeszkody mechanicznej w postaci powrózka, skrętu, guza, oraz aby wynaleźć między rozdętymi pętlami jelit pętlę zapadniętą, która służyłaby mi kierownikiem do odnalezienia właściwego miejsca zaciśnięcia. Badanie ręką wśród licznych rozdętych pętlów kiszek było trudne, wydobyłem zatem na zewnątrz kilka pętlów, a owinawszy je serwetami wyjałowionymi, oddałem jednemu z pomocników do trzymania, tak aby więcej pętlów na zewnątrz się nie wysuwało. Otrzymawszy więcej luźnej przestrzeni w jamie brzusznej, skierowałem poszukiwanie zapadniętej pętli do okolicy кишки ślepej i do wstępującej części okrężnicy, okazało się, że powyższe кишки są zapadnięte, że zatem zaciśnięcie znajduje się, tak jak przypuszczałem, w kiszce cienkiej. Mając zamiar kierować się od *valvula Bauhini* ku górze, postanowiłem przedewszystkiem uwidocznić okolicę ślepej кишки i wpust jelita biodrowego. Rozsunąwszy ranę powłok brzusznych, odsunąwszy zwój cienkich kiszek ku kręgosłupowi, uwidocznilem okolicę ślepej кишки, a wtedy natychmiast wyszła na jaw właściwa przyczyna niedrożności, a mianowicie okazało się, że jelito biodrowe w odległości 4 ctm. od кишки ślepej zaciśnięte jest wpoprzek tworem powrózkowatym, po za którym ku górze kiszka jest przegięta, rozdęta i silnie przekrwiona. Twór powrózkowaty wytworzony był przez wyrostek robaczkowy, który, wychodząc z bocznej wewnętrznej powierzchni ślepej кишки, kierował się ku górze, okalał przednią powierzchnię dolnego końca jelita biodrowego i końcem swym przyrośnięty był do krezki wspomnianej кишки, wyrostek tworzył tym sposobem arkadę, pod którą znajdowało się całkowicie zaciśnięte jelito. Wyrostek robaczkowy był długi 9 ctm., o średnicy 1 ctm., błydy, o błyszczącej powierzchni otrzewnowej, na pozór pusty wewnątrz. Widocznem było, że po oddzieleniu wyrostka robacz-

kowego z miejsca przyczepu do kreski zniesione będzie spowodowane nim zaciśnięcie. Oddzieliwszy i przeciąwszy pomiędzy dwiema pincetami krótkie pasmo włókniste, idące od wierzchołka wyrostka ku krezce, uniosłem ostrożnie wyrostek robaczkowy ku górze, przyczem okazało się, że w miejscu zaciśnięcia znajduje się na kiszce poprzeczna bruzda strangulacyjna, blado-siną, otrzewna matowa, nie pęknięta, bez cech wyraźnych zgorzeli. Natychmiast po zniesieniu zaciśnięcia pusta część jelita biodrowego i ślepa kiszka poczęły z wolna napęlić się gazami i kałem. Nałożywszy nawiązki na części, ujęte kleszczami przy krezce i przy końcu wyrostka, przekonaawszy się, że kanał wyrostka był zamknięty, ułożyłem wyrostek przy bocznej wewnętrznej powierzchni ślepej kiszki końcem ku dołowi. Miałem chwilowo zamiar wyciąć cały wyrostek, lecz z uwagi na prawidłowy stan wyrostka i na zbyt znaczne a szkodliwe przedłużenie operacji nie wykonałem tego zabiegu. Przekonaawszy się, że w miejscu zaciśnięcia kiszki nie nastąpiło przedziurawienie, i że ze względu na niezbyt daleko posunięte zmiany w bruździe jelita można było nie obawiać się następczego przedziurawienia, oczyściłem dół biodrowy i jamę DOUGLAS'a z niewielkiej ilości płynu otrzewnowego i przystąpiłem do wprowadzenia do jamy brzusznej pętlic jelit, na zewnątrz powłok brzusznych się znajdujących. Dzięki samoistnie zmniejszonemu naprężeniu cienkich jelit wskutek przedostania się ich treści do kiszki grubej, wprowadzenie odbyło się dosyć łatwo. Trzywarstwowym szwem powłok brzusznych zakończyłem operację, trwającą niespełna pół godziny. Operacja wykonana była pod osłoną ściślej wilgotnej aseptyki.

Z chwilą ukończenia operacji chora przestała wymiotować, i przez cały czas przebiegu pooperacyjnego wymioty więcej się nie zjawiały. Bóle w brzuchu w słabym stopniu trwały przez dwa dni po operacji, a od trzeciego dnia całkowicie niemal ustąpiły. Makowca chora nie dostawała, a tylko pierwszego i drugiego dnia na noc zastrzyknięto $\frac{1}{8}$ grana morfiny, więcej w celu sprowadzenia snu, niż w celu złagodzenia bólów. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy, przy tętnie pierwszego dnia po operacji 100 a następnie 80, o typie prawidłowym. W nocy po operacji chora oddała cokolwiek wiatrów, po czem poczuła znaczną ulgę w dolegliwościach brzusznych. Pierwsze wypróżnienie nie zbyt obfite było samo przez się w trzy dni po operacji; piątego dnia chora zażyła dwie kapsułki oleju rącznikowego, w kilka godzin później było parę obfitych, prawie bezbolesnych wypróżnień. Od siódmego do dziewiątego dnia bardzo częste stolce rzadkie, później wypróżnienia prawidłowe codziennie same przez się lub po ławatywie. Ogólny stan chorej już w kilka godzin po operacji zaczął się poprawiać, przez pierwszy tydzień chora skarżyła się jednak na znaczne osłabienie, w drugim tygodniu siły z wolna zaczęły przybywać. Rana powłok brzusznych zagoiła się przez rychłozrost. W trzy tygodnie po operacji chora zupełnie zdrowa i silna opuściła lecznicę. Obecnie otrzymane wiadomości o stanie zdrowia operowanej są pomyślne.

(D. n.).

Kilka słów o użyciu leku wymiotnego

po zastosowaniu surowicy przeciwbłoniczej w błonicy krtani¹⁾.

Podał

FELIKS ARNSTEIN.

Przewrót, jakiego dokonała w leczeniu błonicy wykryta przed kilku laty przez BEHRING'a i Roux surowica przeciwbłonicza, wysunął sprawę leczenia błonicy na pierwszy plan. Leczenie błonicy za pomocą surowicy stanowi jedną z ważniejszych spraw bieżącej chwili i jest ciągle jeszcze przedmiotem rozpraw naukowych i sporów; akt w tej sprawie dotąd nie można uważać za zupełnie zamknięte. A jednak bogaty materiał statystyczny i kazuistyczny, zebrany w ostatnich kilku latach, nie pozwala prawie wątpić o skuteczności surowicy w leczeniu błonicy. Szczególnie przypadki błonicy krtani, które dawały dawniej tak wielki procent śmiertelności, a dziś przy leczeniu surowicą tak często kończące się pomyślnie, już to bez tracheotomii, już przy pomocy tego rękoczynu, są tego najlepszym dowodem. Jeżeli od czasu do czasu odzywają się głosy mniej lub więcej nieprzychylne dla tej metody leczniczej, jak np. w ostatnich czasach KASSOWITZ'a, przypisać to należy w części pewnemu uprzedzeniu, a w części opieraniu swych wniosków na teoretycznym rozważaniu, które tak często prowadzi na manowce w sprawach, dotyczących kliniki.

Jakkolwiek więc skuteczność leczenia błonicy za pomocą surowicy zdaje się według mego przekonania nie ulegać wątpliwości, a leczenie surowicą uważane być musi w chwili obecnej za najlepszą metodę leczenia błonicy i najczęściej wystarcza do doszczętnego usunięcia choroby, nie wyłącza jednak w zupełności użycia środków pomocniczych, których zastosowanie we właściwym czasie bardzo wspiera leczenie zasadnicze, a niekiedy zadosyć czyni ważnemu wskazaniu chorobowemu. Mam tu głównie na myśli użycie środka wymiotnego w błonicy krtani, którego zastosowanie w pewnych przypadkach i we właściwej chwili po zastrzyknięciu surowicy okazać się może wielce pożytecznem, a często wprost zbawiennem.

O fakcie tym kilkakrotnie miałem sposobność się przekonać, a że przeglądając bogatą literaturę z ostatnich lat, dotyczącą leczenia błonicy, nigdzie nie znalazłem wzmianki o stosowaniu leków wymiotnych obok leczenia surowicą, przeto chcę o tej sprawie słów kilka powiedzieć.

Surowica, jak wiadomo, wywiera swe lecznicze działanie w błonicy dzięki przedewszystkiem i głównie zubożeniu jadu błoniczego, wydzielanego przez laseczniki LOEFFLER'a, i pod tym względem ma znaczenie prawdziwego leku swoistego. Obok tego nie małe znaczenie ma surowica przeciwbłonicza pod względem działania na same błony rzekome. Liczne i dokładne spostrzeżenia dowiodły, że w kilka lub kilkanaście godzin po zastrzyknięciu surowicy naloty błonice w gardzieli pulchnieją i zaczynają się oddzielać mniejszymi lub większymi płatami od powierzchni błony śluzowej, co się też objawia wydzielaniem gęstych mas, złożonych ze śluzu, rozpadłych błon rzekomych, często zmieszanych ze krwią, już to same przez się, już przy przestrzykiwaniu gar-

¹⁾ Podług odczytu, wygłoszonego w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem w dniu 29 Listopada 1898 r.

dzieli. W błonicy krtani skutkiem takiego rozpulchnienia i oddzielania się błon rzekomych często przy pobudzeniach kaszlowych następuje powolne ich wydzielanie i stopniowe ustępowanie objawów zwężenia; niekiedy jednak, jak to miałem sposobność się przekonać kilka razy, po chwilowem nawet zwiększeniu się objawów asfiktycznych, spowodowanych nagromadzeniem się rozpulchnionych błon rzekomych w krtani, nagle występuje gwałtowny napad kaszlu z wymiotami, przyczem wydzielają się obficie gęste masy, złożone ze śluzu, błon rzekomych, często zmieszanych z krwią, poczem następuje natychmiastowa ulga, a następnie stopniowa poprawa i wyzdrowienie. Za dowód tego służyć może następujący przypadek: dziecko 2 $\frac{1}{4}$ letnie zachorowało przed kilku dniami. Choroba zaczęła się od nieznacznej gorączki, ogólnego niedomagania i lekkiego kaszlu, który stopniowo przybierał charakter kaszlu krupowego, skutkiem czego zasięgnięto mej porady. Przy badaniu znalazłem na tylnych łukach podniebiennych i języczku naloty błonice, gruczoły na szyi umiarkowanie obrzękłe i bolesne, kaszel suchy; ogólny stan dziecka zadawałający. Nazajutrz rano wobec wyraźnych objawów zwężenia krtani zastrzyknąłem flakon surowicy warszawskiej. Wieczorem tego dnia stan dziecka gorszy; bardzo trudny oddech, głębokie wciąganie górnej części brzucha, kaszel nie częsty, suchy, szczekający. Wobec tak groźnego stanu dziecka zaproponowałem tracheotomię, na którą się rodzice nie zgodzili; dziecko więc uważałem za stracone i tylko na usilne żądanie rodziców jeszcze raz zastrzyknąłem flakon surowicy. Nad ranem dnia następnego podczas przestrzykiwania gardzieli nastąpił silny napad kaszlu z wymiotami, przyczem wykrztuszone zostały w wielkiej obfitości błony rzekome zmieszane z krwią, poczem nastąpiła natychmiastowa ulga tak, że przy wizycie mojej rano znalazłem stan następujący: dziecko siedzi spokojnie w łóżeczku, oddech zupełnie swobodny, od czasu do czasu kaszel wilgotny. W ciągu kilku dni dziecko wróciło do zdrowia.

W kilku znowu przypadkach po jedno lub dwukrotnem zastrzyknięciu surowicy przeciwbłonicej widziałem pomimo niejakej poprawy w stanie ogólnym znaczne wzmożenie objawów asfiktycznych, kompletne napady zaduszania.

Przypuszczając w przypadkach tych zależność niepokojących objawów od niemożności wydzielania się oddzielonych błon rzekomych z krtani skutkiem braku kaszlu, co tak często ma miejsce w błonicy krtani w późniejszych okresach choroby, zdecydowałem się na podanie leku wymiotnego, które też uwieńczono zostało najpomyślniejszym skutkiem. Na dowód tego podaje jeden z pierwszych przypadków, w którym zastosowałem lek wymiotny z dobrym wynikiem. Do chłopca przeszło 3-letniego, silnie zbudowanego, zostałem wezwany z przyczyny suchego kaszlu od 2 dni trwającego. Przy badaniu znalazłem ciepłość ciała podniesioną do 38,5°; błona śluzowa całej gardzieli lekko zaczerwieniona, na łukach podniebiennych nieznaczne naloty błonice, gruczoły na szyi obrzękłe, głos nieco ochryply, kaszel suchy z lekkim odzieniem krupowym, oddech mało utrudniony. Następnego dnia wyraźniejsze objawy zwężenia krtani, wciąganie górnej części brzucha, kaszel suchy, szczekający. Zastrzyknąłem flakon surowicy warszawskiej, a następnego dnia skutkiem postępującego pogorszenia powtórnie. Wieczorem tego dnia wielki niepokój, dziecko nawpół przytomne rzuca się, oddech bardzo utrudniony, sinica. Wobec tak groźnego stanu, zdecydowałem się na zastrzyknięcie podskórne pół centygrama apomorfiny. W kilka minut nastąpiły wymioty, przy których wykrztuszone zostały w wielkiej obfitości rozpadłe błony rzekome,

zmieszane ze śluzem i krwią, poczem nastąpiła natychmiastowa znakomita ulga. W kilka godzin później znalazłem dziecko w stanie zupełnie zadawalającym, i od tej chwili następowała stopniowo poprawa i ostatecznie wyzdrowienie.

W przypadku tym wyleczenie zawdzięczyć należy bez wątpienia dwukrotnemu zastrzyknięciu surowicy; nie małą jednak skuteczność przypisać należy lekowi wymiotnemu, który we właściwej chwili użyty wiele się przyczynił do pomyślnego zejścia, a to przez mechaniczne usunięcie błon rzekomych z krtani i grożącego niebezpieczeństwa.

Leki wymiotne w czasach przedsurowiczych były w obszernem użyciu w błonicy krtani — w tak zwanym krupie, najczęściej bezskutecznie, często ze szkodą skutkiem przyspieszenia porażenia serca, które i tak grozi zawsze choremu na błonicę. Dziś przy leczeniu surowicą bynajmniej nie potrzebujemy się tego obawiać, szczególnie gdy raz jeden zastosujemy lek wymiotny.

Jeżeli HEUBNER w wykładzie swym o leczeniu błonicy powiada, „że po za surowicą leczyć należy błonicę, jak dawniej, nawet starannie, gdyż obecnie stare środki więcej, niż dawniej, pomagają“, to w tym względzie w zupełności z nim zgodzić się można. Dotyczy to i leków wymiotnych, które po zastrzyknięciu surowicy we właściwych przypadkach i we właściwej chwili użyte mogą przynieść prawdziwy pożytek.

Sądzę przeto na mocy wyżej przytoczonych danych, że leki wymiotne powinny znaleźć zastosowanie w błonicy krtani, gdy po jedno lub dwukrotnem zastosowaniu surowicy skutkiem braku kaszlu nie następuje wydzielenie się błon rzekomych i oczekiwana poprawa; sądzę dalej, że zanim się zdecydujemy w odpowiednich przypadkach na dokonanie tracheotomii, należy wprzód spróbować podanie leku wymiotnego, który może nieraz uczynić zbytecznym ten bądź co bądź nieobojętny rękoczyn.

WYKŁADY KLINICZNE.

Operacyjne leczenie kamieni żółciowych, podług RIEDEL'A*).

Przystępujący do operacji kamieni żółciowych powinien pamiętać, by 1) po utworzeniu otrzewny jaknajdokładniej zdać sobie sprawę z danego przypadku. W tym celu nie należy być zbyt wstrzeźliwym z cięciem ściany brzucha, bowiem nie będzie to wielką krzywdą dla chorego, że rana ściany brzucha jest o parę centymetrów za długa. Musimy następnie usunąć wszelkie zrosty, by uprzyścić cały przyrząd żółciowy zarówno dla palca jak i dla wzroku. Dopiero po dokonaniu rzeczono 2) zastanawiamy się nad tem, jaki zabieg jest najbardziej odpowiedni w danym przypadku — a musi on być najmniej niebezpieczny dla chorego i jaknajbardziej zapewniający temuż zupełne wyzdrowienie. Dodać na-

*) Wykład ten podajemy, jako dalszy ciąg streszczenia, oprowanego przez koł. S. MINTZA „Kamica żółciowa w świetle nowych teoryj RIEDEL'a“, Medycyna Nr. 48 i 49 r. b.

leży, że zanim otworzymy otrzewną, wobec niemożliwości zrobienia uprzednio dokładnego rozpoznania, musimy być przygotowani bodaj na najcięższy zabieg. Wreszcie 3) należy być odpowiednio przygotowanym do następczego leczenia, bowiem w okresie pooperacyjnym mogą wystąpić swego rodzaju zaburzenia, wymagające należytego doświadczenia.

Rozpoznając obecność kamieni tylko w pęcherzu żółciowym, względnie prawidłowym, postępujemy w sposób następujący. Ścianę brzucha otwieramy cięciem podłużnym, przebiegającym odpowiednio do położenia pęcherza żółciowego na prawo i już to mniej, już to bardziej daleko od smugi, rozpoczynając je w rozmaitej odległości od prawego łuku żeberowego. Po otworzeniu jamy otrzewnej, przystępujemy do obmacania oraz obejrzenia pęcherza, tudzież przewodów natychmiast, skoro nie mamy zgola żadnych zrostów. W przeciwnym razie po odchyleniu przez pomocnika wątroby ku górze, oddzielamy najpierw zrosty pęcherza z siecią, poprzecznicą, dwunastnicą bądź to na tępo, bądź za pomocą noża. Te ostatnie narządy, po oddzieleniu, za pomocą serwetki odsuwamy w głąb'i ku dołowi. Oglądamy i obmacujemy najpierw pęcherz, zwracając uwagę na jego objętość, na grubość ścian, wreszcie na zawartość. Następnie z dużą łatwością robimy to samo z przewodem żółciowym wspólnym, zawartym w więzie wątrobowo-dwunastnicowym, bacząc, czy nie zawiera on w sobie kamieni. Daleko trudniej udaje się to z przewodem pęcherzowym, bowiem skoro tylko nie możemy wystarczająco unieść wątroby ku górze, musimy ograniczyć się do obmacania owego przewodu. Gruczoł chłonny, leżący tuż obok tego ostatniego przewodu, często obrzmiewa; podczas obmacywania daje on powód do wadliwego rozpoznawania kamienia lub bliznowatego zwyrodnienia ściany samego przewodu. By uchronić się od tego rodzaju pomyłki należy możliwie jaknajbardziej unieść wątrobę ku górze, przewód odpreparować na całej długości i w ten sposób, już to oglądając, już to jeszcze raz obmacując, upewnić się co do stanu omawianego przewodu.

Skoro wyłączyliśmy obecność złożeń w obu wyżej wymienionych przewodach, w dalszem swem postępowaniu kierujemy się wielkością oraz zawartością pęcherza żółciowego. Jeżeli pęcherz opuszcza się na 2—3 ctm. poniżej brzegu wątroby, zaś przez ścianę jego prześwieca zawartość żółciowa lub surowicza, wówczas po przykryciu otaczających narządów za pomocą serwetek, podstawiamy pod pęcherz wyjąłwione naczynko, zaś sam pęcherz po ujęciu go za dolny brzeg za pomocą 2 szczypczyków przedziurawiamy, wbijając doń ostrze cienkiego noża. Zawartość płynna cienkim strumieniem wylewa się do podstawionego naczynka, zaś złoże usuwamy już to za pomocą kleszczyków, już to łyżki, już to wreszcie pocierając pęcherz w kierunku od szyi ku otworowi. Skoro mamy pęcherz bardzo duży, robimy to samo po wyjęciu go na zewnątrz z jamy brzucha.

Jeżeli pęcherz zawiera jeden lub nieliczne duże kamienie, jeżeli już podczas operacji poczyną wypływać obficie prawidłowa żółć z przewodu pęcherzowego, możemy tego rodzaju przypadek uważać za najprostszy, i wobec tego możemy otwór w pęcherzu zaszyć, linię szwu wszyć w ranę brzucha, zaś pozostałą część tejże rany zaszyć całkowicie. Niezaszytą część rany wypełniamy muslinem. Jeżeli przebieg pooperacyjny jest zupełnie prawidłowy, już po kilku dniach usuwamy muslin, zaś rana po upływie 10—12 dni goi się doszczętnie.

Jeżeli mamy pęcherz duży, zaś zawiera on prócz żółci lub surowiczo-żółciowej cieczy liczne drobne kamyki, zakończamy operację na jednym posiedzeniu, wytwarzając przetokę żółciową, nawet wówczas, gdy z przewodu pęcherzowego płynie prawidłowa żółć, bowiem 1) pomimo najstaranniejszego opróżnienia pęche-

rza za pomocą wystrzykiwania lub wyłyżeczowania, pozostają w nim mniej lub bardziej liczne drobniutkie kamyki, zaś 2) często po takich zabiegach wypełnia się pęcherz nader szybko wysiękiem surowiczokrwawym, który to wysięk po zamknięciu pęcherza doszczętnem powoduje gwałtowny uciążliwy napad kolki, i następnie zjawia się obawa, by wysięk ten nie zmienił się z biegiem czasu na ropny. Dla wytworzenia przetoki unosimy dno pęcherza żółciowego możliwie wysoko ku górze, i po otworzeniu, wszywamy je w ranę ściany brzucha. Gdy pęcherz jest bardzo duży, a więc po opróżnieniu przedstawia się w postaci pomarszczonego wiotkiego taśmowatego tworu, możemy wyciąć spory kawałek jego ściany. Po wszyciu otworu pęcherza do rany ściany brzucha, resztę tejże zaszywamy i za pomocą pasków musliu starannie ochraniając ją od zakażenia ze strony wydzieliny z pęcherza. Gdybyśmy najpierw wszyli ścianę pęcherza w ranę ściany brzucha, i dopiero po doszczętnem zaszyciu pozostałej części tejże, już to natychmiast, już to po upływie kilku dni otworzyli jamę pęcherza, pozbawilibyśmy ją samochcą możliwości dokładnego opróżnienia tegoż, szczególnie jeżeli kamień tkwi w szyi pęcherza. Czasami prawy płat wątroby opuszcza się dość nisko, tak iż zupełnie przykrywa wypełniony kamieniami pęcherz. W takim przypadku bezpośrednie wytworzenie się przetoki do pęcherza, pozostającego pod wątrobą, staje się rzeczą nader trudną. Zjawia się tedy pytanie, czy nie możemy ułatwić sobie sprawy, wycinając odpowiednio duży klin z brzegu wątroby. Da się to jednak skutecznie rzadko, wówczas mianowicie, gdy brzeg ten uległ zwyrodnieniu bliznowatemu.

Jeżeli otwieramy wszyty pęcherz nie odrazu, a więc wytwarzamy przetokę na dwóch posiedzeniach, wówczas czekamy 10—12 dni. Po ujęciu wszytej ściany pęcherza za pomocą 2 haczyków, przecinamy ją między temiż. Przecięcie ściany pęcherza może być połączone z poważną trudnością, skoro uległa ona znacznemu zgrubieniu.

Co wypadnie robić, jeżeli pęcherz jest nie duży i leży tak głęboko, iż niepodobniestwem jest zbliżyć doń wargi rany ściany brzucha? Wówczas zużytkujemy sieć, skoro znajdujemy ją w zajmującej nas obecnie okolicy. W przeciwnym przypadku całą jamę pomiędzy pęcherzem żółciowym, żołądkiem, dwunastnicą, poprzecznicą i brzegami otworu w ścianie brzucha wypełniamy wyjałowionym muslinem. Znoszą to chorzy bardzo dobrze. Po upływie dwóch tygodni muslin usuwamy, i wówczas dzięki obkleinom otrzymujemy jamę, zupełnie oddzieloną od reszty jamy otrzewnej, zaś na dnie jej leży pęcherz żółciowy. Po otworzeniu oraz opróżnieniu, daje się tenże łatwo przyciągnąć oraz przyszyć do ściany brzucha.

Zjawiające się nieraz po wszyciu pęcherza w ścianę brzucha napady kolki zmuszają nas otwierać pęcherz daleko wcześniej, niż zamierzaliśmy to pierwotnie. Gdy po przecięciu otrzewnej znajdujemy rozpulchnioną ścianę pęcherza żółciowego, zrosty soczyste, obrzęknięte, snadnie wnioskujemy, że mamy do czynienia ze zropiałym, względnie z przedziurawionym pęcherzem żółciowym. W takim przypadku musimy być bardzo ostrożni.

Zrosty, częstokroć zropiałe, oddzielamy nader powoli, oględnie, o tyle tylko, by dotrzeć do dna pęcherza. Gdy ropiejący pęcherz jest duży i dość ruchomy, by dał się wyciągnąć na zewnątrz, wypuszczamy zeń ropę natychmiast; w przeciwnych przypadkach jamę wypełniamy muslinem, a otwieramy pęcherz dopiero na drugim posiedzeniu.

Czasami odrazu znajdujemy pęcherz przyrośnięty do ściany brzucha, lub trafiamy palcem do ropnia, położonego pomiędzy ścianą a pęcherzem. Nie mając możliwości dokładnie określić, z jaką tkanką, przyrośniętą do ściany brzucha, mamy do czynienia, musimy być nader ostrożni. Poczynamy już to na tępo, już to za pomo-

cą noża oddzielać zrosty w kierunku ku górze, ku wątrobie. Uszkodzenia tejsze nie obawiamy się, bowiem w tego rodzaju przypadkach bywa ona bliznowato zwyrodniała. Nigdy nie kierujemy się ku dołowi lub na lewo, bowiem moglibyśmy otworzyć jamę otrzewny lub uszkodzić dwunastnicę, poprzecznice. Gdy natrafiamy na wątrobę, trzymając się jej dolnej powierzchni, posuwamy się w kierunku pęcherza. Ta część operacji jest niezmiernie zmusna, wymaga wielkiej cierpliwości. Gdy po wielu mozołach uprzystępnimy sobie dostęp do pęcherza, przeważnie jesteśmy w możności opróżnić go natychmiast.

Więcej jeszcze ostrożności wymagają przypadki, w których mamy do czynienia z przedziurawieniem pęcherza żółciowego do dwunastnicy lub poprzecznic. Uwolniony w ten sposób od swojej zawartości, kurczy się on, ucieka wgłąb' pod wątrobę i ciągnie za sobą odpowiednią kiskę. Wszystko to, położone bardzo głęboko, jest w dodatku przykryte obfitymi, soczystymi zrostami. Zaś jeszcze większe niebezpieczeństwo nastroczają ropnie, umiejscowione w sieci, częstokroć powstające nawet bez przedziurawienia pęcherza. Z otwieraniem tego rodzaju ropni musimy być nader oględni. Możemy, jako zawartość takiego ropnia, znaleźć w nim prócz ropy jeden lub kilka kamieni żółciowych, a nawet żółć płynną. Rzeczony wyżej powikłania wpływają oczywiście na zmienienie w tym lub owym kierunku powziętego początkowo planu operacyjnego. Wyniki cięcia pęcherza żółciowego czy to odrazu, czy na dwóch posiedzeniach dokonanego, są pomyślne, o ile przewód pęcherzowy pozostaje lub dzięki operacji staje się drożnym.

Przeciwnie, gdy przewód żółciowy lub szyja pęcherza żółciowego uległa zarośnięciu, lub gdy, wadliwie operując, zostawiliśmy uwięźnięty w tejsze kamień, nieodwołalnie pozostaje po operacji przetoka śluzowa. Przetokę żółciową otrzymujemy wówczas, gdy dzięki obrzmieniu wątroby, byliśmy zmuszeni wszyć dno pęcherza do dolnej części rany brzucha; skoro wątroba traci następnie na objętości, pociąga ona za sobą pęcherz, tenże pociągając znów ze swojej strony przewód pęcherzowy, powoduje przegięcie się przewodu żółciowego wspólnego na miejscu wpanięcia doń przewodu pęcherzowego; w ten sposób żółć kieruje się ku przetoce. Dla tego właśnie należy przyszywać dno pęcherza żółciowego możliwie jak najwyżej do ściany brzucha. Mając przetokę, możemy pozbyć się jej za pomocą operacji wtórnej, mianowicie za pomocą oddzielenia od ściany brzucha ściany pęcherza i zaszcicia orworu w tymże, co znakomicie ułatwiają powstałe w jamie otrzewny liczne i mocne zrosty.

Mała jest obawa co do powstawania przepuklin po operacjach cięcia pęcherza żółciowego, bowiem blizna pozostaje zwykle nieduża i leży ona tuż pod łukiem żebrowym; nawet po użyciu cięcia poprzecznego nie dają się spostrzegać przepukliny z tego samego względu. Z pomiędzy tych dwóch cięć autor oddaje pierwszeństwo podłużnemu.

Najbardziej dla chorego niebezpieczny z pośród przewodów żółciowych jest przewód pęcherzowy, a to ze względów następujących. Jest on nader wąski, obfituje w fałdy. Bez przeszkody przepuszcza on zaledwie bardzo małe kamienie, wędrujące z pęcherza żółciowego. Już kamyk wielkości ziarnka grochu może zostać w przewodzie tym zatrzymany, wywołać owrzodzenie śluzówki, zaś gdy nawet przeslizgnie się dalej, pozostawia bliznę lub zupełne zarośnięcie przewodu. Mogą i bardzo duże kamienie przedostawać się doń, mianowicie dzięki zapalnemu rozciągnięciu pęcherza przez wysięk, który stopniowo wtłacza kamień do przewodu. Kamień taki może przeslizgnąć się nawet do przewodu wspólnego, atoli powstaje potem zarośnięcie urażonego przewodu pęcherzowego, do czego, zresztą, jest on bardzo skłonny.

Po operacjach cięcia pęcherza żółciowego nigdy nie mamy pewności co do ostatecznego wyniku, bowiem wydzielanie się żółci, początkowo obfite, powoli może ustać zupełnie wskutek bliznowatego zarosnięcia przewodu. Stwierdzenie obecności kamienia w przewodzie pęcherzowym, jak to wyżej już powiedziano, często należy do rzeczy nader trudnych. Powód do pomyłek może dać gruczoł chłonny, leżący tuż obok przewodu, będąc zapalnie powiększony, lub bliznowate miejscowe stwardnienia ściany samego przewodu. Wobec tego nie dość jest wymacać palcem jakiś twór twardy na przebiegu przewodu pęcherzowego, lecz należy postarać się bądź co bądź o tyle uprzystępnąć sobie sam przewód, by być w możności obejrzeć go dokładnie. Zabieg zależy od umiejscowienia kamienia. Gdy tenże leży w końcu pęcherzowym przewodzie, otwieramy na jednym posiedzeniu pęcherz, palcami jednej ręki unieruchomiamy kamień w przewodzie, zaś za pomocą drugiej wprowadzamy do pęcherza długie kleszczyki i staramy się odkruszyć od kamienia część, zwróconą ku pęcherzowi. Skoro udało się to, wyskrobujemy już to za pomocą paznogcia, już to łyżeczką ośrodkową część kamienia. Pozostałą skorupę, złożoną z części korowej kamienia, rozmiążdżamy i odłamki jaknajstaranniej usuwamy za pomocą tępej łyżeczki tak długo, aż ukaże się z przewodu pewna ilość prawidłowej żółci.

Jeżeli kamień tkwi wyżej w przewodzie, wówczas kierujemy się w swoim postępowaniu stopniem twardości kamienia, co do której znów mamy pewną wskazówkę w kamieniach usuniętych z pęcherza. Jeżeli jest on dość miękki, rozgniatamy go za pomocą palców, nigdy zaś za pomocą narzędzi, i tępą łyżeczką staramy się usunąć cząstki zgniecionego kamienia, wprowadzając ją od strony pęcherza. Skoro jednak kamień jest zbyt twardy, lub gdy szyja pęcherza jest o tyle wąska, że nie udaje się wprowadzić do przewodu nawet cienkiej łyżeczki, wówczas usuwamy kamień za pomocą nacięcia ściany przewodu, którą następnie zaszywamy. Jeżeli ściana przewodu jest nieco bardziej zmieniona, lub wreszcie kamień tkwi jeszcze dalej, tuż przy przewodzie wspólnym, pozostaje do wykonania tylko nacięcie przewodu.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

199. HEAD. **O zaburzeniach czucia skórno w cierpieniach narządów wewnętrznych.** Obszerna i nader zajmująca praca HEAD'a stanowi poważny przyczynek do oceny bólu, jako objawu klinicznego, występującego we wszystkich niemal chorobach. Jak i inne objawy podmiotowe, objaw bólu ma sam przez się niewielkie znaczenie w praktyce i teorii lekarskiej, a dopiero wtedy zyskuje na znaczeniu, gdy wykrywamy towarzyszące mu objawy przedmiotowe. Badając rozmaite postaci bólów w cierpieniach żołądka, znalazł HEAD, iż towarzyszy im stale nadczułość skóry na bodźce bólowe i termiczne na pewnym ściśle określonym i zawsze tym samym obszarze skóry tułowia. W cierpieniach innych narządów zmiany czucia występowały w innych, lecz również stałych dla każdego narządu miejscach. Pragnąc wyjaśnić to zjawisko, zwrócił się autor do badania rozmieszczenia wyprysku w *herpes zoster* i znalazł, iż umiejscowienie wyprysku odpowiada w zupełności umiejscowieniu zmian czucia w chorobach narządów wewnętrznych. Przestrzenie te, na których występują opisane zaburzenia czuciowe, nazywa HEAD pasmami

wrażliwości (Empfindlichkeitszonen). W obrębie tułowia naliczył autor 14 takich pasem, przechodzących na kończyny; zajmują one cały tułów z wyjątkiem dwóch miejsc na kończynach górnych i dolnych, które nigdy nie były dotknięte zmianami czucia w cierpieniach wewnętrznych.

Pasma te, prócz wymienionej już nadczułości bólowej i termicznej oraz położenia stałego i innego dla każdego narządu, cechują się następującymi własnościami: 1) zajmują one okolice skóry, leżące w pobliżu chorego narządu, jakkolwiek nie odpowiadają bynajmniej w zupełności położeniu i kształtowi tego narządu; 2) są one ściśle od siebie odgraniczone i bardzo nieznacznie tylko przekraczają swe granice i przechodzą jedno na terytoryum drugiego; 3) mają one t. zw. punkty maksymalne, w których nadczułość jest najwybitniej wyrażona; w tych punktach umiejscawia zwykle chory swój ból, w miarę zaś poprawy cierpienia, równolegle z którą znika nadczułość, utrzymuje się ta ostatnia najdłużej w punktach maksymalnych; 4) odruchy skórne, istniejące w obrębie nadczulej okolicy, są wzmożone, 5) w cierpieniu jednostronnem występują często jednakowe pasma nadczułości po obu stronach tułowia. Nadczule okolice skóry mają odpowiednio do swej nazwy kształt pasów, opasujących tułów; w miarę zbliżania się do kończyn górnych lub dolnych tracą one tę formę i zmieniają ją w rozmaity sposób.

Od jakiej części układu nerwowego zależy to szczególne ukształtowanie zmian czucia w chorobach wewnętrznych? Nie ulega wątpliwości, że nie jest ono pochodzenia korowego: dowodzi tego identyczność nadczułych pasem z umiejscowieniem wyprysku w *herpes zoster*, które bezwątpienia nie zależy od mózgu. *Herpes zoster* uważano początkowo za cierpienie nerwów obwodowych, ale w rzeczywistości lokalizacja jego nigdy nie odpowiada przebiegowi jakiegokolwiek z tych nerwów. Wskutek tego badacze zaczęli się przechylać na stronę przypuszczenia, wypowiedzianego przez BAERENSPRUNG'a, iż *herpes zoster* zależy od cierpienia tylnych korzeni. HEAD był początkowo tego samego zdania, zarówno w zastosowaniu do *herpes zoster*, jak też w objaśnianiu umiejscowienia wykrytych przezeń zmian czucia. Sądził on, że uda mu się dzięki temu określić skórne rozprzestrzenianie się korzeni tylnych. Atoli dalsze badania zadały kłam temu przypuszczeniu. Porównywając znalezione przez siebie pasma nadczułości z nakreślonymi przez SHERRINGTON'a okolicami rozprzestrzeniania się tylnych korzeni, znalazł HEAD znaczne różnice między jednymi a drugimi, zarówno pod względem umiejscowienia, jak i pod tym względem, iż pasma nadczułości są ściśle odgraniczone, gdy pasma, nakreślone przez SHERRINGTON'a, na znacznej przestrzeni przechodzą jedno na terytoryum drugiego.

Tym sposobem drogą wyłączenia wywnioskował HEAD, iż umiejscowienie zmian czucia skórnych w chorobach narządów wewnętrznych zależy bezpośrednio od rdzenia, i każde oddzielne pasmo przedstawia okolicę skóry, unerwianą przez określony odcinek (*segment*) rdzenia. Dla udowodnienia tego wniosku HEAD zwrócił się do badania umiejscowienia zmian czucia w urazowych cierpieniach rdzenia. Wynikiem tego badania było stwierdzenie faktu, potwierdzającego wniosek autora, iż umiejscowienie pasem nadczułości, znalezionych przez HEAD'a, zgadza się w zupełności z pasmami znieczulenia, występującymi w cierpieniach rozmaitych odcinków rdzenia. Dzięki temu był autor w stanie określić, jakim odcinkom rdzenia odpowiadają pasma nadczułości, zjawiające się w cierpieniach narządów wewnętrznych.

Poszukiwania te dowiodły, iż w cierpieniach serca zjawiają się pasma nadczułości w obrębie I, II i III odcinków grzbietowych, w cierpieniach serca w obrębie I, II, III, IV i V odcinków grzbietowych rdzenia, w cierpieniach żołądka w o-

brębie VI, VII, VIII i IX odcinków grzbietowych. W chorobach kiszek z wyjątkiem kiszek prostej pasmo zjawia się w obrębie inervacyjnym IX, X, XI i XII odcinków grzbietowych, a w cierpieniach kiszek prostej w obrębie II, III i IV odcinków krzyżowych. Cierpieniom wątroby wraz z pęcherzykiem żółciowym odpowiada nadczułość w obrębie VII, VIII, IX i X odcinków grzbietowych, cierpieniom nerek i moczowodów w obrębie X, XI, XII grzbietowych, oraz I i II lędźwiowych odcinków i t. d. i t. d. Dane te wykazały zarazem, iż niektóre części rdzenia *resp.* zależne od nich okolice skóry nie przyjmują udziału w cierpieniach narządów wewnętrznych; są to mianowicie V, VI, VII i VIII szyjowe odcinki rdzenia oraz III, IV a może i V lędźwiowe odcinki. Okazało się przytem, iż te odcinki rdzenia unerwiają te okolice skóry na kończynach górnych i dolnych, które jakeśmy już wyżej nadmienili, nie bywają nigdy dotknięte zmianami czucia w cierpieniach wewnętrznych.

Inaczej, niż narządy wewnętrzne, zachowują się błony surowicze: opłucna i otrzewna. Ból, występujący w tych cierpieniach, nie bywa nigdy połączony z nadczułością skóry, zjawia się on tylko w bodźcach mocniejszych, niż zwykle ukłucie skóry szpilką lub ujęcie skóry w powierzchowną fałdę, które służyły autorowi do określania pasem nadczułości; dla wywołania bólu w omawianych cierpieniach należy ująć w fałdę prócz skóry i błonę surowiczą, albo też wykonać nacisk mocniejszy, działający bezpośrednio na chorą błonę surowiczą. Ból ten jest przytem miejscowy, ograniczony do tej części skóry, która leży tuż nad ogniskiem chorobowem. Nie należy jednak sądzić, aby nadczułość zawsze występowała w obrębie jednego tylko z nakreślonych przez autora pasem. Bywa tak tylko w początku choroby i u osób pod innymi względami zdrowych. Gdy jednak choroba trwa dłużej lub powstaje u osobnika anemicznego, histerycznego i t. p., wtedy bóle, równie jak i nadczułość, okazują dążność do rozszerzania się, objaw ten nazywa HEAD generalizacją. Zachodzi ona tym przedewszystkiem sposobem, iż nadczułość przechodzi na drugą stronę; np. w kolce żółciowej może ona występować w obrębie VIII odcinka grzbietowego rdzenia po obu stronach tułowia; w cierpieniu jednego z symetrycznych narządów (np. jednego jądra) odpowiadające mu pasmo nadczułości może istnieć po obu stronach. Następnie rozszerzanie się nadczułości może zachodzić w ten sposób, iż prócz pasma, odpowiadającego choremu narządowi, zjawia się drugie w obrębie innego narządu, czynnościowo połączonego z pierwszym, np. w chorobach macicy zjawia się pasmo nadczułości, odpowiadające sutce. Wreszcie istnienie cierpień w innych narządach, zaburzeń miesiączkowania, chorób zakaźnych oraz ustrojowych sprzyja w wysokim stopniu generalizacji nadczułości. Zjawisko to występuje i w histeryi. HEAD napotykał u osobników histerycznych bóle, połączone z typowymi pasmami nadczułości, jakie spostrzegał w cierpieniach narządów wewnętrznych; tego rodzaju bóle zależą zdaniem jego od ukrytych chorób wewnętrznych. Jedynie takie bóle, którym nie towarzyszą pasma nadczułości, uważa HEAD za rzeczywiście histeryczne. Rozszerzanie się nadczułości w tym lub innym kierunku zależy od stopnia wzajemnego połączenia różnych odcinków rdzenia między sobą: im jest ono ściślej, tem łatwiej zaburzenia czynności rdzenia przenoszą się z jednej jego części do drugiej, wywołując występowanie wtórnych pasem; najściślej połączenie zachodzi między obiema połowami jednego odcinka, a następnie między odcinkami, unerwiającymi narządy czynnościowo połączone, np. macicę i sutkę.

Aby wyjaśnić powstanie nadczułości skóry w chorobach wewnętrznych, należy zastanowić się nad czynnością umiejscawiania wrażeń bólowych i termicznych wogóle. Droga badań nad umiejscawianiem wrażeń u osobników, dotkniętych

wskutek cierpień rdzenia obniżeniem (lecz nie zniesieniem) czucia na ograniczonej przestrzeni skóry, znalazł autor, iż niedokładne umiejscawianie wrażeń przez nich wyraża się w ten sposób, iż wrażenie, otrzymane ze znieczulonej części skóry zostaje odczute w obrębie najbliższej normalnej okolicy skóry lub też przeniesione na symetryczną okolicę drugiej strony (t. zw. *allocheiria*). Otóż narządy wewnętrzne są, jak wiadomo, prawie zupełnie nieczułe na bodźce dotykowe i bólowe, tak np. po gastrostomii można drażnić piórkiem lub kłuć błonę śluzową żołądka, nie wywołując u chorego żadnego wrażenia. Tak samo w operacjach, na wątrobie wykonywanych, ból istnieje tylko w pierwszym stadium operacji, mającym na celu przyszyć wątroby do ściany brzusznej, same zaś cięcia tkanki wątroby bólu nie wywołują.

Wskutek tego narządy brzuszne zachowują się względem bodźców bólowych analogicznie do części skóry z obniżonym czuciem: wrażenia, otrzymywane od tych bodźców, zostają przeniesione i odczute po za obrębem samego narządu. Po drażnieniu przenosi się po włóknach nerwowych do odcinka rdzenia, unerwiającego chory narząd, skąd drogą sprawy mózgowej zostaje przeniesione na włókna nerwów skórnych, pochodzących z tego samego odcinka rdzenia lub innych, czynnościowo z nim sprzężonych; w obrębie odpowiednich okolic skóry powstaje wtedy uczucie bólu oraz nadczułość. Widzimy z powyższego, iż opisane pasma nadczułości przedstawiają okolice skóry, otrzymujące włókna, przeprowadzające bodźce bólowe, termiczne (a także i odżywcze) z tegoż samego odcinka rdzenia, z którego chory narząd otrzymuje włókna czuciowe *resp.* sympatyczne.

W drugiej części swej pracy przechodzi autor do badania zmian czucia skórniego w obrębie głowy i szyi, a więc wkracza w obszerną dziedzinę bólów głowy. Badanie to dowodzi, iż w tych okolicach stosunki są te same, jakkolwiek daleko bardziej złożone, niż na tułowiu. Bóle głowy, połączone z pasmami nadczułości skórnej na głowie i szyi, zjawiają się w wielu cierpieniach narządów, mieszczących się w tych okolicach (oko, ucho, nos, krtani i t. d.); pasma cechują się temi samemi własnościami, co pasma na tułowiu.

Analogicznie do chorób opłucny i otrzewny znajdujemy i w cierpieniach narządów, w czasie się mieszczących, bóle, nie połączone z nadczułością skórną i będące wyrazem cierpienia miejscowego. Bóle takie występują w cierpieniach łącznicy, gdy cierpienia głębszych warstw oka (poczynając od *substantia propria corneae*) wywołują już bóle z typowemi pasmami nadczułości; również w cierpieniu zewnętrznego przewodu słuchowego ból występuje bez nadczułości. W sprawach chorobowych pierwotnych lub wtórnych w oponie twardej bólowi głowy nie towarzyszy nadczułość; ta ostatnia zaś zjawia się wtedy, gdy wzmagą się ciśnienie wewnątrzmożgowe. Pasma nadczułości na głowie mogą też być pochodzenia wtórnego i występować w cierpieniach narządów jamy brzusznej i piersiowej. Bliższe badanie wzajemnego stosunku między cierpieniami narządów wewnętrznych a umiejscowieniem nadczułości skórnej w obrębie głowy wykazało, iż ten ostatni objaw jest ściśle zależny od umiejscowienia nadczułości na tułowiu, tak iż nadczułości w obrębie określonego pasma na tułowiu towarzyszy stale nadczułość w obrębie jednego i tego samego zawsze pasma czaszkowego.

W typowym napadzie migreny (zaburzenia wzroku, ból głowy stopniowo się wzmagający do *maximum*, wymioty) bólowi głowy, zdaniem autora, nigdy nie towarzyszy nadczułość skóry. Rozumie się, iż niemożliwym jest ustanowić dla pasm czaszkowych takiej samej zależności od różnych odcinków rdzenia, jaka była ustanowiona dla pasm na tułowiu, gdyż budowa segmentacyjna mózgu jest u człowieka zupełnie zatarta.

Trzecią część swej pracy poświęca HEAD bardzo drobiazgowemu opisowi bólów i zaburzeń czucia skórnej w cierpieniach rozmaitych części narządów krążenia i oddechania.

(*Die Sensibilitätsstörungen der Haut bei Visceralerkrankungen. Berlin 1898.*)

A. Tumpowski (Łódź).

200. WILLIAM WOOD RUSSEL. **Uwagi nad leczeniem gruźlicy jajowodów i macicy.** Ze względów praktycznych rozróżnia autor dwie postacie: 1) gdy gruźlica otrzewny jajowodów jest wynikiem ogólnej gruźlicy otrzewny, 2) gdy zmiany chorobowe ograniczają się do jajowodów, przy otrzewnie zdrowej, lub tylko nieznacznie zajętej. W przypadkach 1-ej grupy nie stosuje autor terapii radykalnej. Z 12-tu przypadków drugiej grupy, badanych anatomicznie po wycięciu, w 10-ciu znaleziono współczesną gruźlicę macicy i jajowodów, w 2-ch — *salpingitis chronica*. W trzech innych, w których rozpoznano gruźlicę śluzówki macicy po wyskrobaniu, znaleziono tę samą sprawę w jajowodach po dokonanem wyłuszczeniu. Przed operacją radykalną należy wyłączyć obecność gruźlicy w innych narządach; lekkie zajęcie otrzewny przeciwwskazania nie stanowi. Autor odrzuca proponowaną przez HEGAR'a *amput. supravaginalis* w gruźlicy jajowodów i macicy, tak samo, jak potępiłby ją w *carcinoma fund. uteri*. Operować radzi *per laparotomiam* ze względu na częste zrosty w okolicy jajowodów i zaleca pozostawienie, gdzie się to da, jajników lub ich części, dla złagodzenia objawów sztucznej menopauzy. Gdy rozpoznana była *endometr. tuberculosa* przy skrobaniu, doradza, jako zabieg wstępny, wypełnienie gazą jamy macicznej i zszycie ujścia zewnętrznego. Przy wyłuszczeniu poleca sposób WERDER'a: cięcie brzuszne, wypreparowanie jajowodów i macicy, o ile trzeba i pochwy, wynicowanie, szew otrzewny od dna miednicy, zakończenie, jak w *extirpatio vaginalis*, przy czem wyciąć można i część pochwy. Szew otrzewny ma na celu zabezpieczenie jamy brzusznej od zakażenia.

(*Annales of Surgery, Październik 1898.*)

A. Marcinkowski.

201. KISSEL. **O żółtaczkę zakaźnej u dzieci.** Żółtaczka zakaźna nie bardzo dotąd zaprzętała uwagę pediatrów. Według powszechnie przyjętego zdania żółtaczka polega w przeważnej ilości przypadków na mniej lub więcej zupełnej niedrożności przewodów, wydzielających żółć (zatkanie przewodów żółciowych czopek śluzowym, kamieniem, albo wskutek nowotworu lub blizny, albo w następstwie zwężenia subtelniejszych przewodów w marskości wątroby i t. p.). Gdy zaś żółtaczka wikła różne ciężkie choroby zakaźne, czyni się ją zależną od zaburzeń w czynności wątroby lub innych ważnych narządów.

Podobne tłumaczenie pochodzenia najrozmaitszych postaci żółtaczki nie mogło być dostateczne dla zrozumienia wszystkich jej postaci. Lekarze francuscy pierwsi zwrócili uwagę na istnienie żółtaczki zakaźnej. Zresztą, już dawniej wyrażono przypuszczenie (BLACHEZ, TROUSSEAU), że t. zw. ciężka postać żółtaczki (*icterus gravis*) stanowi chorobę ogólną zakaźną, poczem zaczęto zwracać uwagę na to, że i inne postaci żółtaczki przebiegają niejednokrotnie przy objawach choroby ogólnej. W r. 1885 opisał CHAUFFARD jako odrębną postać—żółtaczkę zakaźną nieżytową, nieco później ogłosił LANDOUZY podobne przypadki pod nazwą *typhus hépatique*. Zważywszy nadto przypadki, pod mianem *ictère pseudo-grave* opisane, zgodzimy się łącznie z CHAUFFARD'em, iż pojęcie o istnieniu zupełnie samodzielnej choroby żółtaczki zakaźnej przeblyskiwało jeszcze przed pojawieniem się pracy WEIL'a w r. 1886. Początek choroby — zarówno w lekkiej, jak i ciężkiej postaci—przebiega zazwyczaj bez objawów mózgowych. Powiększoną śledzionę znajdowano nie tylko za życia (FIEDLER, KOLLI, WAGNER), lecz i przy pośmiertnem badaniu zwłok (BOTKIN, MOZZOTI). Toż samo dotyczy nerek. Zdaniem FRAENKEL'a śledziona

bywa przeciętnie powiększona w 75%, wątroba zaś i nerki w 50% przypadków. Według WERTHER'a mamy w 50% w początku choroby silne bóle mięśniowe. Nawroty są zdaniem WEIL'a najcharakterystyczniejszym zjawiskiem w tem cierpieniu, FIEDLER spostrzegał je w 40%, TYMOWSKI zaś w 22%. Musimy nadmienić jeszcze, iż może być żółtaczka zakaźna bez żółtaczki (HENNIG). Wobec powyższego trudno się zgodzić na wyodrębnienie postaci WEIL'a z szeregu pokrewnych jej postaci gorączkowych żółtaczki. To tylko pewna, iż wszystkie one mają na sobie piętno jakiejś ogólnej choroby zakaźnej. Z tego punktu widzenia nader ciekawem jest zapatrywanie BOTKINA. „Stopniowo doszedłem do przekonania“, powiada on: „że żółtaczka nieżyłowa, którą uprzednio miano za nieżyt żołądka i kiszek, połączony z mechaniczną przeszkodą dla upływu żółci, stanowi w istocie rzeczy jeno jeden z objawów choroby ogólnej, przebiegający nietylko z żółtaczką, lecz i z obrzmieniem śledziony, a czasami z zapaleniem nerek, wreszcie z samoistnem cierpieniem wątroby i często z gorączką, — słowem — jest to postać ostra, zakaźna, nadto taka, w której ta sama przyczyna, która wywołuje nieżyt żołądka i kiszek, powoduje też zmiany w narządach mięsnych — w wątrobie, śledzionie, czasami w nerkach“. — BOTKIN przeto pojmuje zakaźny charakter żółtaczki o wiele szerzej, niż WEIL, zdaniem którego opisana przezeń choroba nie jest zgoła podobna do żółtaczki nieżytowej. Pojęcie to zostało z czasem jeszcze bardziej rozszerzone przez przyłączenie do tej grupy t. zw. ciężkiej postaci żółtaczki. Ścisły związek pomiędzy lekką a ciężką postacią omawianego cierpienia rzuca się w oczy podczas nagminnego powstawania żółtaczki nieżytowej. Między innymi podaje i ULRICH, iż w Danii zdarzają się niewielkie epidemie żółtaczki z śmiertelnem zejściem w niektórych przypadkach.

Co się tyczy t. zw. żółtaczki nieżytowej, to niema dostatecznej podstawy do przypuszczenia w każdym przypadku istnienia koniecznie żółtaczki zakaźnej. Być może, iż pewna ich część — mniejsza znacznie, niż dotąd mniemano — powstaje istotnie w następstwie zatkania przewodu żółciowego (*ductus choledochus*). Należy jeno pamiętać, iż stwierdzone w czasie badania pośmiertnego czopki śluzowe w przewodzie żółciowym nie zawsze objawiały się za życia za pomocą żółtaczki. Niezrozumiałem też jest, dlaczegoby czopek śluzowy nie miał uleść ciśnieniu zebranej nad nim żółci, wreszcie zdumiewa fakt tak rzadkiego rozszerzania się nieżyty jelit na zewnętrzny otwór przewodu żółciowego. Zważmy nadto, iż żółtaczka nieżyłowa przebiega czasami bez objawów nieżyty żołądka i kiszek i że nie występuje tak często u dzieci, u których nieżyt zwykle prędko rozszerza się na cały przewód pokarmowy, ani też nie wzrasta się widocznie podczas panowania biegunek letnich. Szczególniej zaś zastanawia spostrzeganie żółtaczki nieżytowej u kilkorga dzieci w jednej rodzinie. W tych razach chyba wszelka wątpliwość o zakaźnej postaci tego cierpienia ginie.

Co się tyczy obrazu anatomo — patologicznego, jest on jednakowy prawie w najrozmaitszych postaciach tego cierpienia. W wątrobie znajdujemy zanik i zwyrodnienie tłuszczowe komórek i znaczną ilość limfocytów w tkance łącznej, otaczającej gałęzie żyły wrotnej. W nerkach — zapalenie mięsne, śródmiąższowe i *glomerulonephritis*. Mięsień sercowy zazwyczaj tłuszczowo-zwyrodniały — słowem obraz anatomo-patologiczny jest taki sam, jak wogóle w chorobach zakaźnych. Natomiast zmiany w wątrobie przypominają ostry jej zanik żółty i zwrotnikową febrę żółtą.

Badania bakteryologiczne nie przedstawiają nic stanowczego. JACQUER wyhodował z uryny chorych i narządów wewnętrznych zmarłych lasecznika nazwanego przezeń *bacillus proteus fluorescens*, któremu przypisuje przyczynę powstawania żółtaczki.

W wieku dzieciennym zdarza się żółtaczka zakaźna dość często. Autor podaje 96 spostrzeżeń, dotyczących dzieci w wieku od 1 do 13 lat; z nich 82 leczycyło się ambulatoryjnie. Wnioski, do których dochodzi on, dają się streścić w sposób następujący: W ciągu roku pojawia się żółtaczka zakaźna sporadycznie, jesienią zaś i zimą — epidemicznie. Wiek i rodzaj nie mają wpływu. Poniżej roku nie spostrzegaj jej. Z influenżą niema ona nic wspólnego. Początek choroby przebiega niespostrzeżenie. Zazwyczaj rodziców zastanawia żółte zabarwienie skóry i białkówki oczu. W przeważnej jednakże ilości przypadków dzieci, dotąd zdrów, dostają nagle gorączki, dreszczów, skarżą się na ból głowy, brak łaknienia, *foetor ex ore*, wymioty. Po 3—4, rzadziej po 7 dniach, występuje żółtaczka. Najsamprzód rzuca się w oczy ciemne zabarwienie moczu, a przy uważnem badaniu można już teraz zauważyć żółte zabarwienie białkówki w kąciakach oczu. HENNIG, MEINERT i inni rozróżniają dwa okresy choroby: z gorączką bez żółtaczki i z żółtaczką bez gorączki. Początek ciężkiej postaci żółtaczki niczem nie różni się od lekkiej. Żółte zabarwienie skóry stopniowo się wzmacnia, po tygodniu dosięga najwyższego stopnia, poczem ginie po 3—4, najwyżej po 6—8 tygodniach. Przy silnej żółtaczce chory chudnie. Zresztą chudnie on i przy nieznacznej żółtaczce pomimo braku zaburzeń w trawieniu i zachowanego łaknienia. Słabe swędzenie skóry było notowane w kilku przypadkach.

Mocz ma ciemne zabarwienie. Przy wstrząsaniu w naczyniu tworzy się piana żółta. Prawidłowe jego zabarwienie powraca jeszcze przed odbarwieniem skóry i białkówki. Badanie za pomocą odczynu MARECHAL'a i GMELIN'a daje zawsze wynik dodatni. Nieznaczny białkomocz był spostrzegany trzykrotnie. Pierwiastków morfologicznych, organizowanych nie znajdowano. Ilość moczu bywa zazwyczaj zmniejszona, rzadko — wzmożona.

Kał niezabarwiony, smrodliwy, zabarwia się jeszcze przed odbarwieniem skóry.

Łaknienie, w gorączce upośledzone, poprawia się potem,

Wątroba powiększona, twarda, wrażliwa na dotyk, wyczuwalna jeszcze po wyzdrowieniu. Dolny jej brzeg wyczuwa się czasami w linii pępkowej poziomej. Przy pogorszeniu się stanu ogólnego jeszcze bardziej brzmięje. Pęcherz żółciowygo nie wyczuwa się w postaci guza okrągłego. Czasami wyczuwa się powiększony pęcherz. To samo niemal dotyczy śledziony.

Tętno było trzykrotnie rzadkie, zazwyczaj zaś przyspieszone, niemiarowe bywa bardzo rzadko.

Oslabienie mięśnia sercowego występuje zwykle przed śmiercią.

Ciepłota ciała przez pierwsze 2—4 dni bywa podwyższona, czasami dochodzi do 40°, niżej stanu prawidłowego nie opada. Podczas przebiegu choroby gorączka nieraz wraca.

W przebiegających niepomysłnie przypadkach spostrzegamy objawy nerwowe, właściwe zatruciu krwi solami kwasów żółciowych, nieprzytomność, bredzenie, drgawki ogólne, niepokój, zaburzenia w oddechu i w czynności serca.

Rozpoznanie przed wystąpieniem odpowiednich objawów może być ułatwione przy istnieniu żółtaczki zakaźnej u rodzeństwa. Rokowanie jest niepewne u dzieci osłabionych, małokrwistych, przy bardzo wydatnej żółtaczce lub zbyt długiem trwaniu zabarwienia skóry.

Leczenie polega na stosowaniu środków przeczyszczających, kąpeli ciepłych i ławatyw, stopniowo ochładzanych od 21° R. do 12° R. Dyeta lekkostrawna, mleczna.

LEICK ostatnio zaleca duże ilości roztworu fizyologicznego soli do picia i pod skórę. (*Jahrb.f. Kind. T. XLVIII. Zeszyt 2—3*). Maksymilian Kraushar.

202. CHARLES MC BURNEY. **Usuwanie kamieni żółciowych z przewodu wspólnego przez cięcie dwunastnicy.** Przekonawszy się po otwarciu jamy brzusznej, że kamień tkwi w *ductus communis*, prowadzi autor cięcie $1\frac{1}{2}$ cala długości przez przednią ścianę zstępującej części dwunastnicy, ujście przewodu wspólnego nacina i rozszerza na tępo, poczem kamień uwięzły daje się wycisnąć do dwunastnicy. Do zszywania jelita używa cienkiego katgut, nakładając szew trzypiętrowy. Zabieg ten ma być praktyczniejszy od cięcia *ductus communis* od zewnątrz, tak ze względu na łatwiejszą manipulację, jak na lepszy przebieg gojenia. Prócz tego dopuszcza on dokładne i łatwe zbadanie całego przewodu przy pomocy sondy—rzecz ważna dla możliwej obecności odłamków kamieni albo granulacji. Operacja powyższa była wykonana w sześciu przypadkach, z tych jeden zakończył się śmiercią. (*Annales of Surgery. Październik. 1898*). Marcinkowski.

203. O. v. PETERSEN. **Leczenie liszaja parchowego na głowie.** Zalecane ostatnimi czasy sposoby leczenia parchu bez uprzedniego wrywania włosów, jak leczenie gorącem (ZINSSER, EISENBERG) lub wprowadzaniem przeciwpasorzytniczych płynów do skóry drogą kataforezy (RAYNOLDS, AMBROZI, WESSINGER), jako trudne, kosztownych nieraz wymagające urządzeń i z tego powodu nie zawsze dające się stosować, nie wielu zyskały zwolenników. Na większą za to uwagę zasługuje, dzięki prostocie swojej, sposób bez epilacji, jaki stosuje P. i jaki, według słów tegoż, zupełnie zadawałające daje wyniki. Sposób ten polega na pędzlowaniu miejsc chorych nalewką jodową, która, jak wiadomo, łatwo przenika nie tylko do powierzchownych warstw skóry, ale nawet i do pochwy włosa. Po dokładnem oczyszczeniu skóry ze strupów, rozmięczonych przedewszystkiem kilkakrotnem wtarciem w nie waseliny karbolowej (1%), smaruje się chore miejsca jodyną z początku co drugi dzień, później rzadziej—dwa razy tygodniowo, powtarzając to dotąd, dopóki tylko tworzą się łuski i w nich daje się wykryć swoisty grzybek. Leczenie trwa od 5 do 7 miesięcy.

Jod oddawna używany był w dermatologii (BESNIER, UNNA) do leczenia pasorzytniczych chorób skóry, między innemi i parchu, ale pierwszy dopiero P. dowodzi, że można nim doszczętnie zniszczyć grzybek parchowy bez uprzedniej nawet epilacji. A jest to okoliczność bardzo ważna, bo epilacja właśnie stanowi najprzekrejszy moment w leczeniu i najwięcej zraża do niej chorych.

(*Archiv. f. Dermat. u. Syphil. B. XLIV*). Widawski,

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Treść: 1) CHEŁCHOWSKI — O wspólnych interesach naszych zdrojowisk i miejscowości leczniczych.
2) SOKOŁOWSKI — Parę uwag praktycznych o niektórych naszych stacyach klimatycznych.

Dnia 16 b. m. odbyło się drugie z rzędu posiedzenie wydziału higieny zdrojowisk i stacji klimatycznych pod przewodnictwem kol. DOBRZYCKIEGO.

Na posiedzeniu tem kol. CHEŁCHOWSKI mówił o wspólnych interesach naszych zdrojowisk i miejscowości leczniczych. Był to właściwie szkic przyszłej działalności sekcji balneologicznej, jaką ta ostatnia powinna, według kol. Ch., rozwinąć w stosunku do naszych zdrojowisk. Wobec przygnębiającej konkurencji zdrojowisk zagranicznych, chodziłoby o to, ażeby lekarze solidarnie popierali zdrojowiska swoje. W tym celu należałoby im dostarczyć dokładnych i szczegółowych informacji o naszych miejscowościach leczniczych przez wydanie oryginalnej

polskiej balneologii ze szczególnem uwzględnieniem zdrojowisk polskich. Ponieważ zaś lekarze nasi czerpią swoje wiadomości balneologiczne z podręczników niemieckich i francuskich, albo z katedr uniwersyteckich, przeto należy się postarać o to, ażeby opisy naszych miejscowości leczniczych zostały uwzględnione należycie w podręcznikach niemieckich, francuskich i rosyjskich, co się da uskutecznić przez porozumienie się z autorami tych podręczników i dostarczenie im odpowiednich gotowych do druku informacji. Tem właśnie powinna się zająć sekcja balneologiczna w najbliższej przyszłości. Badania kliniczne nad działaniem naszych wód mineralnych dałyby się przeprowadzić na szerszą skalę w szpitalach warszawskich, dlatego też sekcja balneologiczna powinna poczynić odpowiednie kroki i wystarać się o regularne dostarczanie wód mineralnych dla szpitali, zwłaszcza też solanek i wód siarczanych, w które kraj nasz obfituje. Wreszcie sekcja balneologiczna powinna być ogniskiem dla lekarzy zdrojowych, w którym ci ostatni mogliby się poznawać wzajemnie i łączyć dla solidarnej działalności.

Ta solidarność mogłaby korzystnie odbić się na gospodarce zdrojowisk naszych uchroniłaby od niejednego błędu, oszczędziła kosztownych nieraz prób, przedsięwziętych na własną rękę. Dla lepszego poznania zdrojowisk możnaby odbywać do nich wspólne wycieczki i obradować o ich potrzebach na miejscu. W końcu kol. CHEŁCHOWSKI przypomniał obecnym, iż w r. 1870 przy Tow. Lek. Warsz. zawiązał się komitet balneologiczny, który w ciągu niespełna dwóch lat odbył 11 posiedzeń, których ton jednak, według kol. Ch. był nieco za wysoki: zajmowano się wyłącznie stroną naukową, jakby lekceważąc stronę ekonomiczno-społeczną. W roku 1875 przy „Gazecie Lekarskiej“ wychodził dodatek tygodniowy pod tytułem „Wody mineralne“, zawierający listę gości niektórych zdrojowisk oraz artykuły balneologiczne. Potem w ciągu lat kilkunastu nie było żadnego śladu akcji zbiorowej naszych zdrojowisk. Dopiero na obu wystawach higienicznych widzimy oddziały balneologiczne, a z okazji drugiej wystawy wyszła cenna praca DOBRZYCKIEGO, zawierająca szeroki pogląd na wartość naszych miejscowości leczniczych i program ich rozwoju. Wobec tego że nasze zdrojowiska obecnie wstępują w okres działalności, który w swoim czasie przechodziły zdrojowiska galicyjskie, byłoby interesującym przejrzeć sprawozdania komisji balneologicznej krakowskiej, z których moglibyśmy się zapewne niejednego nauczyć. Dyskusję nad referatem kol. Ch., ze względu na obfitość poruszonych w nim faktów, odłożono do przyszłych posiedzeń.

W dalszym ciągu kol. A. SOKOŁOWSKI wypowiedział parę uwag praktycznych o niektórych naszych stacyach klimatycznych. W krótkim wstępie mówca zaznaczył ważność leczenia klimatycznego i zmianę, jaka zaszła w poglądach na to leczenie w ciągu lat ostatnich. Od stacy klimatycznej nie wymagamy obecnie jakichś szczególnych warunków — wzniesienia nad poziom morza, wysokiej średniej ciepłoty, kierunku wiatrów i t. d., tylko żądamy, aby posiadała ona zwyczajne dobre warunki higieniczne — czyste powietrze, przepuszczalny grunt, brak chorób endemicznych, wygodne mieszkania, łatwość otrzymywania produktów spożywczych, dobrą wodę do picia i t. d. Są to wymagania skromne, ale bez tego *minimum* wymagań żadna stacja klimatyczna rozwinąć się nie może. Nie pomogą żadne nawoływania ani gromy rzucane na „zagranicę“, gdyż lekarze mogą posłać chorych tylko do miejscowości, które powyższym minimalnym wymaganiom higienicznym odpowiadają. Przyczynę słabego rozwoju naszych stacy klimatycznych SOKOŁOWSKI widzi w braku umiejętności wyzyskania w tym kierunku pięknych miejscowości naszego kraju oraz w fałszywem pojmowaniu zadania stacy klimatycznych. Te ostatnie nie istnieją bynajmniej tylko dla suchotników. Ci ostatni,

ze względu na rozpowszechnione już wśród ogółu przekonanie o zaraźliwości gruźlicy, są tylko postrachem dla innych chorych i ze względu na własne dobro powinni być izolowani w odpowiednio urządzonych sanatoryach. Drugą część odczytu zajęła charakterystyka Ojcowa, jako stacji klimatycznej. Umiarkowane wzniesienie nad poziom morza, jednostajny łagodny klimat, dobra woda, bogata roślinność i powszechnie znana malowniczość położenia stawiają Ojców najwyżej ze wszystkich krajowych stacji klimatycznych. Wybornie czują się tu chorzy z niegruźliczymi cierpieniami dróg oddechowych i neurastenicy. Wadą Ojcowa są domy mieszkalne, pobudowane w najgorszej jego części, złe drogi, odległość od kolei. Kol. St. MARKIEWICZ na zasadzie własnego doświadczenia podnosi wartość Ojcowa, jako stacji klimatycznej — wybornie czują się tu chorzy z objawami irytacyjnymi dróg oddechowych: wszelkie kaszle i katary nosa przechodzą tu bardzo prędko. M. zwalcza rozpowszechniony przesąd co do wilgoci Ojcowa. Jest tu tylko wilgotność umiarkowana, nie tylko dla zdrowia nie szkodliwa, ale przeciwnie, bardzo pożądana, działająca uspokajająco na układ nerwowy. Tu i owdzie spotykana wilgoć w mieszkaniach zależy wprost od złego materiału budowlanego lub od braku czystości i porządku. To są strony ujemne, dające się z czasem naprawić, ale warunki przyrodnicze Ojcowa są jaknajlepsze. Kol. RYCHLIŃSKI na podstawie kilkoletniego doświadczenia twierdzi, iż warunki klimatyczne Ojcowa są jaknajlepsze, okoliczni mieszkańcy nie chorują na żadne endemiczne choroby, chorzy, przyjeżdżający z malaryą, poprawiają się tu zupełnie, klimat jest jednostajny, natura piękna. Ale wrogami Ojcowa są ludzie. Nie uczyniono tu nic dla podniesienia a nawet utrzymania dobrych przyrodzonych warunków. Mieszkania są zbudowane w najgorszej części Ojcowa (nawet zakład leczniczy), drogi złe, włościańskie gospodarstwa wrzynają się w terytoryum, przeznaczone na budynki mieszkalne, i są źródłem stałych nieporządków i zanieczyszczeń, niema stacji meteorologicznej, nie poczyniono żadnych badań naukowych nad klimatem i przyrodą Ojcowa. Dla podniesienia tej wartościowej stacji klimatycznej należałoby skierować ruch budowlany ku górze, ku Pieskowej skale, przeprowadzić kanalizację, nakreślić plan, według którego mógłby się Ojców zabudowywać, jednym słowem włożyć wiele pracy ludzkiej i kapitałów.

W dyskusyi kol. SOKOŁOWSKI wypowiedział zdanie, iż wydział zdrojowisk uważa Ojców za dobrą i odpowiednią stację klimatyczną z tem zastrzeżeniem, iż należałoby z niej usunąć wiele istniejących braków, o których była mowa na posiedzeniu.

O innych stacjach klimatycznych: Sławucie, Niekłaniu i Otwocku, będzie mówił SOKOŁOWSKI na posiedzeniu następnem.

P.

O ruchu chorych w Szpitalu Zapasowym za m. Listopad r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 71 (m. 45, k. 26); przybyło w listopadzie 123 (m. 55, k. 68); wypisało się 105 (m. 55, k. 50); zmarło 15 (m. 8, k. 7); pozostało na miesiąc następny chorych 74 (m. 37, k. 37).

Ogólna liczba chorych była nieco mniejsza niż w październiku, dzięki jednoczesnemu, choć nieznacznemu zmniejszeniu się wszystkich prawie chorób zakaźnych, prócz tyfusów, z których wysypkowy prawie w trójnasób się wzmógł i w dalszym ciągu szerzyć się nie przestaje. Dotyczy to zresztą głównie okolic Warszawy, z których większa część chorych pochodzi. Przebieg choroby był, jak i tyfusu brzuszego, dość ciężki i powikłany.

Najlichnieszą rubrykę, znacznie mniejszą, niż w październiku, stanowiła odra, której mieliśmy przypadków 18 (m. 6, k. 12) przeważnie u dorosłych z przebiegiem dosyć ciężkim. Śmiercią zakończył się jeden przypadek z powodu powikłań. Chorzy pochodzili z domów i ulic: Ząbkowska 19, Widok 18, Nowy Świat 16, Pawia 36, Górczewska 20, Nowy Świat 64, Jasna 10, Nowolipie 57, Mokotowska 54, Koszykowa 59, Aleja róż 8, Złota 9, Książęca 1, Niska 66, Długa 13, Żórawia 10, Dzielna 39.

Następną rubrykę, nieco większą, niż w ubiegłym miesiącu, zajęła ospa, której mieliśmy przypadków 17 (m. 9, k. 8), po większej części u chorych nieszczepionych z przebiegiem ciężkim. Śmiercią zakończyły się 4 przypadki, wszystkie u chorych nieszczepionych. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Ogrodowa 69 (2 przypadki), Mazowiecka 20, Tamka 32, Podwale 30, Krochmalna 15, Dzielna 81 (3 przypadki), Solec 47, Bracka 17, Wiejska 7, Żelazna 93, Twarda 23, Wolska 28, Warecka 3 i wieś Czyste.

Mniej, niż w październiku, zanotowaliśmy róży, której było przypadków 17 (m. 9, k. 8). Zejść śmiertelnych nie było. Chorzy przybyli z domów: Wolska 18, Kaliksta 11, Solec 69, Konopacka 4, Sienna 78, Bielańska 9, Leszno 27, Żórawia 47, Browarna 7, Ratusz, Grzybowska 59, Szpital Dz. Jezus, Bonifratska 5, Leszno 17, Pańska 92, Czerniakowska 80 i wieś Mokotów.

Znacznie również mniej mieliśmy płonicy, przypadków 14 (m. 9, k. 5), przeważnie u dorosłych, z przebiegiem nierównie łagodniejszym. Śmiercią zakończyły się 3 przypadki. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Hrubieszowska 5, Złota 20, Szpital Dz. Jezus (3 przypadki), Kapucyńska 6, Leszno 15, Obozowa 7, Nowy Świat 62, Mokotowska 54, Senatorska 22, oraz Piaseczno Czyste i Koło.

Na zaznaczenie zasługuje znaczne powiększenie się tyfusu wysypkowego, którego mieliśmy przypadków 14 (m. 10, k. 4) z przebiegiem dosyć ciężkim. Połowa z nich pochodzi z okolic Warszawy: Woli, Czystego, Brudna, Piaseczna. Z samego zaś miasta przybyli: Kępna 4, Szpital Dz. Jezus, Chłodna 40, Podwale ?, Wronia 4, Krochmalna 53 i Nowolipie 68.

Nie zmniejsza się również i tyfus brzuszny, którego zanotowaliśmy przypadków 10 (m. 5, k. 5) i to z różnych ulic miasta, z przebiegiem ciężkim i powikłanym. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Dzielna 88, Wolska 35, Czerniakowska 15, Ogrodowa 17, Orla 9, Kanonia 14, Gólcawska 10, Pawia 36, Leszno 7, Dzika 41.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 12 przypadków zapalenia gardła (*angina follicularis*); 4 — ospy wietrznej; po 2 — biegunki krwawej, zapalenia płuc krupowego i różyczki, oraz po jednym przypadku: błonicy gardła i gorączki płożowej.

Z chorych, niewłaściwie do nas skierowanych, mieliśmy 2 przypadki reumatyzmu przewlekłego, oraz po jednym zapalenia opłucny i pryszczycy.

Biletów odmownych chorym niekwalifikującym się do szpitala Zapasowego wydano 11 (m. 3, k. 8); dla braku zaś miejsc 7 (m. 1, k. 6).

Rewakcynacyi w miesiącu ubiegłym dokonano 44 (m. 23, k. 21).

J. Sz waj cer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= W klinice MAYGRIER'a stosują z powodzeniem ortoform w leczeniu pęknięć brodawkowych piersi u położnic. Posypanie rany ortoformem i przykrycie ga-

zą, sprowadza natychmiastowe ustanie bólu, i rana goi się zupełnie w przeciągu kilku dni; opatrunek robi się początkowo dwa razy, następnie zaś raz dzien-

nie, znieczulający wpływ ortoformu jest bowiem dosyć trwały. Przed karmieniem i po nakarmieniu dziecka należy pierś obmyć roztworem kwasu bornego. Wyższość tego sposobu leczenia nad innymi polega na 1) zupełnej nieszkodliwości ortoformu zarówno dla matki, jak ssawca, 2) usunięciu potrzeby zaprzestania karmienia chorą piersią. (Semaine med. 10, XI. 98).

— W krwotocznym nieżycie macicy stosował BOUQUET w czterech przypadkach jodek potasu wewnątrz w dawce 2,0 dziennie i skutek otrzymał pomyślny: po upływie trzech tygodni miesiączka stawiała się prawidłową i utraty krwi były nieznaczne. (Sem. med. 10. XI. 98).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— Po wstępnych pracach organizacyjnych Towarzystwo Higieniczne przystąpiło już do pracy czynnej. Jakkolwiek regulamin wewnętrzny Towarzystwa nie został jeszcze ostatecznie opracowany i zastwierdzony przez Zebranie Ogólne członków rzeczywistych, jednakże nastąpił już podział na wydziały, w których będzie się wyrażała istotna czynność Towarzystwa. Wydziałów takich utworzono dotąd siedm. 1) Wydział biologiczny, przewodniczącym w nim jest kol. NUSSBAUM, sekretarzem kol. KUZYŃSKI. 2) Wydział higieny wychowawczej, przewodniczący ks. GRALEWSKI, sekretarz kol. PIOTROWSKI Józef. 3) Wydział higieny zdrojowisk, przewodniczący kol. DOBRZYCKI, sekretarz kol. PUŁAWSKI. 4) Wydział higieny ludowej, przewodniczący kol. CIEŁCHOWSKI, sekretarz kol. JAKIMIAK. 5) Wydział higieny szpitali i przytułków, przewodniczący kol. DUNIN, sekretarz kol. MĘCZKOWSKI. 6) Wydział higieny miast i mieszkań, przewodniczący inż. MATECKI, sekretarz kol. TCHÓRZNICKI. 7) Wydział higieny przemysłowej i zawodowej, przewodniczący kol. Leon BABIŃSKI, sekretarz kol. ŚMIECHOWSKI. Od poparcia ludzi dobrej woli zależy powodzenie tej pożytecznej instytucji. Zwłaszcza udział osób, zamieszkałych na prowincyi, jest niezmiernie dla samej sprawy pożądanym.

— W celu uczczenia pamięci zmarłego w r. b. prof. Alfreda OBALIŃSKIEGO wydział lekarski uniwersytetu Jagiellońskiego i Tow. lek. krak. postanowiły wmurowanie pamiątkowej tablicy w kościele Św. Anny z portretem ś. p. profesora. Ustanowiony komitet zajmie się zbieraniem na ten cel składek.

— 130 lekarzy berlińskich podpisało podanie do rządu, aby przy szpitalu Moabit zbudowano piec do palenia zwłok.

— Na Madagaskarze w Tamatawa wybuchła dżuma.

— W dniu 4 b. m. w Salpêtrière odsłonięto pomnik CHARCOT'a. Pomnik cały jest z brązu; CHARCOT jest przedstawiony stojący w todze profesorskiej w chwili wykładu.

— X zjazd francuskich psychiatrów i neurologów odbędzie się w Marsylii pomiędzy 4 a 9 kwietnia 1899 r.

— XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu odbędzie się pomiędzy 2 a 9 sierpnia 1900 r.

— Pierwszy zjazd rosyjski balneologiczny odbędzie się Petersburgu pomiędzy 24 a 28 grudnia r. b.

— Zmarli. W Krakowie d-r Jan HARAJEWICZ, były dyrektor szpitala S-go Łazarza w 77 roku życia.

Od Administracyi.

„Uprasza się Sz. abonentów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok 1899 oraz o uregulowanie zaległych rachunków”.

„Do dzisiejszego numeru dołączamy dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowości lekarskich” księgarni Sennewalda za Grudzień i „cennik składu herbaty Piotra Botkina synów w Moskwie”.

Rok XXXIV-ty
M E D Y C Y N A
CZASOPISMO TYGODNIOWE
DLA LEKARZY PRAKTYKÓW,

będące dalszym ciągiem „Kliniki“, w r. 1866-ym założonej, a pod nazwą „Medycyny“ od r. 1873-go wychodzące, wydawane i redagowane przez gremium lekarzy w Warszawie, na prowincyi i za granicą mieszkających, wychodzić będzie w r. 1899 w tym samym zakresie i kierunku.

„Medycyna“, nie zaniedbując tego wszystkiego, co naukowego lekarza obchodzić może, ma przedewszystkiem na celu potrzeby lekarzy-praktyków; zatem za najważniejsze zadanie dla siebie poczytuje uprawianie medycyny klinicznej w obszernem znaczeniu tego słowa; dalej, podawanie wszelkich nowych zdobyczy, dotyczących ulepszenia metod leczniczych, z wszelkich bez wyjątku dziedzin, obszar nauk lekarskich stanowiących, przy uwzględnieniu wszelkich działów, dotąd w „Medycynie“ opracowywanych, które, o ile to będzie możliwe, rozszerzeniu ulegną. Wobec sformułowania w sposób powyższy zasadniczych kierunków pisma program szczegółowy jest zbyteczny.

Numer „Medycyny“, która w miarę potrzeby podaje rysunki, drzeworyty lub litografie, obejmować będzie tekstu najmniej **stron 24** dotychczasowego formatu.

Cena „Medycyny“ w Warszawie rs. 6, półrocznie rs. 3.

Z przesyłką pocztową rocznie rs. 7 — lub półrocznie rs. 3 kop. 50.

Każdy artykuł, pomieszczony w „Medycynie“, jest płatny.

Z wszelkimi interesami treści naukowej, jakoto: nadsyłaniem artykułów, żądaniem wyjaśnień lub pomocy naukowej i t. d. i t. d. zwracać się należy pod adresem: **Redakcja „Medycyny“ w Warszawie — Krakowskie Przedmieście Nr 7**; z wszelkimi zaś interesami, dotyczącymi administracyi pisma, jakoto: wnoszeniem prenumeraty, odbiorem wszelkich należności, reklamacyami, nabywaniem numerów i wydawnictw „Medycyny“, zamawianiem odbitek, kupnem zamówionych książek i t. d. zwracać się należy **nie do Redakcyi**, lecz do Wydawcy pisma pod adresem: **D-r L. Guranowski w Warszawie, Żłota 14.**

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski

Довзголено Цензурою. Варшава, 10 Декабря 1898 г. Друк К. Ковалевскаго, Warszawa, Mazowiecka 8.