

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE
DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 23.

Warszawa d. 9 Czerwca 1906 r.

T. XXXIV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O niektórych zaburzeniach w czynności mięśnia sercowego w świetle najnowszych badań. Podał K. Rzętkowski. (Ciąg dalszy). — W sprawie gruźlicy krtani u dzieci. Podał Zdzisław Dobrowolski. — Nowe źródło solanki w Ciechocinku służące do wewnętrznego użycia. Podał F. Arnstein. — Streszczenia i wyciągi. 69. Przyczynki do profilaktyki i leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego. 70. O perityphlitis. 71. Wczesna operacja w epityphlitis. 72. Wysoka śmiertelność w zapaleniu wyrostka robaczkowego podczas ciąży. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie sekcji ginekologicznej z d. 27 kwietnia r. b. — Drobne wiadomości. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) K. Rzętkowski — Sur certains troubles de l'actions du muscle du coeur d'après les recherches les plus nouvelles. 2) Z. Dobrowolski — Sur la tuberculose du larynx chez les enfants. 3) F. Arnstein — Une nouvelle source saline à Ciechocinek à l'usage interne.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) K. Rzętkowski — Ueber gewisse Abnormitäten in der Thätigkeit des Herzmuskels im Lichte der neuesten Forschungen. 2) Z. Dobrowolski — Zur Kehlkopftuberculose bei Kindern. 3) F. Arnstein — Eine neue Salzquelle in Ciechocinek zum innerlichen Gebrauch.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału II w szpitalu Wolskim w Warszawie.

O niektórych zaburzeniach
w czynności mięśnia sercowego
w świetle najnowszych badań.

Podał

Kazimierz Rzętkowski.

Ordynator oddziału.

(Według odczytu w Warsz. Tow. Lek. dn. 17. IV. 1906 r.).

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr 22).

Zaznaczyć muszę, że skonstatowanie na krzywej okoliczności, iż przestanek trwa tu

przez okres czasu, wyrównujący trwanie dwu fal normalnych, jest nader ważne, nieledwie rozstrzygające dla stwierdzenia skurczu wtrąconego. Idzie bowiem o to, że sama ekstrasystola, dla powodów, które w tej chwili wyluszcze, jako wzniesienie na krzywej jest czasem niesłychanie słabo lub nawet wcale prawie nie zaznaczona. Wówczas zdawać się może, że mamy tu do czynienia z czystą „intermisyą“ z prawdziwym przestankiem serca. Rzecz jednak od razu wyjaśni się, jeżeli zmierzmy falę inkryminowaną od miejsca, gdzie jej anakrota wychodzi z po-

ziomu, do miejsca, gdzie jej katakrota styka się z poziomem. Znajdziemy wówczas, że trwanie tej fali równe jest okresowi dwóch fal normalnych, co rozstrzyga kwestyę w kierunku istnienia tu ekstrasystoli nader słabej, lecz niewątpliwej

Że ekstrasystolę nie zawsze wyczuć możemy na tętnie promieniowem, i że nie zawsze sfigmograf nasz zaznaczy ją wzniesieniem na krzywej, to jest rzecz nader zrozumiała. Skurcz wtrącony następuje w okresie czasu pomiędzy końcem jednej systoli a początkiem — następnej, t. j. wówczas, kiedy mięsień serca jest pobudliwy, w chwili napelniania się serca krwią od strony przedsionka. W tym okresie zastawki aorty są jeszcze zamknięte. Otóż, im więcej krwi wleje się do komory, i im łacniej ta krew przez otwór aortalny wleje się do aorty, tem więcej danych, że owa „ekstrafala“ uwydatni się na tętnie i na jego krzywej. Ponieważ przy samym początku rozkurczu napelnienie lewego serca jest jeszcze nieznaczne, a mięsień w ekstrasystoli nie może przewyciężyć silnego ciśnienia w aorcie, zamykającego jej zastawki prądem krwi wstecz, przeto skurcz wtrącony na samym początku rozkurczu rzadko kiedy uwydatnia się na krzywej sfigmograficznej. Takie skurcze wtrącone HOCHHAUS i QUINCKE nazwali „frustranae contractiones“. Im później w okresie rozkurczu skurcz wtrącony wystąpi, tem więcej krwi wyrzuci on do aorty przy coraz bardziej rozluźniających się jej zastawkach. W tych warunkach ekstrasystola uwydatni się tem jaskrawiej na tętnie i jego krzywej. Niejednokrotnie ekstrasystole są zaznaczone tak nisko, na krzywej, że wydaje się, jakbyśmy mieli przed sobą krzywą tętna dwubitnego. I tu jednak skonstatowanie pauzy kompensacyjnej i wymierzenie okresu trwania fali normalnej + skurcz wtrącony (= dwóm falom normalnym) rozstrzyga od razu kwestyę na korzyść ekstrasystoli. A nadto w przypadkach dykrotyzmu osłuchiwanie serca przy jednoczesnem obmacywaniu tętna wykazu-

je, że fali odbitej nie towarzyszy żaden ton sercowy, że przeto niema tu mowy o skurczu serca.

Gdy na zasadzie cech powyższych potrafiemy już rozpoznać obecność skurczów wtrąconych serca, godzi się dalej zapytać, jaki jest mechanizm ich powstawania, jakie są ich przyczyny? Wiemy już z powyższego, że doświadczalnie możemy otrzymać ekstrasystole, drażniąc, jak ENGELMANN — mięsień sercowy w okresie jego pobudliwości przy pomocy prądów indukcyjnych. W ten sposób wywoływano skurcze wtrącone serc żabich, serc zwierząt ciepłokrwistych i t. p. Oczywiście jest rzeczą, że u ludzi nikt podobnych eksperymentów nie wykonywał. Wobec serca ludzkiego przeto stać musimy wyłącznie na gruncie domysłów, opierając się z jednej strony o dane doświadczeń na zwierzętach, z drugiej zaś — o fakty, dostarczone przez obserwacyę odnośnych chorych kliniczną

W tej sprawie jednak nie więcej nie możemy dziś jeszcze powiedzieć nad to, że 1) skurcze wtrącone w sercu ludzkim powstają wskutek działania na serce jakichś nienormalnych co do chwili powstawania bodźców wtrąconych („ekstrabodźców“) 2) powstawaniu tych skurczów sprzyja niewątpliwie nadmierna pobudliwość mięśnia sercowego, który w danym razie musi znajdować się pod działaniem jakichś do datnich batmotropowych wpływów. Być może — jak chce LOMMEL -- owe wpływy batmotropowe dodatnie spowodowane są przez swoiste działanie elementów nerwowych na serce, co sprawia, *sit venia verbo*, stan nadczułości, hyperestezji mięśnia sercowego. Niektórzy autorowie (TRAUBE i KNOLL, HERING) za moment, sprzyjający wytwarzaniu się takiego stanu mięśnia sercowego uważają wzrost wewnątrzsercowego ciśnienia, podobny do tego, jaki powstaje przy zamknięciu aorty brzusznej lub wielkich pni tętnicznych. Tak czy owak, mechanizm ekstrasystoli i przyczyny, powodujące to niesłychanie interesujące zjawisko, są po dziś dzień wciąż jeszcze ciemne.

Kazuistyka omawianej sprawy kliniczna, jakkolwiek w ostatnich czasach coraz bogatsza, mało też przyczynia się jeszcze do wyjaśnienia mechanizmu skurczów wtrąconych. Ze skurczami tymi spotykamy się u ludzi najrozmaitszego stanu zdrowia, budowy, odżywiania, płci i wieku. Widzimy je przeto u ludzi zupełnie zdrowych, u których serce działa zupełnie bez zarzutu. Widzimy je dalej często w stanach neurastenicznych, gdzie stają się nieraz punktem wyjścia dla całego szeregu sensacji i nieusprawiedliwionych skarg na serce. W okresach zdrowienia po chorobach zakaźnych ostrych ekstrasystole spotykamy również często. Rzadziej występują one w przebiegu ciężkich spraw zakaźnych ostrych i wówczas słusznie budzą obawy o stan serca chorych tej kategorii. Bardzo często spotykamy ekstrasystole u chorych z zaburzeniami krążenia, nawet tam, gdzie ze strony samego serca niema żadnych objawów. Tu należą stany t. zw. „hypertensyi“, a zatem arterioskleroza jawna lub ukryta, mocznica i t. p. Chorzy na serce bardzo często dają nam sposobność do spostrzegania skurczów wtrąconych i to niezależnie od ich stanu, niezależnie od natężenia niedomogi, stanu mięśnia sercowego, umiejscowienia wady i t. p. Wreszcie ekstrasystole często występują wskutek wpływów toksycznych np. pod wpływem naparstnicy.

Z powyższego widzimy, że różnaitość stanów, w jakich spotykamy ekstrasystole u ludzi, jest niezwykła. Jak powyżej zaznaczyłem, tłem, na którym zjawisko to powstaje, jest zwiększona pobudliwość mięśnia sercowego — wpływ batmotropowy dodatni — jego, że tak powiem — hyperestezya większa lub mniejsza. O ile i dla czego wszystkie powyżej wyliczone stany chorobowe i niechorobowe dadzą się pod to tło podciągnąć, na to pytanie klinika nie daje dziś jeszcze żadnej odpowiedzi. Nie wiemy również, co ostatecznie ów wpływ batmotropowy wyzwała, o ile w tem ma udział układ nerwowy serca, układ krążenia wogóle i t. d. To pewna, że wy-

stępowanie skurczów wtrąconych zgoła nie poucza nas o stanie mięśnia sercowego. To też znaczenie prognostyczne ekstrasystoli jest żadne. Z wyjątkiem może ostrych stanów zakaźnych ekstrasystole wogóle są zjawiskiem niewinnem w znacznej większości przypadków, mającym raczej teoretyczne, niż praktyczno-kliniczne znaczenie.

Teoretyczne znaczenie ekstrasystoli, jako pewnego swoistego typu zaburzenia działalności mięśnia sercowego, jest nierównie poważniejsze. Jak to pouczyły badania WENCKEBACH'a w wielu przypadkach t. zw. arytmii zaburzenie czynności mięśnia sercowego da się sprowadzić do pojawiania się ekstra - skurczów, występujących pojedynczo lub w liczbie większej w różnym czasie lub okresowo. I to sprowadzenie wielu różnych na pozór typów t. zw. arytmii pod jeden znak, mianowicie też — do pojawiania się skurczów wtrąconych jest bardzo ważnym krokiem naprzód w patologii mięśnia sercowego. Z chwilą bowiem kiedy poznamy równoważnik morfologiczny lub czynnościowy w mięśniu sercowym odpowiadający zjawisku ekstrasystoli, zrozumimy tem samym mechanizm całego szeregu zjawisk t. zw. arytmii, będących w istocie rozwinięciem podstawowego zjawiska ekstrasystoli.

Zaznaczyć winienem, że — jak to widzieliśmy wyżej — ekstrasystole, chociaż do pewnego stopnia psują nam pozornie symetrię krzywej sfigmograficznej, to jednak, jako skurcze zawczesne — nie zakłócają w niczem miarowości następnych skurczów. Z tego wniosek, że miarowość tętna, spowodowana występowaniem jednej lub więcej ekstrasystoli, rozsianych w tętnie lub też powracających okresowo, nie jest właściwie niemiarowością w całym tego wyrazu znaczeniu. Typ arytmii, jaki w ten sposób powstaje, nie będzie przeto arytmią rzeczywistą: zgodnie z ogólnie przyjętą terminologią WENCKEBACH'a oznaczamy go dziś mianem pararytmii.

Do pararytmii tedy należy przedewszystkiem ten typ niemiarrowości tętna, do jakiego zaliczamy t. zw. *pulsus bi- tri- quadrigeminus* i t. d. Tak *pulsus bigeminus* jest to tętno, w którym po każdych dwóch nierównej (lub nawet różnej) wysokości falach następuje dłuższa pauza (= ekstrasystola nie zaznaczona na krzywej t.j. tak zwana *frustrane Contraction* lub pauza kompensacyjna). Druga fala będzie to właśnie skurcz wtrącony. To samo dotyczy *pulsus trigeminus* i t. d. W tych przypadkach dokładne mierzenie krzywych wykaze, że fala z ekstrasystolą wraz z pauzą po niej trwa tak długo, jak dwie fale normalne. Osluchiwanie serca w tych razach poucza, że w czasie, odpowiadającym pojawianiu się ekstrasystoli, słyszymy istotnie skurcz serca mocny i zbyt wczesnie występujący. Bardzo często zdarza się, że ekstrasystola w tych razach nie ulegnie zaznaczeniu na krzywej tętna promieniowego; zjawisko to polega prosto na zbyt małym efekcie skurczu wtrąconego z powodów, które już wyżej wyłuszczyłem. Krzywa sfigmograficzna w miejscu ekstrasystoli będzie wówczas bardzo mało wzniesiona lub nawet gładka. A jednak osłuchiwanie serca jednocześnie lub wyczuwanie *ictus cordis* nauczy od razu, że w tym czasie był istotnie skurcz mięśnia sercowego, który możemy nawet zrysować przy pomocy np. poligrafu MACKENZIE'go; stwierdzenie w ten sposób skurczu dowiedzie, że pauza na krzywej tętna promieniowego jest tylko rzekomą, spowodowaną wyłącznie na skutek małego efektu skurczu wtrąconego. Do tej kategorii należy zjawisko t.zw. „hemisystolii“, polegające na tem, że dwóm słyszalnym skurczom serca odpowiada jedna fala tętna lub krzywej sfigmograficznej. Dawniej objaśniano to zjawisko niejednoczesnem kurczeniem się obu komór serca. Dziś inaczej na tę sprawę patrzeć należy. Idzie tu o zjawisko zupełnie analogiczne do t. zw. *pulsus bigeminus* z efektem ekstrasystoli minimalnym, tak małym, że na obwodzie nie jest on w stanie uwydatnić się. Że tak jest

w samej rzeczy, poucza o tem jednoczesne zdejmowanie krzywej sercowej (np. przy pomocy poligrafu MACKENZIE'go), na której znajdziemy podniesienie, odpowiadające co do czasu rzekomej pauzie tętna promieniowego lub jego krzywej. Odnosnie do hemisystolii zauważyć też należy, że opisano przypadki prawdziwej hemisystolii, t. j. nierównoczesnego skurczu obu połów serca. Są to jednak zjawiska niesłychanie rzadkie, a nawet autorowie, którzy je opisują, nie są zupełnie przekonani, czy tak jest rzeczywiście. MACKENZIE, który w swem pięknym dziele (*Die Lehre vom Puls*. Tłom. z ang. przez A. DEUTSCH Frankfurt aM. Johannes Alt. 1904) trzy takie przypadki podaje, uważa je za zjawiska w obu mierzącem sercu — agonalne. Częstsze są zjawiska pokrewne, mianowicie też nie współrzędne kurczenie się przedsionków i komór, o czem dalej wypada nam pomówić.

* * *

Przejdźmy z kolei do zaburzeń w przewodnictwie mięśnia sercowego. Jak wiadomo, bodziec skurczowy powstaje w okolicy żył wielkich do prawego przedsionka. Ztąd, dzięki samoprzewodnictwu mięśnia sercowego, przenosi się na przedsionki. Przedsionki przy pomocy pęczka włókien mięśniowych (His) połączone są z komorami*). Idąc przeto dalej, bodziec skurczowy na granicy przedsionkowo-komorowej czyli, jak to w skróceniu przyjęto oznaczać na granicy *A—V* (*atrio-ventricularis*), ulega zwolnieniu na skutek osłabionego przewodnictwa w pęczku His'a, jednak z czasem przenosi się dalej i powoduje skurcz komór. Przewodnictwo włókien mięśniowych na granicy *A V* jest normalnie najmniejsze. Otóż, jeśli wogóle przewodnictwo w mięśniu sercowym słabnie, to najwyraźniej zaznacza się to w tych miejscach, gdzie wogóle jest one słabsze z natury. Przedewszystkiem więc różnica *As—Vs*

*) Porówn. w tej sprawie wyżej cytowany mój odczyt. (Przyp. aut.).

(*Atr. systole—Ventr. systole*) wzrasta. Wówczas pomiędzy skurczem przedsionków *As* i komór *Vs* upływa dużo czasu, i w miarę słabnięcia przewodnictwa różnica *As—Vs* może stać się równą ∞ , i przeto skurcz komór nie nastąpi. Zanim przejdziemy do znaczenia klinicznego zjawiska zmniejszania się przewodnictwa w mięśniu sercowym, w paru słowach zaznaczyć muszę, że eksperymentalnie słabnięcie przewodnictwa konstatawano przedewszystkiem w sercach, zwolna zamierających, pracujących wobec braku tlenu, lub w sercach, nad miarę pracujących. Osłabia no też przewodnictwo komórek mięśnia sercowego przy pomocy miejscowego ochładzania odnośnych części jego (v. KRIES). Dotyczą te doświadczenia przeważnie serce zwierząt zimnokrwistych. Serca ciepłokrwistych, jak chce HERRING, trudniej tracą swe przewodnictwo mięśniowe. O wpływach atoli, pod jakimi to następuje, mało wiemy. Co się tyczy człowieka, to wolno mniemać, jak przypuszcza WENCKEBACH, że zmniejszanie się jego przewodnictwa mięśniowego wystąpi w warunkach, analogicznych do tych, w jakich i żabie serce traci swe przewodnictwo. Będą to zatem takie okoliczności, jak: podkopane odżywianie mięśnia sercowego w ciężkich chorobach ogólnych lub spowodowane wskutek niedostatecznego dopływu krwi (ischemia miejscowa) do mięśnia sercowego zaburzenie w jego odżywianiu, wreszcie wskutek zmienionego składu krwi, skutkiem zatrucia i zakażeń, наконец — skutkiem zmian w samym pęczku His'a na granicy *AV* (*myocarditis*) i t. p. Zmniejszanie się przewodnictwa w mięśniu sercowym może też nastąpić wskutek wpływów nerwowych (wpływy ujemne dromotropowe). W ostatnich czasach badania MUSKENS'a, ENGELMANN'a i in. dowiodły, że ze strony nerwu błędnego spływać mogą na mięsień sercowy wpływy zarówno dromotropowe, jak inotropowe i chronotropowe — ujemne. Zmniejszanie się zatem przewodnictwa w mięśniu sercowym może być spowodowane wskutek wpływów dromotropowych ujemnych,

spływających ze strony *nervi vagi* (wskutek jakiegoś podrażnienia tegoż?). Jeżeli przeto idzie o stronę kliniczną tej sprawy, to w każdym poszczególnym przypadku zmniejszonego przewodnictwa u człowieka należy sobie zdać sprawę, czy to zmniejszenie nastąpiło wskutek wpływów nerwowych, czy też nienewowych. Sprawa ta nie jest pozbawiona wagi ze względów czysto praktycznych, mianowicie też — z punktu widzenia terapii. Zaznaczyć muszę, że odpowiedzieć na to pytanie zazwyczaj w klinice bywa nader trudno. Niektórzy badacze, chcąc sobie na to pytanie odpowiedzieć, probowali wyłączać wpływ *n-vi vagi* na serce, dając odnośnym chorym atropinę, porażając zakończenia tego nerwu w sercu (?). Bezskuteczność w tych razach atropiny przy wyrażeniu istniejących powodach do zaburzeń w odżywianiu mięśnia sercowego (miażdżyca tętnic wieńcowych) lub objawach zmian anatomo-patologicznych w nim (*myocarditis*) ma przemawiać za tem, że w danym razie przyczyna zmniejszonego przewodnictwa tkwi nie we wpływach dromotropowych ujemnych ze strony nerwu błędnego. Zaznaczyłem, że rozstrzygnięcie tej sprawy zdaje się mieć dosyć poważne znaczenie praktyczno-terapeutyczne. Idzie tu bowiem o to, że, jak twierdzi WENCKEBACH — naparstnica jest przeciwwskazana w zaburzeniach przewodnictwa mięśniowego w sercu. Naparstnica w dawkach większych drażni nerw błędny, co zmniejsza przewodnictwo (wpł. dromotropowy ujemny). Jeżeli więc w przypadku zmniejszonego przewodnictwa wskutek wpływów nerwowych podawać będziemy naparstnicę, to zamiast poprawiać przewodnictwo, będziemy powiększać natężenie wpływów dromotropowych ujemnych (drażnić *nr. vagus*), czyli pogarszać przewodnictwo.... O ile twierdzenie to WENCKEBACH'a jest słuszne, nie możemy dziś jeszcze sądzić.

W klinice zaburzenia w przewodnictwie mięśnia sercowego uwydatniają się najlepiej i najczęściej — jako zjawiska naturalnie nie

agonalne — w t. zw. chorobie ADAM-STOKES'a. W literaturze niemieckiej zjawiska tej kategorii znane są pod nazwą bloku sercowego „Herz-bloc“, a skurcze przedsionków, zatrzymujące się na granicy $A-V$, nazywają autorowie (BELSKI, WENCKEBACH, GASKELL i w. in.) skurczami blokowanymi (zatrzymanymi) na granicy $A-V$ („die an der AV Grenze blockirte Systolen“).

(D. n.)

W SPRAWIE GRUŻLICY KRTANI U DZIECI

Podał

ZDZISŁAW DOBROWOLSKI.

Ord. Warsz. szpit. dla dzieci

(Według odczytu w Tow. oto-laryngologicznem d. 27 paźd.
1905 r. i 26 lutego 1906 r.)

Jednym z bardzo rzadko spotykanych cierpień krtani u dzieci jest niewątpliwie gruźlica. Prowadząc ambulatoryum i oddział chorób gardła i uszu w szpitalu dziecięcym przez lat 12, t. j. od roku 1894, spostrzegałem tylko 3 przypadki napewno rozpoznanej gruźlicy krtani u dzieci w wieku do 10-ciu lat.

Biorę przeciętną liczbę chorych, zapisanych w księgach ambulatoryum po 1000 rocznie, to jest 12000 przez lat 12, z tej cyfry połowa odpada na chorych na uszy oraz starszych, otrzymamy więc 6000 dzieci chorych na gardło, a z tej ostatniej liczby były tylko 3 przypadki gruźlicy krtani.

Podane niżej przypadki przedstawiają zupełnie pewną dyagnostycznie gruźlicę krtani. Oprócz nich spostrzegałem jeszcze kilku chorych, u których gruźlica krtani była bardzo prawdopodobna, lecz w żadnym z tych ostatnich nie znalazłem laseczników KOCH'a. Wiadomem jest, jak trudno nieraz bywa wykryć laseczki gruźlicze u dzieci, które nie umieją odpluwać płwociny. Z tego powodu przypadki, przedsta-

wiające klinicznie całkowity obraz gruźlicy krtani, nawet przy niewykrywaniu laseczników mogą być zaliczone do gruźlicy.

W pracy niniejszej przy opisie objawów i rozpoznania różniczkowego miałem na względzie nie tylko trzy podane tutaj przypadki, lecz i te, co do których rozpoznanie gruźlicy było bardzo prawdopodobne.

Wszystkie opisane poniżej przypadki gruźlicy krtani dotyczą dzieci młodszych, w wieku do lat 10.

Właściwie wiek dziecięcy uważa się do lat 15, lecz w tym ostatnim okresie, t. j. w końcu wieku dziecięcego, gruźlica spotyka się już znacznie częściej.

Pozostawiając na później spostrzeżenia obce, notowane w literaturze, przechodzę do opisu pojedynczych przypadków, przytem podaję je nie w porządku chronologicznym, lecz zależnie od dokładności spostrzegania, jakie mogłem względem nich przeprowadzić.

Najdłużej i najdokładniej spostrzegałem niżej wymieniony przypadek:

I. Piekutowski Lucyan, 8½ lat liczący, przybył z ojcem do ambulatoryum szpitalnego, prosząc o przyjęcie do szpitala dnia 13 czerwca 1902 r.

Przy wywiadach od chorego, który nad wiek był inteligentny, oraz jego rodziców okazało się: chłopiec ma bóle w gardle i nosie, twierdząc, że zjawily się one miesiąc temu, naprzd zatkało mu lewe nozdrze, w parę dni potem zupełnie zachrypl, i taka chrypka, prawie bezgłos, trwa do obecnej chwili.

Przed 7-iu laty miał duży wrzód na prawym policzku, 6 lat temu przechodził tyfus brzuszny, który ciągnął się przez miesiąc czasu, potem chorował na odrę.

Bracia i siostry chorego — zdrowi, rodzice również, w bliższej rodzinie według zdania rodziców suchot nie spostrzegano.

Główne skargi chorego: chrypka i bóle gardła przy połykaniu, zatkanie i krwawienia

z lewego nozdrza, osłabienie ogólne oraz suchy kaszel, szczególnie nocą; podczas pobytu w szpitalu okazało się jednak, że bóle przy połykaniu nie były zbyt silne, i chory pił oraz spożywał pokarmy bez tych wielkich wysiłków, jakie zmuszeni są czynić suchotnicy gardłani dorosli.

Przy badaniu chorego znalazłem: wejście do lewego nozdrza zatkane guziczkami blado-różowego koloru, wielkości ziarnka grochu i nieco większymi, guziczki te są nierówne, ziarniste, głębsze rozpadają się serowato; guziczki wyraźniej stają z przegrody nosa i dolnej muszli i wypełniają przednią część lewej jamy nosowej, w prawej jamie nosowej na przegrodzie znajdujemy też kilka podobnych guziczków. W płucach: oddech zaostrozony oraz lekkie stłumienie odgłosu wypukowego nad prawym szczytem z przodu, t. j. w jamie nad i podobojczykowej, i nad łopatką, nieco suchych i wilgotnych rzężeń na całej przestrzeni płuc; w gardzieli i jamie noso-gardzielowej nie osobliwego. W krtani: znaczne nacieczenie i owrzodzenie brzegu i krtaniowej powierzchni nagłośni, nacieczenie więzów bocznych (fałd nagłośnio-nalewkowych), szczególnie przy nagłośni, więzy fałszywe też nieco nacieczone. Struny prawdziwe owrzodziały, nierówne i znacznie nacieczone, szpara głosowa zwężona, ze strun głosowych owrzodzenia przechodzą na przednią ścianę krtani i tchawicy.

W innych narządach nie osobliwego nie znaleziono, gruczoły chłonne na szyi po obu stronach — powiększone i twarde.

Przy badaniu drobnowidzowym guziczków, usuniętych z lewego nozdrza, dokonaniem przez kol. STEINHAUSA okazała się typowa gruźlica, laseczników KOCH'a w nich nie znaleziono, natomiast wykryto laseczki, lecz w bardzo małej liczbie, w płwocinie chorego.

Wobec wyników badania drobnowidzowego, jak również zmian w krtani i nosie nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że mamy tu do czynienia z gruźlicą krtani, nosa i płuc. Chory

przebył w szpitalu 3 tygodnie i zgodnie z moją radą wyjechał na wieś w początku lipca.

Przez czas pobytu w szpitalu stan ogólny chorego nieco się poprawił, kaszel mniej mu tu dokuczał, niż w domu, zjawiało się odpluwanie płwociny, bóle w gardle przy połykaniu niezbyt mu przeszkadzały; temperatura wahała się wieczorami około 38°, zrana 36°.

Podczas pobytu w szpitalu choremu codziennie pendzlowano krtani roztworem mentolu 3% — 10% w olejku migdałowym lub kwasem mlecznym 10% — 25% w wodzie, stosowano inhalacje z eukaliptołem, a wewnętrznie tiokol i arszedik (sol. PEARSON'a)

Guziczki gruźlicze z nosa usunąłem ostrą łyżeczką po uprzednim znieczuleniu 10% wodną kokainą; obfite krwawienie, jakie nastąpiło przy operacji, dość łatwo dało się zatamować tamponami z gazy jodoformowej.

Miejsca po usuniętych guziczkach na drugi i trzeci dzień po operacji przypaliłem kwasem chromowym krystalicznym, natopionym na zgłębnik.

W kilka dni po doszczętnym usunięciu tych tworów gruźliczych nastąpiło zagojenie, i powróciła drożność nosa.

Na wsi chory przebył około 3-ch miesięcy i powrócił do Warszawy z powrawą stanu ogólnego; widując go w ambulatorium, zauważyłem nieznaczną poprawę stanu płuc, zaś w krtani wyraźnej różnicy nie było.

W początku grudnia tegoż roku chory powtórnie wstąpił do szpitala; wtedy stwierdziłem znaczne pogorszenie sprawy w płucach i krtani, silny suchy kaszel dokuczał choremu, powodując bezsenność i zwiększając ogólne osłabienie; wystąpiła duszność.

Owrzodzenia nagłośni, strun prawdziwych i tchawicy rozszerzyły się, jednak ból przy połykaniu był, jak poprzednio, nieznaczący.

Przebywszy w oddziale 2 tygodnie, chory, lecz tym razem bez widocznej poprawy, opuścił szpital.

Wkrótce znowu powrócił, tym razem jednak bardzo osłabiony, w wysokim stopniu anemiczny, z dusznością, ciepłotą wieczorną 39°, bardzo silnem rozwołnieniem i na 4 ty dzień zmarł.

Przy badaniu zwłok, dokonaniem wspólnie ze ś. p. kol. W. WALEWSKIM, znaleźliśmy: w obu szczytach oraz górnych płatach płuc zmiany gruźlicze, daleko posunięte, szczyty były prawie bezpowietrzne, usiane guziczkami wielkości grochu do orzecha laskowego, większe z serowatym rozpadem w środku; w górnym płacie prawego płuca znaleźliśmy 2 jamy, każda wielkości orzecha laskowego. Serce anemiczne, mięsień prawego serca wiotki, blady; jama prawej komory serca rozszerzona.

W kiszce grubej w pobliżu kiszki ślepej kilka świeżych owrzodzeń gruźliczych.

W krtani — zmiany, które spostrzegaliśmy przy laryngoskopii, oraz nacieczenie i owrzodzenie na tylnej ścianie tchawicy, owrzodzenie przedniej ściany tchawicy znajdowało się tylko w jej górnej części. W innych narządach zmian ważniejszych nie wykryto.

II przypadek. W Listopadzie 1897 roku z ambulatoryum wewnętrznego przysłano dziewczynkę lat 5-ciu Manię Miller. Towarzysząca chorej ciotka objaśniła mi, że dziecko ma suchy b. silny kaszel i chrypkę od kilku dni: przed paru dniami podczas napadu kaszlu pokazała się dziecku krew ustami i nosem, zatamowano ją w ciągu paru godzin. Od czasu powyższego krwawienia stan chorej znacznie się pogorszył, wystąpiła gorączka, rozpalenie całego ciała wieczorami, znaczne osłabienie, brak apetytu i. t. p.

Przy badaniu znalazłem: dziecko anemiczne, z wybitnymi zmianami krzywiczymi i zotowami — paciorkowe żebra, wąskie, płaskie piersi z zapadniętą deską piersiową, gruczoly limfatyczne na szyi i w pachwinach — powiększone, twarde, w pakietach, przyszczyca głowy i muszel usznych i. t. p.

W krtani — opuchnięcie i owrzodzenie strun prawdziwych, szczególnie prawej struny, po tej samej stronie — nacieczenie więzu boczego i brzegu nagłośni; miejsca owrzodzone i nacieczone pokryte wysepkowatym nalotem szarawego koloru.

Przy badaniu płuc nie wyraźnego nie wykryłem — nieco suchych rzeżeń pod prawą łopatką, jakby lekkie zaostrenie oddechu w tem samym miejscu, w odgłosie wypukowym żadnych zmian nie znaleziono.

Ponieważ dziecko było trwożliwe i osłabione, tak że bardzo trudno poddawało się badaniu wziernikiem, na razie nie mogłem zrobić stanowczego rozpoznania. Krupu nie można było napewno wyłączyć, choć objawy (brak duszności, wywiady) przemawiały poniekąd przeciw krupowi.

Z drugiej strony był to pierwszy widziany przeze mnie przypadek gruźlicy krtani u dziecka.

W tym czasie byłem pod wrażeniem kilku przypadków przymiotu krtani u dzieci i dlatego skłaniałem się do rozpoznania przymiotu. Za tym ostatnim przemawiała anamneza: dziecko rodziców nie miało, matka odumarała je wkrótce po urodzeniu, ojciec zaś niedawno zmarł w szpitalu, chora była na wychowaniu u krewnej, z którą przybyła do szpitala.

Wygląd krtani wielce przypominał mi parę przypadków przymiotu, z których jeden spostrzegalem w praktyce prywatnej wspólnie z d. r. SOKOŁOWSKIM właśnie niedawno przedtem.

Wobec niemożności zdecydowania natury choroby zaleciłem tylko lekki środek wyksztuśny.

W parę dni chorą również widziałem w ambulatoryum, wtedy pendzelkiem usunąłem nieco wydzieliny z krtani do zbadania drobnowidzowego.

Pod drobnowidzem wykryłem w wydzielinie z krtani sporo lasieczników Koch'a.

W parę dni potem jeszcze raz, lecz, niestety, ostatni raz widziałem chorą; proponowałem

wtedy umieszczenie jej w oddziale, lecz krewna chorej nie zgodziła się na to, początkowo prosiła o przyjęcie, sądząc, że dziecko ma krup.

Następnie chora znikła mi z obserwacji, tylko dowiedziałem się postronnie, że w parę miesięcy potem zmarła wśród objawów duszności; w ostatnich ohwilach zastrzykiwano jej parokrotnie surowicę przeciwbłoniczą.

(D n.).

Nowe źródło solanki w Ciechocinku służące do wewnętrznego użycia

Podał

F. ARNSTEIN

lekarz w Ciechocinku

W roku bieżącym Ciechocinek wzbogacił się nowym źródłem solanki, otrzymanem przez wyświdrowanie w parku zakładowym otworu, oznaczonego N. 10. Solanka, otrzymana z tego otworu, z powodu swego składu, a szczególnie zawartości w niej soli kuchennej w odpowiedniej ilości nadaje się w wysokim stopniu do wewnętrznego użycia i została sprowadzoną do pijalni.

Główne części składowe solanki tej są następujące:

W 1 litrze czyli w 1000 gramach zawiera ona:

Chlorku sodu	10,280
„ potasu	0,308
niedokwasu wapnia	0,522
„ magnezu	0,221

kwasu siarczanego	0,172
kwasu węglowego	0,309
krzemionki	0,014
tlenniku glinu i żelaza	0,006
	11,832

Jestto więc solanka 1 procentowa, pod względem swego składu, a szczególnie zawartości soli kuchennej najbardziej podobna do wody Homburg Elisabetquelle, od której różni się tem, że jest nieco bogatsza w sól kuchenną (Homburg zawiera w 1 litrze soli kuchennej 9,860), a uboższa w kwas węglowy (którego Homburg zawiera 1,950).

Nowa ta solanka o wiele silniejsza od Kissingen Rakoczy może znaleźć szerokie zastosowanie do wewnętrznego użycia w przypadkach nawykowego zaparcia stolca i zależnego od niego zastojów w jamie brzusznej, w hemoroidach, w umiarkowanej otyłości, w pewnych postaciach dny. Może ona być o wiele pożyteczniejsza, aniżeli stosowana u nas w podobnych przypadkach woda ze źródła Kissingen Rakoczy, Homburg Elisabetquelle, Wiesbaden i t. p.

Nowe źródło solanki z większym aniżeli dotąd pożytkiem może być stosowane w przypadkach zółzów odrętwiałych (*scrophulous torpida*), gdyż dawniejsza 1½% solanka okazała się w wielu przypadkach za mocną.

Nowa ta solanka butelkowana i nasycona kwasem węglowym wprowadzona została do handlu pod nazwiskiem „Ciechocińskiej gazowanej solanki 1% do picia z otworu świdrowego Nr. 10“.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

69. H. WEISCH. Przyczynek do profilaktyki i leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego.

Prawie wszyscy najwybitniejsi chirurdowie podzielają zapatrywanie, że najlepszym leczeniem zapalenia wyrostka jest usunięcie samego wyrostka, jakkolwiek zdania co do czasu operacji jeszcze się rozchodzą. O ile można, operować należy w ciągu pierwszych 24 -- 36 godzin choroby, czy to w cięższych, czy też w lżejszych przypadkach, gdyż sprawa jest jeszcze wówczas najczęściej umiejscowiona, przyczem zakażenie otrzewny z wielkiem prawdopodobieństwem jeszcze do skutku nie doszło. Gdy już minęło 48 godzin, wskazane jest leczenie wyczekujące, skoro tylko niema przedziurawienia wyrostka albo ropnia ograniczonego, za bieg zaś operacyjny przedsięwziąć należy dopiero po jakichś 6-iu tygodniach. Tylko SONNENBURG, o ile sądzić można z jego doniesień na 34 zjeździe chirurgów, zachowuje się teraz wobec lżejszych przypadków więcej wyczekując co, przystępuje zaś do operacji tylko wtedy, gdy, opierając się na własnem doświadczeniu, uważa ją wprost za konieczną. Jeśli rozważymy, że niekiedy pozornie lekkie przypadki przechodzą w ciężkie, że już po 13 godzinach, jak KÖRTE podaje, istnieć może rozlane zapalenie otrzewny bez wyraźnych objawów ogólnych, to należy przyznać słuszość chirurgom, gdy starają się usunąć ognisko zapalne, chociażby przytem miał być wydalony nieraz i zrórowy wyrostek. Upoważnia do tego tembardziej okoliczność, że istniejące objawy nie dają nam w żadnym przypadku możności określić stopień za- szłych w wyrostku zmian chorobowych (KLEMM). Ostry napad w większości przypadków nie stanowi początku choroby, lecz tylko ostry wybuch tlejącej od pewnego czasu sprawy zapalnej. Również ROTTER i inni autorowie uważają za najgorszą stronę dyagnozy w ciągu pierwszych 48 godzin tę okoliczność, że przypadki z ciężkimi zmianami anatomicznymi mają często lekkie przebieg kliniczny. Pomimo to nie można

robić zarzutu internistom, gdy przywłaszczają sobie znaczną część przypadków zapalenia wyrostka. Wybitni lekarze przyznają im słuszość, opierając się na faktach, że nawet najcięższe przypadki kończą się nieraz wyzdrowieniem bez operacji i nie dają później nawrotów. Świadcstwo w tym względzie dają zarówno anatomiczowie, jak i chirurgowie. Z internistów przytacza JAKSCH rozpaczliwe 3 przypadki, w których nie operowano wskutek istniejących powikłań, a które pomimo to zakończyły się wyzdrowieniem. RENVERS i inni badacze przytaczają wyleczone bez operacji przypadki, w których przedtem za pomocą ukłucia próbnego stwierdzono obecność ropy. W niektórych takich przypadkach mamy przeoczone przedziurawienie do kiszek, niekiedy t. zw. przez SAHLI'ego samodrenowanie wyrostka, nadto zaś nie ulega wątpliwości (SONNENBURG, EICHHORST i in.), że nastąpić może zupełne wessanie ropy. A zatem leczenie zachowawcze liczy wprawdzie na łaskę losu, ale rachuba ta nie jest znów tak bezzasadna, gdyż, jak wiadomo, i przy dawnej nieodpowiedniej terapii (np. środkach przeczyszczających) osiągnąć jeszcze 80 — 90% wyzdrowień. Obecnie zaś wyniki leczenia wewnętrznego są o wiele lepsze. EICHHORST np. na 336 chorych stracił tylko 20, a więc wszystkiego 5,4%. Chirurg przeciwnie liczy się z określonym, ale, niestety, niezupełnie pewnym czynnikiem. Sądząc z ostatnich sprawozdań i ustnych doniesień najdoświadczeńszych chirurgów niemieckich (KÖRTE, KÜMMEL, RIEDEL, REHN i in.) na 34 zjeździe chirurgów, zarówno wczesne operacje, jakoteż tembardziej operacje w okresie wolnym przedstawiają stosunkowo małe niebezpieczeństwo, o ile jeszcze nie rozwinęło się rozlane zapalenie otrzewny. Wymagają one jednak mistrzowskiej techniki i pewnej pomocy. A przytem ściśle rozpoznanie przy wczesnej operacji, gdzie chodzi o szybką decyzję, przedstawia często wielkie trudności, i nierzadko zdarzało się, że za zapalenie wyrostka mylnie przyjmowano cierpienia żołądka, kolkę nerwową, zapale-

nie pęchrzyka żółciowego, skręcenie szypuły guzów jajnikowych, ciężę zamaciczną i t. d. Także wątpliwości nie ulega, że nieżytowe zapalenie kiszki ślepej dać może obraz zapalenia wyrostka (LANZ). *Typhlitis stercoralis*, w dawnem znaczeniu wyrazu, nie powinna być tak kategorycznie negowana, jak to czyni większość internistów i chirurgów, gdyż ostatnimi czasy ogłoszone zostały przez wielu chirurgów (JORDAN, REISINGER, SICK) przypadki, które za tem przemawiają. Autorowie znajdowali także czop kałowy, a JORDAN przy szczegółowym badaniu schorzonego odcinka kątnicy doszedł do wniosku, że ma się do czynienia z prostem, nie dziurawiącym, pierwotnym i ostrym zapaleniem kiszki ślepej. Wszyscy ci chorzy przedstawiali obraz zapalenia otrzewny, wyrostek zaś robaczkowy we wszystkich przypadkach był wolny od zrostów. Również interniści, jak np. QUINCKE, RIVERS i in., szczególnie badacze francuscy, uznają *typhlitem stercoralem*. Na szczególne trudności napotyka rozpoznanie zapalenia ślepej kiszki u dzieci, gdyż u nich ból rzadko umiejscawia się w prawym dole biodrowym, skutkiem czego nierzadko rozpoznajemy u nich błędnie niestrawność żołądka. Ze statystyki KÜMMEL'a (1000 operacji) i innych chirurgów dowiadujemy się, jak wielkie jest niebezpieczeństwo zakażenia otrzewny, przeciw czemu nawet najdoskonalsza technika operacyjna i nadzwyczajne doświadczenie nierzadko nie skutkują, dalej, że i wczesna operacja pociąga dość liczne ofiary, że wreszcie otwarcie ropni otorbionych daje jeszcze około 10% śmiertelności. KÖRTE komunikuje na 34 zjeździe chirurgów o 1791 przyp. z 341 zapal. otrzewny, z których 60% zakończyły się zejściem śmiertelnym po operacji lub bez niej. Amerykański chirurg OCHSNER także przytacza leczone przez siebie 566 przypadków zapalenia wyrostka z 7,3% śmiertelności. Autor ten operuje, o ile można, zawsze w ciągu pierwszych 36 god., jeśli uważa rokowanie za pomyślne. Gdy zaś jest wątpliwe, poddaje chorego kuracji głodowej (starvation treatment) aż do upływu 6 tygodni od napadu, skoro tylko niema ograniczonego ropnia. To wyczekujące postępowanie stosuje OCHSNER także przy objawach przedziurawienia lub zgorzeli i wogóle u każdego chorego natychmiast po jego wstąpieniu do szpitala. Polega ono na następującem: chory zachować wi-

nien bezwzględny spokój w łóżku, w razie nudności lub wymiotów żołądek zostaje przemywany wodą lub normalnym roztworem solnym. Chory *per os* nie otrzymuje, najwyżej pozwała mu się przeplukiwać sobie usta zimną wodą albo też małymi łykami popijać wodę gorącą. W ciężkich przypadkach nawet i to wzbronione zostaje. Jeżeli nudności dalej trwają, to przemywania żołądka powtarzać można co 2 — 4 godziny. Odżywianie odbywa się *per rectum* za pomocą małych ławatywek. Przeciw pragnieniu stosujemy w ławatywach normalny roztwór soli. Stosujemy to dopóty, dopóki nie przejdzie kilka dni zupełnie bez dolegliwości. Potem przystępujemy bardzo ostrożnie do dowozu płynnych środków odżywczych *per os*. Jeżeli ławatywy wywołują ból, to przerywa się je na jakie 12 godzin. OCHSNER przypisuje dobre skutki głównie temu warunkowo - zachowawczemu leczeniu. Wiele internistów i chirurgów niemieckich postępują podobnie, jak OCHSNER, chociaż niezupełnie tak radykalnie, gdyż po większej części pozwalają na dowóz płynnego pożywienia *per os*. W przeciwieństwie do tego podnieść należy, że niektórzy chirurgowie, jak RICHARDSON, otrzymali prawie czterokrotnie wyższą śmiertelność. Jeżeli z jednej strony prawdą jest, że chirurgowie najczęściej dostają się cięższe przypadki, to z drugiej strony, jak utrzymuje EICHHORST, przyznać należy, że wyniki wewnętrznego leczenia zapalenia wyrostka bynajmniej nie są złe i wcale nie przemawiają przeciw niemu. Kwestya wewnętrznego leczenia zapalenia wyrostka powstaje głównie tam, gdzie, jak w małych miasteczkach lub na wsi, nie możemy być pewni co do zupełnego opanowania przez lekarza chirurgii brzusznej. Jeżeli jednak w ostrych przypadkach i w obecności pomyślnych warunków zewnętrznych rozstrzygające słowo należy pozostawić chirurgowi, to przy łagodniej zaczynających się i przewlekłe przebiegających postaciach, gdzie jeszcze nie wystąpił żaden ostry napad, wewnętrzne i fizyczne dyetetyczne leczenie najczęściej do celu prowadzi. W takich przypadkach operacja często daje sposobność stwierdzenia zupełnie ujemnego wyniku pod względem makroskopowym i mikroskopowym, co stanowi dowód, że sprawy zapalne wyrostka mogą zupełnie zniknąć, tak że mamy do czynienia z wyleczeniem

samoistnem. Wogóle powiedzieć można, że kwestya, kiedy zastosować mamy leczenie wyciekające, a kiedy radykalne, tak długo pozostanie nierozstrzygniętą póki nasze środki dyagnostyczne, jak liczenie białych ciałek krwi, napięcie ścian brzusznych, stan ogólny i t. d., nie będą wystarczały do pewnego określenia zmian anatomicznych wyrostka. Do tego czasu musimy możliwie starannie traktować profilaktykę choroby. Skłania nas tembardziej do tego stwierdzone przez wielu wybitnych spostrzegaczyw rzeczywisty wzrost częstości i złośliwości choroby w niektórych okolicach. Badając anamnezę odnośnych chorych, przekonamy się, że bardzo ważną rolę etiologiczną grają przede wszystkim zaburzenia w trawieniu, jak nieżyty przewodu żołądkowo-kiszkowego, mianowicie кишки grubej. Drogę, którą bakterye, sprawcy zapalenia, przenikają do wyrostka robaczkowego, stanowi najczęściej kiszka ślepa. Wszyscy spostrzegacze zgadzają się co do tego, że wyrostek do 30 roku życia bierze udział w każdym cierpieniu błony śluzowej kiszek; nie ulega też żadnej wątpliwości, że szczególnie ostry zakaźny nieżyt żołądkowo-kiszkowy stanowi ważny moment przyczynowy dla powstawania zapalenia wyrostka, i to nie tylko u dzieci (SONNENBURG). Taką samą rolę gra *colitis membranacea* (KÜMELL). Zaleca się też przy najłżejszej niestrawności, zarówno jak przy poważniejszych połączonych z bólami objawach brzusznych zastosować natychmiast bezwzględną dyetę, miast uciekać się do kawy czarnej, oleju rycynowego i t. d.

Dalsze momenty przyczynowe zapalenia wyrostka stanowią: choroby zakaźne, zwłaszcza influenza, u kobiet choroby przydatków, jednostronne pożywienie mięsne, dziedziczność, krótkość kreski wyrostka (*mesenteriolum*), wadliwe unaczynienie lub zmiana położenia wyrostka i t. d. Dla profilaktyki jednak mają znaczenie niektóre tylko z dopiero co wymienionych okoliczności, a przede wszystkim sprawy nieżytowe przewodu pokarmowego. Sprawy takie zwłaszcza u osób do 30 roku życia leczyć należy z największą starannością, a zachodzące w kiszki fermentacje szybko usuwać. Nie rzadko uda się lekarzowi w rodzinach, w których już zachodziły przypadki zapalenia wyrostka, przez usunięcie nieodpowiedniego pożywienia, uregu-

lowanie czynności kiszek działać zapobiegawczo. CHAMPIONNIÈRE zauważył, że przeważne pożywienie mięsne wywołuje skłonność do zapalenia wyrostka. T. zw. skłonność dziedziczna do zapalenia wyrostka pozostaje prawdopodobnie w związku z tym czynnikiem. Zdanie CHAMPIONNIÈRE'a znajduje potwierdzenie w badaniach PASQUIERS'a i innych francuskich autorów, które dowiodły, że najmniej bakteryi znajduje się w stanie prawidłowym w żołądku, i że liczba ich stopniowo wzrasta w kierunku od dwunastnicy do zastawki BAUHIN'a. Okoliczność ta ma wielkie znaczenie dla powstawania zapalenia wyrostka, szczególnie, gdy przy niedostatecznych wypróżnieniach zawartość bakteryi i ich jadowitość ulega zwiększeniu. Badania powyższe dowiodły, że przy tem wielką rolę gra rozkład substancji białkowych. Cudowne częstokroć działanie diety jarzynowo-mlecznej przy samootruciach pochodzenia kiszkowego znane jest oddawna praktykom. Z powyższego również wynika, że przy częstszym występowaniu zapalenia wyrostka podczas epidemii influenzy (CHAMPIONNIÈRE) należy szczególną zwracać uwagę na uregulowanie wypróżnień, specjalnie zaś na ograniczenie pożywienia mięsnego.

Nie wdając się w leczenie farmakodynamiczne zapalenia wyrostka, autor szczegółowiej omawia tylko działanie wód mineralnych i kąpiei, jako środków zapobiegawczych. Wybitny wpływ wód solankowych (Kissingen, Homburg i t. d.) na ruchy robaczkowe i sprawy wydzielnicze kiszek jest znany. Tak samo jak w cierpieniach żołądka, otrzymuje się tu dobroczynny skutek w rozmaitych, wręcz przeciwnych cierpieniach. Stosujemy roztwory solne w jednakowy sposób, w tej samej koncentracji, przy tej samej ciepłocie i w tych samych ilościach zarówno u chorych z przewlekłym zaparciem, jakoteż z przewlekłą biegunką, i w obu razach osiągamy dobroczynny skutek (NOORDEN). Również po przeminięciu ostrego napadu, w okresie wolnym, oraz po operacji stosowanie wód mineralnych, zwłaszcza w połączeniu z tak cennymi środkami rezorpcyjnymi, jak kąpiele borowinowe i błotne w Kissingen, jest bardzo pożyteczne. Środki te zapobiegają nawrotom choroby. To samo leczenie wskazane jest w sprawach zapalnych przydatków ma-

cicy, które niekiedy prowadzą do wybuchu zapalenia wyrostka. Tam, gdzie istnieją powiększenia, stanowiące przeciwwskazanie do stosowania pełnych kąpiei borowinowych, ograniczyć się musimy na półkąpielach, sięgających do łuku żebrowego, albo też stosujemy okłady z borowiny. Półkąpiele borowinowe pozwalają stosować wyższą ciepłość, niż kąpiele pełne, co przy zastarzałych wysiękach otrzewnowych jest pożądane.

Münch. med. Wochenschr. N. 12. 1906

S. P.

70. ERNST HAGENBACH. O perityphlitis.

Mniemanie, jakoby *perityphlitis* zdarzało się częściej, niż dawniej, powstało tylko wskutek przeoczenia i pomyłek w rozpoznaniu. Pogląd na przyczyny powstawania *perityphlitis* zupełnie się zmienił, nikt bowiem teraz nie posądza już o to nagromadzenia kału w kiszce ślepej, i po przekonaniu się, że sprawa chorobowa dotyczy w tych razach prawie bez wyjątku tylko wyrostka robaczkowego, nawet dawną nazwę choroby zmieniono na więcej odpowiadającą jej właściwemu umiejscowieniu.

Ponieważ stwierdzono, że w normalnych warunkach wyrostek robaczkowy zawiera w sobie te same drobnoustroje, co i кишки, więc zakażenie jego jest możliwe. Zbyteczne zatem jest szukanie przyczyny w ugrzęźnięciu jakiegoś ciała obcego, które chwilowo w normalnych warunkach może przebywać tak dobrze w wyrostku robaczkowym, jak i w innych częściach przewodu kiskowego, tembardziej, że wiadomo, iż z jednej strony obecność tych ciał w wyrostku sama przez się nie wywołuje stanu zapalnego, i że, z drugiej strony, w chorym wyrostku tylko w razach wyjątkowych znajdowano ciała obce, a najczęściej i właśnie w stanie zapalnym wyrostek znajdowano próżnym.

Co się tyczy kamieni kałowych, to także przekonano się, że są one raczej ustępstwem stanu zapalnego, niż przyczyną. Natomiast wiadomo z bakteriologii, że w zsmkniętej przestrzeni drobnoustroje nabierają szczególnej żywotności.

Otóż, wyrostek robaczkowy bardzo łatwo może stać się takim wdzięcznym podłożem dla kultur drobnoustojów, będąc już z natury rzeczy ślepym uchyłkiem, czy zaułkiem, którego wylot

może być łatwo zamknięty, do czego wystarczy nawet obrzęk błony śluzowej w kiszce ślepej lub nawet tylko zmiany w położeniu wyrostka.

Błona śluzowa wyrostka robaczkowego (SÄHLI, ASCHOFF) szczególnie obfituje w zagłębienia i fałdy, jak migdały podniebienne, (ztaąd nazwa *angina processus vermicularis*), co też ułatwia zakażenie. Nie trzeba przytem zapominać, że wyrostek robaczkowy, jako część przewodu kiskowego, wystawiony jest na wszystkie sprawy chorobowe, którym jednocześnie podlegają кишки, dowodem tego często spotykana przejściowa kataralna żółtaczka w *appendicitis*, lecz obrzęk błony śluzowej w szerokim i elastycznym przewodzie kiskowym może przejść bez śladu, gdy w wąskim wyrostku sprawa zapalna może trwać dalej z towarzyszeniem ciężkich objawów. SONNENBERG dzieli ostre *appendicitis* na 3 stopnie, bezpośrednio przechodzące jeden w drugi: *appendicitis simplex catarrhalis*, *perforativa* i *gangraenosa*.

We wszystkich sprawa zaczyna się od zapalenia błony śluzowej wyrostka z jej obrzękiem i wzmożoną wydzieliną, co powoduje zastoinę.

Jeżeli sprawa ogranicza się do błony śluzowej, to na pierwszy plan występuje wzmożona wydzielina — *hydrops* lub *empyema*. Jeżeli zapalenie sięga głębiej — powstają uszkodzenia błony śluzowej, sprawa z krypt i follikulów przechodzi na tkankę podśluzową i mięśniową, mięsień traci swoją sprawność, ustaje ruch robaczkowy — główna obrona przeciw szerzeniu się zakażenia.

Rozwija się w ten sposób *phlegmone* wyrostka robaczkowego, która prowadzi do zniszczenia tkanek i może doprowadzić do przedziurawienia wyrostka. Naturalnie, ważną rolę odgrywają tu kamienie kałowe, one uciskają ścieńczalą ścianę wyrostka i ułatwiają przedziurawienie.

Jeżeli pod wpływem silnego zakażenia wysięk powstaje bardzo szybko, to zwiększa się jednocześnie ciśnienie wewnątrz wyrostka, czemu sprzyja jego kształt walcowaty, ściany wyrostka cienieją i martwieją na dużej przestrzeni — powstaje najgorsza ze wszystkich form zgorzelinowa.

Niewątpliwie ma tu wielkie znaczenie niedostateczne ukrwienie wyrostka, ograniczające

się do 8 — 10 małych gałązek *art. appendicalis* (wychodzącej z *art. ileo-coecalis*), a nie jest bez udziału w sprawie powstawania *perityphlitis* i *mesenteriolum* i przylegająca otrzewna, co zależy od stopnia nasilenia sprawy zapalnej i od położenia wyrostka robaczkowego. Jeżeli sprawa rozwija się wolno, i zdążą się wytworzyć zrosty, które oddzielają jamę brzuszną od okolicy wyrostka, powstaje ściśle ograniczony ropień — najlepsze względnie rozwiązanie, jeżeli nb. wyrostek leży w dole biodrowym albo w jamie DOUGLAS'a, a nie pośrodku brzucha, co też jest możliwe.

Jeżeli ropień idzie pospiesznie, zawsze wtedy grozi przedziurawienie i zapalenie otrzewny, choć i w tych razach sprawa może się ograniczyć i zniknąć, pozostawiając po sobie niewielkie zmiany w wyrostku robaczkowym. Tylko w najbardziej lekkich przypadkach — w tak zwanej zwykłej formie kataralnej — śladów przebytej choroby w wyrostku można nie znać.

Po ciężkich formach zapalenia pozostają bliźny, mogące spowodować zwężenie, a nawet zupełne zamknięcie światła wyrostka.

Jeżeli zwężenie czy zrośnięcie dotyczy ślepego końca wyrostka, to sprawa przemija bezpowrotnie, jeżeli zaś to zwężenie ma miejsce przy wejściu lub na przebiegu wyrostka — zawsze może powstać obostrzenie, czyli t. zw. re-cydywa. Większa część niewielkich zrostów może też zniknąć bez śladu, nawet ropnie mogą się wessać albo utorować sobie drogę do pęcherza, pochwy, czy też kiszki stolcowej, lecz szerokie zrosty mogą spowodować zagięcie wyrostka robaczkowego lub zrosty kiszek, wywołujące silne bóle w podbrzuszu i częste obostrzenia. Nasilenie objawów klinicznych w *appendicitis* nie odpowiada rozmiarom sprawy chorobowej, więc nie pozwala oryentować się ściśle w położeniu i stanowić o zabiegu leczniczym. Dlatego też bez względu na objawy kliniczne przyjęto zawsze mieć na widoku pomoc chirurgiczną, i obecnie nikt się nie spiera o potrzebę operowania, a tylko o czas, kiedy należy przystąpić do wykonania operacji.

Wyczekiwać, aż ropień sam sobie utoruje drogę, byłoby to narażać chorego na niebezpieczeństwo zapalenia otrzewny i utratę życia, gdy więc tylko stwierdzono obecność ropnia,

czy to przez obmacywanie, czy też z przebiegu gorączki, należy starać się ropień odszukać i otworzyć go, choć nie zawsze to się łatwo udaje.

Ze względu jednak, że przynajmniej w 40% przypadków *appendicitis* występują nawroty — przyjęto operować, jak tylko ostre objawy przemina lub chociaż w części się uspokoją (à froid)

Metoda rozpoznawcza CURSCHMANN'a, niestety, nie zawsze być może pomocą przy wykrywaniu ropnia: liczba białych ciałek tylko stopniowo w chorobie się zwiększa, i na wynik badania na neleżałoby długo czekać, z drugiej zaś strony nie zawsze najważniejszym wskazaniem do operacji w tym razie jest obecność ropnia; najmniejbezpieczniejszy stan, grożący przedziurawieniem, właśnie może nie dawać żadnych objawów, a po przedziurawieniu chory jest prawie stracony, gdyż, jeżeli nawet ropa nie rozleje się po otrzewnie, wytwarza się cuchnące ognisko ropne ze zniszczeniem tkanek, które bardzo utrudnia oryentowanie się w ranie i nałożenie szwów. Wobec tego jedynym wskazaniem dla uratowania chorego w tych groźnych przypadkach jest operowanie jaknajwcześniej (à chaud). Metoda ta coraz więcej znajduje zwolenników.

Najmniej wdzięczne do operacji są przypadki zapóźnione w t. zw. okresie pośrednim, mianowicie, kiedy chorego widzimy na 5 — 6 dzień po wybuchu choroby, i w brzuchu wyczuwa się jasno opór, odpowiadający wyrostkowi. Operacja w tym razie należy do najtrudniejszych: zrosty są naprężone i mocne, a sam wyrostek najczęściej z powodu wysięku niedostępnym albo trudno go odnaleźć. Tkanki zmurszałe bardzo łatwo się rwą, szew nie trzyma, i w tych razach łatwo powstają przetoki kałowe i inne powikłania.

W tym przypadku radzi autor wstrzymać się z operacją, lecz nie tracić chorego z pod ścisłej obserwacji, szczególnie co do tętna, jego liczby i jakości i przy pierwszych objawach zatrważających albo wskazujących na postępowanie sprawy chorobowej, jako jedyne wyjście uważa natychmiastową operację.

Co się zaś tyczy leczenia wewnętrznego, to każdy przypadek wymaga przedewszystkiem jaknajwiększego spokoju.

Lód na brzuch lub gorący okład daje się stosownie do życzenia chorego, a w razie silnych bólów morfinę podskórną. Za to absolutnie przeciwwskazane jest użycie makuwca w początkowych zwłaszcza okresach choroby, bo przez zniesienie ruchu robaczkowego kiszki sprzyja on rozwojowi choroby i powstawaniu zrostów.

(Correspondenzblatt für Schweitzer Aerzte N. 5. 1906).

M. Wójcikowski.

71. GUNKEL. Wczesna operacja w epi-typhlitis.

W kwestyi wczesnego zabiegu operacyjnego przy zapaleniu wyrostka robaczkowego zaplanowała w ostatnich czasach prawie zupełna jednomyślność. Dobroczynne skutki wczesnej operacji wykazuje także statystyka autora. Ostatni operował w ciągu jednego roku w szpitalu w Fuldzie 45 przypadków zapalenia wyrostka: 20 w ciągu pierwszych 48 godzin choroby, 16 w okresie wolnym od napadu i 9 w późnym ostrym okresie. W pierwszych dwóch grupach nie zmarł ani jeden chory, z pomiędzy zaś 9 chorych ostatniej grupy zmarło 5, a więc przeszło połowa. Na 9 chorych tej grupy 4 miało rozlane ropne zapalenie otrzewny, które trwało już więcej, niż 2 dni przed operacją. Z tych 4 chorych zmarło 3. U pozostałych 5 chorych, operowanych w późnym ostrym okresie, znaleziono przy operacji ograniczony ropień. Z tych 5 chorych zmarło 2 wskutek powikłań: 1 wskutek licznych ropni wątroby, drugi — wskutek ropnia podprzeponowego.

Gdyby w pierwszej kategorii autor miał do czynienia z lekkimi przypadkami, pomyślny wynik wczesnej interwencji chirurgicznej niczegoby nie dowodził. Ale rzecz się miała właśnie inaczej. W 5 przypadkach istniało rozlane ropne zapalenie otrzewny, a w 2 z nich ropy było tak dużo, że trzeba było zrobić drugie cięcie ściany brzusznej z lewej strony. W dalszych 5 przypadkach również już była ropa, ale ograniczona do okolicy kiszki ślepej. W trzech z nich nie miało się właściwie ograniczonego otorbionego ropnia, gdyż zbiorowisko ropy nie było odgraniczone przez zrosty od wolnej jamy brzusznej. W ostatniej można było stwierdzić jedynie trochę wysięku surowiczego. We wszystkich tych 5 przypadkach wyrostek był przedziurawiony i na większej lub mniejszej

przestrzeni zuekrotzowany. W pozostałych 10 przypadkach ropy nie znaleziono. W 4 z nich istniał otok ropny wyrostka, który groził lada chwila pęknięciem, w pozostałych zaś 6 wyrostek znajdował się w lekkim stanie zapalnym, a w jego sąsiedztwie była niewielka ilość wysięku surowiczego.

Z 5 rozlanych zapaleń otrzewny co najmniej 4 z wielką pewnością zakończyłyby się zejściem śmiertelnym, gdyby w nich operacja później została wykonana. Wielkie statystyki chirurgów wykazują, że śmiertelność po operacji rozlanych zapaleń otrzewny w późniejszym czasie wynosi 80 — 90%. Z 4 przypadków autora, operowanych w późnym okresie, zmarło 3. Ci 3 chorzy zostaliby z wielką pewnością uratowani, gdyby byli operowani 1-go albo 2-go dnia choroby. Tak samo 2 chorzy, z których jeden zmarł wskutek ropnia podprzeponowego, uniknęliby tych ciężkich powikłań, gdyby wyrostek został usunięty w ciągu pierwszych 2 dni.

Czy zatem wszyscy chorzy z zapaleniem wyrostka winni natychmiast w początku cierpienia być operowani? Że w ciężkich przypadkach, szczególnie przy rozlanem zapaleniu otrzewny, tylko wczesny zabieg daje pewne szanse wyzdrowienia, co do tego panuje jednozgodność. Ale w ciągu pierwszych 2 dni choroby trudno jest ustalić, czy mamy do czynienia z ciężkim cierpieniem, czy też z lekkim. Kwestya ta jednak ma niewielkie znaczenie, gdyż, przypuściwszy nawet, że lżejsze przypadki mogłyby zakończyć się pomyślnie i bez operacji, nie można wszak utrzymywać, ażeby wczesny zabieg był i w tych przypadkach zupełnie zbiteczny. Gdy chory przetrzymuje nawet napad, nie jest on jeszcze wyleczony w prawdziwym znaczeniu tego wyrazu; każdy następny napad może być dla niego zabójczy. Dla chorego z lekkim zapaleniem wyrostka wczesna operacja oznacza zabieg radykalny. O pożytku radykalnej operacji w okresie wolnym od napadu nie można wątpić. Ponieważ zaś wczesna operacja w lekkich przypadkach nie jest więcej niebezpieczna, niż zabieg radykalny à froid, jest ona zatem również wskazana i pożyteczna. Na mocy więc własnego doświadczenia i wyników, otrzymanych przez innych chirurgów, autor dochodzi do wniosku, że mniej jest niebezpiecznem usunąć w ciągu pierwszych 48 godzin ogni-

sko chorobowe przy zapaleniu wtrostka robaczkowego, niż czekać i powierzać losy chorego kapryśnej *vis medicatrix naturae*.

(Münch. med. Wochenschr. 1906. N. 4.).

S. P.

72. FÜTH. Wysoka śmiertelność w zapaleniu wyrostka robaczkowego podczas ciąży.

Na znaczne niebezpieczeństwo zapalenia кишки ślepej w czasie ciąży pierwszy zwrócił uwagę autor amerykański MUNDÉ. Koincydencja zapalenia кишки ślepej z ciążą jest wogóle dość rzadka. Niebezpieczeństwo tego powikłania w przebiegu ciąży jaskrawo występuje już w statystyce BOIJE'go, u którego na 42 przypadki w 22 (52,3%) nastąpiło zejście. Wśród przyczyn, warunkujących ciężkość zapalenia kątnicy w przebiegu ciąży, autor (FÜTH) zwraca uwagę na to, że ciężarna macica, poczynając od 4-go miesiąca ciąży, wypełnia całą małą miednicę i przeszkadza szerzeniu się ropnia ku dołowi. Znany jest fakt, że w całym szeregu przypadków t. zw. ropni miedniczych, otwieranych od strony pochwy, mamy do czynienia z cierpieniem pochodzenia kątniczego. Okoliczność ta pozostaje w związku z faktem anatomicznym, że w 20% przypadków wyrostek robaczkowy ma kierunek ku małej miednicy. Większe znaczenie ma ta okoliczność, że wskutek wzrostu macicy kątnica zmienia swe położenie. Zaczyna to występować wyraźnie od 4-go miesiąca ciąży, i, poczynając od tego czasu

zwiększa się też znacznie liczba ciężkich przypadków i zejść śmiertelnych: u autora na 10 przypadków w 2 — 3 miesiącu było zejść 3, podczas gdy na 32 przyp. w 4 — 9 miesiącu było 19 zejść. Na 42 przypadki w 37 była wykonana operacja, a przytem w 4 przypadkach operacja wczesna, t. j. w ciągu pierwszych 2 dni od początku choroby. Z tych 4 przypadków tylko jeden zakończył się wyzdrowieniem, a mianowicie ten, w którym ciąża nie została przerwana. Można by ztąd wywnioskować, że pomimo wczesnego zabiegu skutkiem przerwania ciąży powstają warunki, niepomyślnie wpływające na przebieg zapalenia кишки ślepej. Być może zatem, że przez wstrzymanie przedwczesnego porodu (np. za pomocą makowca) udałoby się usunąć ten szkodliwy czynnik. Związek między poronieniem i zejściem śmiertelnym staje się jeszcze widoczniejszym przy rozważeniu szeregu operacji, dokonanych w późniejszym okresie, t. j. po 3-cim dniu. Z 14 przypadków, w których poród przedwczesny nastąpił po operacji, zmarło 10 kobiet. W 3 przypadkach zapalenie kątnicy powstało już w okresie połogowym. W jednym z uich nastąpiło zejście. W 4 innych, w których operacja wykonana została przy istniejącej jeszcze ciąży, zejście było także w jednym przypadku. W tym przypadku poronienie nastąpiło także w 3-cim dniu po operacji, a zejście w 2 dni później.

(München. med. Wochenschr. N. 9. 1906).

S. P.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie Sekcji Ginekologicznej
z dnia 27 kwietnia 1906 r.

1) LEŚNIEWSKI przedstawił preparat włókniaka macicy wraz ze zmienionymi przydatkami, operowany przez siebie przed paru tygodniami.

L. wyciął ów włókniak od strony brzucha sposobem, używanym zwykle do wycięcia brzusznej macicy, dotkniętej rakiem. (WERTHEIM).

Sposób ten, ze względu na swoją „anatomiczność”, o wiele przewyższa sposób DOYEN'a i, zdaniem L., zasługuje na najszersze zastosowanie.

Nie da się on zastosować do przypadków, w których włókniaki wrastają nadmiernie w więzy szerokie. O ile przydatki, głównie jajniki, nie są zbyt zwyrodniałe, możebne jest pozostawienie tychże.

Oczywiście sam zabieg wykonywa się tu o wiele łatwiej, niż gdy wycinamy macicę, dotkniętą rakiem.

2) MONSIORSKI opisał przypadek usunięcia włókniaka macicy, ważącego 17 funtów, wychodzącego z bocznej ściany macicy i rozwijającego się między ścianami szerokiego więzu macicy.

Przy oddzielaniu guza od sąsiednich organów część ściany pęcherza moczowego została przy guzie.

Przypadkowe uszkodzenie pęcherza M. zaszył doraźnie szwem trzypiętrowym (nie zabierając śluzówki). Chora wyzdrowiała.

W drugim przypadku M., wszywając podczas waginofiksacji ścianę macicy w ranę pochwy, prawdopodobnie igłą przeszył brzeg pęcherza. Po trzech dniach zaczęło się wydzielanie moczu przez pochwę. Natychmiast założono katter à demeure na 11 dni.

Zagojenie rany pęcherza poszło gładko.

3) NEUGEBAUER przedstawił:

a) Trupa dwugłowego płodu, poprzednio już przedstawionego, po dokonaniu sekcji. Znalezione rozdwojenie kręgosłupa, aż do kości krzyżowej sięgające, dwa serca, ze sobą złączone, w jednym osierdziu leżące; z lewego serca wychodziła *aorta* i *art. pulmonalis* dla płuc, które były pojedyncze, — więc wspólne, z prawego wychodziła tylko *aorta*; tchawica była dwudzielna; również *oesophagus* aż powyżej ujścia jego żołądkowego. Pozostałe narządy jamy brzusznej i klatki piersiowej były pojedyncze.

b) trupa noworodka, którego zewnętrzne cechy przemawiały za płcią męską o *hypospadiasis peniscrotalis* oraz *cryptorchismus*. Sekcja ujawniła *pseudohermaphroditismus femininus uterinus* o znacznym przeroście lechtaczki oraz częściowym zrośnięciu się sromu. Macica, jajowody, jajniki i pochwa prawidłowe. Uderzającym był kolosalny przerost nadnerczy, większych od nerek, podług badań MARCHAND'a często towarzyszący wrzekomemu obojnactwu żeńskiemu.

c) jajo, bardzo wczesnie poronione,
d) dwa preparaty macic, *per vaginam* usuniętych.

W obu przypadkach N. klinicznie rozpoznawał *carcinoma cervicis uteri*. Aczkolwiek w jednym z tych przypadków badanie drobnowidzowe wycinków, *ad hoc* wziętych, nie wykryło raka, lecz N. wyciął macicę, gdyż wystąpiły na części pochwowej znaczne rozrosty podejrzanej natury.

N. samo kliniczne podejrzenie istnienia raka uważa jako wskazanie do wycięcia macicy.

e) Preparat pooperacyjny ciąży pozamacicznej, podług N. jajnikowej.

f) Preparat ciąży pozamacicznej *cum abortu tubario et haematocele anteuterina* przy *retroversio fixata*.

g) pętlę szwu jedwabnego, aspirowanego przyrządem BIER'a w 6 miesięcy po owariotomii. Ligatura była założona na *mesovarium sub operatione* przez HUBERT'a w Lipsku.

Omawiając powyższy przypadek *haematocele anteuterina*, N. zaznaczył, że nie jest to rzecz tak rzadka, jak mówi MONSIORSKI w swym artykule, w „Gazecie lekarskiej“ wydrukowanym, oraz, że *haematocele anteuterina* operował w roku zeszłym KRAJEWSKI *per vaginam*, rozciąwszy przednie sklepienie w celu usunięcia włókniaka, tymczasem zamiast włókniaka zastał *haematocele*.

BORYSSOWICZ przytoczył przypadek ciąży zamacicznej, niedawno przez siebie operowanej, gdzie cały wylew był z przodu przy położeniu macicy w *anteversio*.

MONSIORSKI w odpowiedzi NEUGEBAUEROWI stwierdza, że w literaturze nie udało mu się za ostatnie 10 lat skonstatować ani jednego przypadku krwisteku przedmacicznego; za cały zaś czas do 1896 r. przypadki te zebrane są we francuskiej rozprawie doktoryzacyjnej BERTRAND'a. Liczba ich wraz z przypadkiem M. wynosi 27. Nie można więc uważać sprawy tej za zjawisko częste.

Następnie MONSIORSKI protestuje przeciwko pierwszeństwu operowania krwisteku przedmacicznego przez pochwę przez kol. KRAJEWSKIEGO, gdyż inna rzecz jest przypadkowo natknąć się na krwistek, a co innego zrobić naprzód trafne rozpoznanie i przystąpić z całą świadomością

mością do celowego opróżnienia krwisteku przedmacicznego przez przednie sklepienie.

4) STEINHAUS przedstawił sekowanego potworka *thoracopagus*, dobrze rozwiniętego. Potwork miał dwie nóżki, 2 rączki, serce pojedyncze, 2 przelyki, 2 żołądki.

5) GRZANKOWSKI w odczycie p. t. „Operowanie raka macicy przez pochwę” omówił naprzód operacje wycięcia tylko tej części macicy, która jest zajęta przez raka, i szczegółowo przedstawił metodę nadpochwowego wycięcia szyi macicy.

Następnie opisał wycięcie całkowite macicy drogą pochwową, przyjmując za zasadę do podziału na metody sposób oddzielania macicy od przymacicz i więzadeł, rozróżniając 4 metody:

1. metodę z podwiązkami (sposoby OLSHAUSEN'a, CZERNY'ego, MARTIN'a i in.).

2. metodę z zaciskaczami (sposoby PEAN'a, RICHELOT'a, DOYEN'a, LANDAU'a i in.) oraz odmianę jej z przyżeganiem (sposób MACKENRODT'a)

3. metodę separowania tkanek z podwiązaniem oddzielnych naczyń (sposoby BRATH'a, SCHAUTA'y, FRITSCH'a)

4) metodę zbiorową, której szczegóły są następujące: przygotowanie do operacji sposobem MIKULICZA-TAUFER; cięcie pochwy płotowe sposobem MACKENRODT'a; ułatwienie dostępu do macicy przez cięcie krocza sposobem SCHUCHARDT'a; oddzielenie macicy od przymacicz sposobem BRATH'a (SCHAUTA'y); zamknięcie rany pooperacyjnej sposobem SCHAUTA'y. G. podał krytykę każdej metody, przytoczył statystykę przy operowaniu drogą pochwową według najnowszych wymagań; np. u HUCHARDT'a na 58 przypadków

<i>operabilitas</i> wynosi	61%
trwale wyleczenie	40%
absolutne wyleczenie	24,6%
pierwotna śmiertelność	12%

W końcu streścił zdania ostatnich kongresów w Giessen (1901), w Rzymie (1902) i w Kielu (1905) oraz najnowszych autorów: WINTER'a, PHANNENSTIEL'a, DÖDERLEIN'a w kwestyi wskazań do operowania drogą pochwową i brzusznią.

M. Rylko.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= MEYER opisuje przypadek otrucia atropiną, w którym 21-letni chory wypił 0,5 *atrop. sulf.* w $\frac{1}{2}$ szklance wody. Lekarza wezwano po 20 godzinach. Źrenice były rozszerzone *ad maximum*, chód chorego był chwiejny, przytomność zachowana, lecz bez możliwości mówienia; tętno niewyczuwalne. W szpitalu stwierdzono dalej: częste drgania kończyn i mięśni mimicznych twarzy, palce wykonywały ruchy skrobania; oznaki omamów wzroku i słuchu, ból głowy; oddech równy, nieprzyspieszony, tętno do 120; ciepłota 37°. W wypluczynach z żołądka o odczynie kwaśnym, domieszka barwy fusowej, Leczenie polegało na iniekcjach pilokarpiny (0,1 na 10,0) co godzina, wdechaniach tlenu i

winie szampańskim. Po kilku dniach pacjent wrócił do zdrowia. (Korr. Bl. f. Schweiz. Aerzte. 17 — 1905).

= RODARI zwraca uwagę na działanie lecznicze fizostygminy czyli ezeryny w przypadkach niedrożności kiszek pochodzenia dynamicznego, skutkiem parezy tychże. Działa ona bez pośrednictwa nerwów wprost na muskulaturę kiszek i w tym względzie przewyższa atropinę. Środek ten znany jest właściwie od lat 25, zwłaszcza w weterynaryi. W r. 1901 NOORDEN dawał po $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ miligr. w proszkach przeciw porażennemu wzdęciu brzucha. Autor zaleca ezerynę w przypadkach ostrej niedrożności etiologicznie niejasnych przed zadecydowa-

niem operacji. Dawka podskórna $\frac{1}{2}$ — 1 miligr. (Korr. Bl. f. Schweizer Aerz. 17 — 1905).

= ULRICI spostrzegał dobre działanie weronalu przeciw potom nocnym u suchotników. Dawał 0,3 przed snem; już po trzecim proszku poty znikaly; niekiedy trzeba było dawkę podnosić do 0,5, zwłaszcza u alkoholików. (Ther. Mon. grudz. 1904).

= BLAIR BELL u pewnego dziecka, które połknęło złotą broszkę, zastosował watę higroskopijną, daną w mleku. Po kilku godzinach ukazały się w kale kłębki waty, a jeden z nich zawierał ciało obce. Tenże wynik otrzymał B. w drugim przypadku, gdzie dziecko połknęło guzik mosiężny. (Med. Press. czerwiec 05).

Wiadomości bieżące.

— Na miejsce ustępującego na własne żądanie prezesa Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego kol. DUNINA na posiedzeniu klinicznym tegoż Towarzystwa w d. 29 maja r. b. wybrany został dotychczasowy wice-prezes Towarzystwa kol. Walenty KAMOCKI.

— W tymże dniu t. j. 29 b. m. na członka honorowego Towarzystwa wybrany został prof. LASKOWSKI z Genewy.

— Zakład wodolecznicy w Chojnach pod Łodzią, cieszący się z roku na rok wzrastającą frekwencją, otworzył sezon tegoroczny w dniu 15 maja. Kierownictwo Zakładu pozostaje niezmiennie w rękach kol. Ad. LANDEGO, lekarza szpit. Dz. Jezus w Warszawie.

— Wakacyjne kursy lekarskie, zamierzone w Krakowie w lipcu r. b., nie odbędą się w tym miesiącu i muszą być odłożone, gdyż zgłosiło się na nie po dziś dzień bardzo mało uczestników, (nawet na najważniejsze przedmioty kliniczne zaledwie po 3—4).

W nadziei, że za parę miesięcy ze zmianą stosunków politycznych nadejdzie sposobniejsza dla wznowienia kursów pora, poruszono myśl, by odłożyć kursy tylko na pół roku i spróbować urządzić je w Krakowie w grudniu r. b. w

czasie feryi świątecznych, o czem dokładniejsza wiadomość podana będzie w październiku za pośrednictwem prasy lekarskiej.

Kraków 31 maja 1906.

Redakcja Przeglądu Lekarskiego w Krakowie.

— W terminie od 15 czerwca do 1 lipca 1906 r. odbędą się dwutygodniowe kursy i zajęcia praktyczne dla mleczarzy i rolników w Instytucie Bakteryologicznym d-ra SERKOWSKIEGO w Łodzi (ul. Piotrkowska 120).

Program kursu i zajęć praktycznych:

1) Ogólne zasady bakteryologii w zastosowaniu do celów praktycznych w rolnictwie i mleczarstwie. Bakterie pożyteczne i szkodliwe. Mikrobiologia fermentacyjna. Nitryfikacja i zastosowanie w rolnictwie. Bakterie w mleku; sposoby hodowania bakterii kwasu mlecznego i zakwaszania śmietanki; fermentacja kefirowa. Wady mleka i produktów. Wpływ paszy na mleko. Ułatwione sposoby badania mleczywa. Fizyczne i chemiczne sposoby utrwalenia mleka.

2) Choroby zwierząt domowych. Szczepionki ochronne. Tuberkulizacja zwierząt i metody zapobiegawcze Behringa.

Z powodu ograniczonej liczby słuchaczy zapisywać się należy wcześniej.

I W O N I C Z

Zakład zdrojowo - kąpielowy
i klimatyczny (Stacja kolejowa
Iwonicz w Galicyi.)

NAJSILNIEJSZA SZCZAWA SŁONO - JODOWO - BROMOWA.

Od dawna stwierdzona jest skuteczność we wszystkich postaciach żołązków (scrofuloza), w chorobach kości, jamy nosowej, uszu, skóry i wogóle we wszystkich chorobach wymagających przyspieszenia odnowy materii. Leczenie ortopedyczne i masażowe.

Inhalatorya systemu „Waldenbura” i systemu „Clara”. Kąpiele w gorącym powietrzu systemu „Polana” tudzież sztuczne kąpiele gazowe.

Lekarze zakładowi: Docent d r Antoni Gabryszewski ze Lwowa i D-r Julian Staniszewski z Krakowa, tudzież 6 lekarzy wolno praktykujących.

W sezonie I-szym od 15 maja do 20 czerwca i w III-cim od 20 sierpnia do końca września mieszkania znacznie tańsze.

Uwolnienie od taksy na podstawie świadectw ubóstwa udziela się tylko w I i III sezonie.

Urządzenie zakładu wzorowe, oświetlenie elektryczne, wodociągi, kaplica, w której odprawia się codziennie Msza Ś-ta.

Zamówienia na mieszkania, wodę mineralną, sól, ług i muł przyjmuje i wszelkich wyjaśnień udziela

Dyrekcya Zakładu zdrojowo-kąpielowego w Iwoniczu.

Założony w roku 1845 INSTYTUT WÓD MINERALNYCH W OGRODZIE SASKIM.

Wejście przez Ogród Saski lub przez kantor Graniczna № 14. Telefonu № 422.

Poleca:

Wody Mineralne Sztuczne, dokładnie podług analizy wyrabiane. Wodę Sodową, Selcerską, i Giesshübler oraz inne napoje gazowe, wszystko na wodzie destylowanej i wyłącznie systemu Struve'go przygotowane.

Wody Mineralne Naturalne świeżego czerpania, wprost ze źródeł sprowadzane. Kąpiele Mineralne: Ciechocińskie, Cieplickie, Iwoniczkie Wiesbadeńskie, Krynickie, Akwizgrańskie, oTrenczyńskie, z kwasem węglanym i t. p. wydają się w Zakładzie kąpiel. przy Instytucie i do dmów.

Wodę destylowaną do celów chemicznych, leczniczych i przemysłowych. Syropy prawdziwe owocowe.

Sezon kuracyjny w ogrodzie przy Instytucie rozpoczyna się w połowie Maja. W ciągu tego czasu codziennie od godziny 6-ej do 10 ej z rana wydawane są na szklonki wszystkie wody mineralne naturalne i sztuczne w źródłowych temperaturach.

Prócz należności za wody, sole, serwatkę i mleko żadnego wpisowego nie pobiera się.

Ekspedycja szybka i akurata na miasto i na prowincję.

Salit

cynowych odznacza się najmniejszą własnością drażniącą na skórę, gdy ż wolny od formaldehydu.

Omorol

(w wodzie nie rozpuszcza się).

Miejscowe leczenie dyfterii za pomocą omorolu dopełnia leczenie surowicą, gdyż omorol niszczy zarazki w miejscu ich wnikania. Leczy również i inne zakaźne błony śluzowe.

Xeroform

środek na zabiżnienie.

Płynny związek kwasu salicylowego. Tani, szybko ból kojący środek do wcierania w reumatycznych cierpieniach wszelkiego rodzaju (rozcieńczony oliwą). Pośród zewnętrznych środków salicynowych odznacza się najmniejszą własnością drażniącą na skórę, gdy ż wolny od formaldehydu. Nowy, zupełnie nie drażniący preparat srebro-proteinat do miejscowego leczenia dyfterii, silne i głębokie działanie antyseptyczne, gdyż rozpuszczalny w płynach tkankowych, wydzielinie etc.

Jest najlepszym środkiem zastępującym jodoform. Absolutnie nietrujący, nie drażni, wybitnie wysuszający i wstrzymujący wydzielinę. Silny środek odwaniający. Najszyciej działający

Próby i literatury dostarcza: Fabryka Chemiczna von Heydana, Radebeul—Drezno
lub przedstawiciel Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

D-r Xawery Gorski

ordynuje od 20 maja do 20 września
w SZCZAWNICY.

Dr. Oskar Goldberg

ginekolog, ordynuje jak zwykle od 5-go czerwca
w DRUSKIENIKACH.