

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. O. HEWELKE. Wrodzone połączenie komórek serca. — ST. JERZYKOWSKI. Przyczynę do leczniczej wartości wyskrobywania macicy w położowym zapaleniu wewnątrzmacicznym. — *Notatki lekarskie.* 11. J. PUTERMAN [z Koszyc]. Przypadek rany drażącej do jamy brzusznej. Wyzdrowienie. Kilka słów z okazji tego przypadku o przytułkach dla ciężko chorych włościan. — *Korespondencyja.* Wł. SĘKOWSKI. — *Przegląd biblijograficzny.* Z dziedziny chorób narządu trawienia z końca roku 1884; z roku 1885, ocenił M. RAJCHMAN. — *Dział sprawozdawczy.* 41. BESCHORNER. O gorączce siennej i jej leczeniu. — 42. HACK. O nieżytych jesiennym i gorączce siennej. — 43. GRANCHER. Siła ochronna szczepień wścieklizny w porównaniu do ospy i karbunkułu. — *Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.* — *Nadesłano do Redakcyi.* — *Dodatek.* — *Ogłoszenia.*

Z KLINIKI PROFESORA BARANOWSKIEGO.

I. WRODZONE POŁĄCZENIE KOMÓREK SERCA.

Podał

O. Hewelke.

były ordynator tejże kliniki.

W połowie Listopada 1884 roku przybył na klinikę dyjagnostyczną chory Michał F., wieku lat 21 liczący, skarżący się na ogólne osłabienie, duszność, bicie serca i silne krwotoki z nosa. Chory opowiada, że pochodzi z pod Przemysła, rodzice zmarli mu wcześniej: matka w położu, ojciec z tyfusu; trzech młodszy, bracia żyją i są zdrowi, warunki życia miał dostatnie. W dzieciństwie, jak twierdzi, do 12-tego roku był zawsze słabowitym, nieruchawym, nie mógł np. nigdy uczestniczyć w zabawach swych rówieśników, z powodu szybkiego męczenia się. W tym już czasie podlegał silnym krwotokom z nosa. Woskowa błądź twarży wyróżniała go jak wspomina zawsze. Od 12-go do 20-go roku życia stan zdrowia chorego miał się poprawić, czuł się on silniejszym, krwotokom podlegał rzadziej, przy bieganiu jednak, wchodzeniu na schody, doznawał stale duszności. W tym czasie wstąpił do terminu do krawca i odtąd rzemiosłem tem się zajmował, nie doznając żadnych zaburzeń w zdrowiu.

Od pięciu miesięcy zamieszkał w Warszawie; tutaj z powodu cięższych warunków, a także nieregularnego życia i nadużyć, począł znowu szwankować na zdrowiu, czuł się ogólnie osłabionym, krwotoki z nosa wystąpiły na nowo. Przed 3½ miesiącami jakieś cierpienie nogi zmusiło chorego do udania się do szpitala. Cierpienie to bezgorączkowe trwało przeszło miesiąc. W szpitalu już, przed

dwoma miesiącami, podległ bardzo silnemu krwotokowi z nosa, trwającemu dwa dni, po którym znacznie osłabł. Zjawiała się duszność stała i po raz pierwszy w życiu pokazał się lekki obrzęk stóp. Przed miesiącem miał jeszcze jeden krwotok z nosa, ale mniej silny. W ostatnim miesiącu chory znowu zaczął się zwolna poprawiać. W tym czasie przeszedł na klinikę prof. BARANOWSKIEGO. Chory, wieku lat 21, prawidłowej choć szczupłej budowy, przedstawiał nader nędzny stopień odżywiania. Skóra i błony śluzowe woskowo-białe, kończyny chłodne. Uderzenie wierzchołkowe serca wydawnie: tętno małe, prędkie, dość twarde. Krótka nawet rozmowa męczyła chorego, sprowadzając mu duszność. Stan był bezgorączkowy.

Przy badaniu przedmiotowem znaleziono:

Klatka piersiowa długa i wąska, granice płuc prawidłowe, ruchomość czynnościowa brzegów płucnych zachowana. Oddech zaostrozony jednostajnie, o częstości 32 na minutę; duszność przy mowie.

Uderzenie serca mocne, widoczne, najwyraźniej wyczuwać je było można nieco na lewo od linii sutkowej lewej w piątym międzyżebżu. Po przyłożeniu ręki dawało się wyczuwać na całej okolicy serca mocne drżenie, pomruk koci, najwyraźniejszy na linii przeprowadzonej od miejsca uderzenia wierzchołkowego do drugiego międzyżebża po stronie lewej mostka. Pomruk nie był ciągłym, lecz przypadał jednocześnie z uderzeniem tętna, czyli był pomrukiem skurczowym (*strepitus systolicus*). Przestrzeń tępości wypukowej serca była zwiększoną w obu rozmiarach i miała kształt półkoła, podstawą zwróconego ku dołowi. Na linii mostkowej lewej zaczynała się na trzecim żebże, na prawo zachodziła pod mostek poza prawy brzeg jego.

Przy wysłuchiwanu dochodził ucha mocny szmer skurczowy, podmuchowy, najwyraźniejszy u wierzchołka, rozchodzący się ku podstawie. Drugi ton tętnicy płucnej był wzmocniony. Pozostałe tony nie były zmienione. Wspomniany szmer można też było wysłuchiwać w przestrzeni między kręgosłupem i lewą łopatką. Tętno było małe, prędkie, dość twarde, o częstości 90 uderzeń na minutę. W żyłach szyjowych buczenie, zresztą żadnych zboczeń, podobnie w układzie włosowatym [prócz wyraźnego ochłodzenia kończyn].

Ilość ciałek krwi w milimetrze sześciennym dochodziła zaledwie dwóch milionów; ilość hemoglobiny była również o połowę zmniejszoną.

Brzuch duży, wzdęty, okolica nadbrzuszną wygórowaną; wątroba powiększona, twarda; to samo dotyczyło śledziony. Ilość moczu na dobę do 1500 ctm. sześciennych; mocz biały, o ciężarze gatunkowym 1007, nie przedstawiał zresztą nic nieprawidłowego.

Na podstawie danych powyższych, a mianowicie: przerostu serca w obu, a przeważnie w wymiarze poprzecznym, szmeru skurczowego u wierzchołka, wzmocnienia drugiego tonu tętnicy płucnej, rozpoznano niedomykalność zastawki dwudzielnej. Ze względu zaś na dane wywiadowe, a szczególnie objawy duszności i łatwego męczenia się, częste krwotoki z nosa, które to objawy chory zapamiętał od najwcześniejszego dzieciństwa, oraz z uwagi na ogólną słabość rozwoju, można było odnieść chwilę powstania wady wspomnianej

do epoki niemowlęcej, a nawet do życia wewnątrzmacicznego, to jest uważać ją za wadę wrodzoną — rozwojową lub też za możebne następstwo zapalenia wsierdza zastawkowego podczas życia płodowego. Rozpoznanie to jednak nie mogło nie nasuwać pewnych wątpliwości, a to z powodu wielkiej rzadkości zapalenia wsierdza lewej połowy serca w życiu płodowym.

Przyjąwszy znaną wadę za powstałą w najwcześniejszym dzieciństwie lub nawet za wrodzoną, a więc jako sprawę skończoną ostatecznie i zważywszy, że chory dożył lat 21, z okresami kilkoletnimi nawet względnie dobrymi i biorąc z drugiej strony pod uwagę opisy przypadków, w których podobni chorzy żyli nawet do lat późniejszych [np. 47 lat w przypadku PACANOWSKIEGO, 57 BRESCHEA i BERTIN'a, 65 DUSCH'a], można było rokować co do życia względnie dobrze, przypuszczając dobre warunki życia, odpowiedni jego tryb, zajęcie i t. p. Za mniej korzystny ze względu na rokowanie fakt w przebiegu dotychczasowym poczytać należałoby tę okoliczność, że wyrównywanie w pewnych momentach dokonywało się kosztem krwi, t. j. przez krwotoki nosowe, którym chory tak często ulegał. Uważać to należało za wskazówkę, że na innej drodze równowaga hydrostatyczna osiągnąć się nie dawała. A choćby przypuścić, że owe częste krwawienia były jedynie następstwem złego odżywiania ścian naczyń, to i to ostatnie za niekorzystne ze względu na rokowanie uważać należało.

Omawiana okoliczność tłumaczyć mogła brak sinicy, zarówno obecnie, jak i w ubiegłym życiu chorego. Objaw ten zwykle bywa tak ściśle łączonym z wrodzonymi wadami serca [*morbis caeruleus* dawnych autorów był synonimem wrodzonej wady serca], że nieobecność jego w naszym przypadku mogłaby, zdawało się, poddawać w wątpliwość rozpoznanie tego przypadku, jako wady wrodzonej. W samej jednak rzeczy takiej bezwzględnej spójni tych zjawisk nie ma. Według RAUCHFUSS'a [str. 45—47] w niektórych przypadkach wrodzonych wad serca, gdzie historia choroby była pewną, sinicy również nie było wcale. Niekiedy brakło nawet wszelkich objawów ze strony serca [przypadki GELAU i MENTAULT'a cytowane przez RAUCHFUSS'a]. Tam zaś, gdzie od urodzenia występowały znaczne zaburzenia w krążeniu i istniała sinica, wady były zwykle znaczne, a osobniki im podległe nie żyły nigdy długo.

Względnie dobre rokowanie potwierdzać się zdawał przebieg choroby w pierwszych tygodniach. Przy spokoju, odpowiedniej dyjecie, nastąpiła ogólna poprawa, duszność się zmniejszyła, cera ożywiła się. Dnia 30 Listopada pod wieczór chory dostał dreszczu, bólu głowy, ciepłota podniosła się do 39,6° C.; na skórze nosa i policzków zjawilo się charakterystyczne zaczerwienienie — róża. Następných dni sprawa rozszerzyła się na całą twarz, przyczem przyjęła charakter złośliwy. Na lewej dolnej powiece wytworzył się ropień, również jak i na prawej górnej. Ogólny stan chorego znacznie podupadł. Częstość tętna dochodziła do 130 uderzeń na minutę, duszność powiększyła się znakomicie. W moczu zjawilo się białko, wałeczki szkliste, ciała krwi białe i czerwone. Wystąpił też obrzęk stóp. Ciepłota, znacznie podniesiona, utrzymywała się między 39,5° C. rano i 40—40,7° C. wieczorem.

W dalszym przebiegu dołączyło się obustronne zapalenie płuc opadowe.

Upadek sił postępował coraz bardziej, 14 Grudnia nastąpiła śmierć wśród objawów upadku sił.

Z protokołu badania pośmiertnego notuję tylko w krótkości, że znaleziono obustronne opadowe zapalenie płuc, świeże śródmiąższowe zapalenie nerek, dane zaś co do serca podaję obszerniej. Worek osierdziowy, rozszerzony nieco, zawiera płyn, po przecięciu wylewa się go około trzech do czterech łyżek; płyn jest ropny; oba listki osierdzia pokryte są drobnymi miękkimi włóknikowymi złoгами [włóknikowo-ropne zapalenie osierdzia]. Serce powiększone we wszystkich wymiarach. Grubość ściany lewej komórki 1,7 ctm.; grubość ściany prawej komórki 0,8 ctm.. Szerokość aorty nad zastawkami 7 ctm.; szerokość aorty na wysokości łuku 5,5 ctm.; szerokość tętnicy płucnej nad zastawkami 7,2 ctm.. Zastawka dwudzielna prawidłowa, również i trójdzielna.

Zastawki aorty domykalne, na brzegach nieznaczne brodawkowate zgrubienia, pokryte przyżyciowymi skrzepami krwi.

Pod zastawką aorty [patrz rysunek Nr. 1] znajduje się otwór w przegrodzie międzykomorowej, zajmujący około $\frac{1}{5}$ przegrody i przepuszczający zupełnie

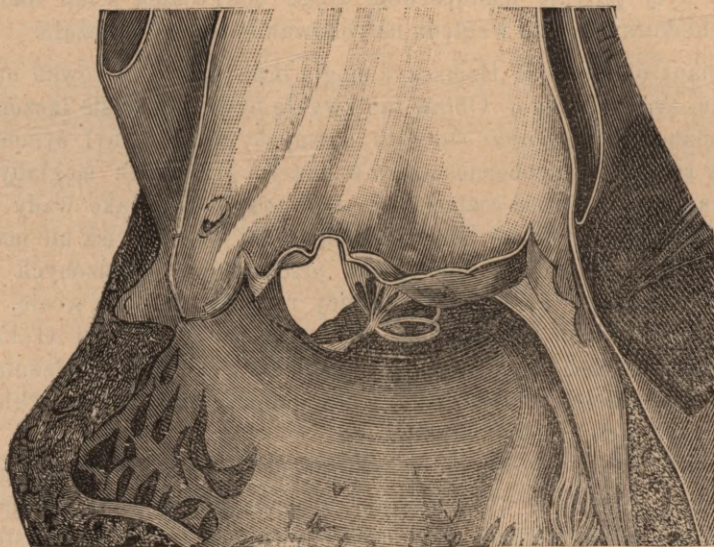


Fig. 1.

swobodnie wielki palec. Otwór jest owalny, wysokość dochodzi 1,2 ctm., rozmiar przedniotylny 3 ctm.. Brzegi otworu są gładkie; pokrywa je wsierdzie nieco zgrubiałe.

Otwór prowadzi z lewej komórki do prawej, gdzie otwiera się pod wewnętrznym działkiem zastawki trójdzielnej.

Przedni brzeg otworu jest mocno zgrubiały mięsisty i przechodzi, w prawej komórce, w znacznie zmienioną ścianę lejka tętnicy płucnej. Wskutek tego

zgrubienia wejście do *conus art. pulmonalis* jest znacznie zwężone, podczas gdy samo ujście tętnicze zarówno jak i jego zastawki nie przedstawiają zmian żadnych.

Według podziału ROKITANSKY'ego przypadek nasz zbliżałby się najbardziej do kategorii braków w przedniej przegrodzie (*vorderes Septum*) w tylnej jej części, przy prawidłowym ustawieniu wielkich pni naczyniowych. Ostatnia okoliczność zdarza się jednak nader rzadko. Prawidłowe ustawienie tętnicy płucnej i aorty przy powyższych brakach widział ROKITANSKY tylko raz jeden [przypadek 18, str. 23 l. c.]. Przypadek ten dotyczył miesięcznej dziewczynki. Ściany serca były zgrubiałe, lejek (*conus*) aorty szeroki, położenie pni naczyniowych prawidłowe; część błoniasta przegrody leżała pod tylną działką zastawki aorty. Zaraz przed nią, oddzielony od niej brzegiem sierpowatym, znajdował się otwór, skierowany ku lejkowi aorty, przykryty na prawo działką wewnętrzną zastawki trójdzielnej. Otwór formy owalnej w przecięciu od przodu ku tyłowi ma zaledwie 3 milimetry [przypadek ten podany jest bez rysunku].

Według ROKITANSKY'ego [l. c. p. 124] tego rodzaju braki przy prawidłowym położeniu pni naczyniowych są nadzwyczaj rzadkie i nie mogą dosięgać znaczniejszych rozmiarów. Powyżej podane rozmiary braku w przegrodzie w naszym przypadku zdają się temu zaprzeczać.

W jeszcze większej — bo zasadniczej — sprzeczności ze znakomitym autorem postawiłaby nas chęć objaśnienia znacznych rozmiarów braku w naszym przypadku, brakiem wrodzonym części błonistej przegrody, czego ROKITANSKY stanowczo nie przyjmuje. Wyjaśnienie byłoby wtedy prostem, tembardziej, że w samej rzeczy przegroda w opisywanym przez nas sercu jest wszędzie jednakoowo grubą, mięsistą i nigdzie nie można wykryć w niej śladów części błonistej, którą na sercu prawidłowym odnaleźć bardzo łatwo.

ROKITANSKY pojmuje powstawanie wrodzonych braków w tylnej części przedniej przegrody w ten sposób, że przegroda pni naczyniowych, spuszczać się ku dołowi w celu połączenia się z przegrodą błoniastą, nie dosięga go, wskutek czego pozostaje szczelina. Otóż jeżeli sama przegroda błoniasta nie rozwija się prawidłowo, a zarodkowy jej wzrost zostanie wstrzymanym, otwór musi powstać stosunkowo większy.

Możliwość braków wrodzonych części błonistej przegrody dotąd wogóle nie jest rozstrzygniętą; niektórzy autorowie np. RAUHFUSS przyjmują takową.

Zestawiając wywód badania pośmiertnego z rozpoznaniem klinicznym, widzimy, że ostatnie różni się od pierwszego. Mamy wprawdzie wadę wrodzoną serca, polegającą jednak nie na zmianach w zastawce dwudzielnej, ale na nieprawidłowym połączeniu komórek, wskutek braku w przegrodzie między niemi. Czy jednak wogóle można postawić szczegółowe rozpoznanie wrodzonych wad serca, zwłaszcza u dorosłych? Wielu autorów przyznaje się otwarcie do niemożności rozpoznawania nawet wad wrodzonych serca wogóle; udaje się ono tylko w przypadkach wyjątkowych, gdzie, jak np. w opisywanym przypadku, objawy ze strony krążenia występują wcześniej, gdzie istnieje możliwość zebrania dokładnych wywiadów. Tem trudniej, gdy chodzi o szczegółowe określenie postaci wrodzonej wady. Opisów klinicznych wad wrodzonych mamy wogóle nie-

wiele, nie też z tej strony nie znaleziono dla nich charakterystycznego . W najnowszych podręcznikach dyjagnostyki lekarskiej kwestyja ta nie znalazła jeszcze uwzględnienia.

Niewątpliwie zbiór danych fizykalnych przy obecności wad wrodzonych będzie się zawsze, mniej lub więcej, zbliżał do zbioru objawów cechujących zwykłe wady serca, co tem samem obowiązywać nas będzie do rozpoznawania ostatnich.

W naszym przypadku mieliśmy, obok przerostu serca w obu wymiarach a przeważnie w wymiarze poprzecznym, szmer skurczowy u wierzchołka i wzmocnienie drugiego tonu tętnicy płucnej, zbiór objawów cechujących niedostateczność zastawki dwudzielnej. Tymczasem badanie pośmiertne inaczej wyjaśnia powstawanie za życia powyższych objawów. Szmer powstawał nie wskutek wracania się krwi przez niedomkniętą zastawkę dwudzielną, ale z powodu przelewania się krwi przez otwór ziejący między komórkami.



Fig. 2.

Co się tyczy kierunku regurgitacji krwi, to odbywała się ona, naszym zdaniem, z komórki prawej do lewej. Przypuszczamy to na podstawie rozszerzania się szmeru i *frémissement cataire* ku wierzchołkowi, przemawia też za tem obecność przerostu prawej komórki, wraz ze wzmocnieniem drugiego tonu tętnicy płucnej, a zwłaszcza zwężenie wejścia do lejka tętnicy płucnej, utrudniające odpływ prawidłowy krwi z prawej komórki. Niektórzy autorowie przyj-

mują wprowadzić, że przy zupełnem wyrównaniu, przelewanie się krwi z jednej komórki do drugiej nie koniecznie musi mieć miejsce; przemawiają, być może, za tem opisy, wprowadzić bardzo rzadkie, przypadków braków w przegrodzie między-komórkowej, gdzie za życia nie zauważono szmerów i wogóle żadnych objawów nieprawidłowych ze strony krążenia. Być może, że zdarza się takie idealne wyrównanie przy szczególnie sprzyjających warunkach ze strony samego otworu, np. jego rozmiarów, położenia, lub innych. W naszym przypadku, przy otworze wspomnianych rozmiarów, przy niezupełnem wyrównaniu zresztą i przy istnieniu szmeru, nie można przypuścić, aby zawartości obu komórek nie mieszały się do pewnego stopnia.

Wracając jeszcze raz do możności rozpoznawania wrodzonych wad serca, *resp.* połączenia między komórkami, zauważę, że zwracano uwagę na pomruk koci, jako na znak, który może obok innych danych służyć do pewnego stopnia za podstawę do przypuszczenia za życia połączenia obu połów serca. EICHORST wspomina też [l. c. p. 29. T. II], że bardzo głośny i rozległy pomruk koci zdarzało mu się kilkakrotnie spotykać przy nieprawidłowem połączeniu komórek sercowych. ROGER [cytowany przez JACCOUD'a T. II. p. 224, tłumaczenie polskie] pomija pomruk, a główny nacisk kładzie na odnośny szmer, który jest według niego wyraźnie umiejscowionym [największego natężenia ma osiągać w górnej trzeciej części okolicy serca, w pobliżu linii środkowej] i tak charakterystycznym [szmer ten według ROGER'a nie bywa nigdy podmuchowym], iż może być uważany za znamionujący przy połączeniu obu połów serca. JACCOUD nie może się zgodzić na to zdanie. W naszym przypadku szmer ani ze względu na swoją siłę, ani też na charakter i rozszerzenie się, nie przedstawiał nic szczególnego [w przypadku kolegi PACANOWSKIEGO szmer był też podmuchowy]. Za to pomruk koci, niezwykle silny, odpowiadający skurczowi i rozciągający się od mostka ku wierzchołkowi, był objawem daleko więcej wydatnym i najbardziej rzucającym się w oczy.

Nie nazywam bynajmniej tego objawu [choćby ze względu na jedno tylko spostrzeżenie] patognomonicznym, jednak obok innych danych, któreby pozwalały przypuszczać wadę wrodzoną, a mianowicie przy objawianiu się jej w najwcześniejszej epoce życia, przy słabości rozwoju i t. d., uznałbym go za podstawę do przypuszczenia braku w przegrodzie międzykomórkowej.

Rozpoznawcze znaczenie omawianego znaku ogranicza do pewnego stopnia ta okoliczność, że przy wadach rozwijających się w pierwszych latach dzieciństwa [nie wrodzonych] z powodu przylegania serca na znaczniejszej przestrzeni do klatki piersiowej i tem samem rozleglejszej w stosunku do ogólnej objętości serca tępości wypukowej, szmery bywają bardzo głośne i dają się z łatwością dotykem rozeznawać, to wszystko objaśnia się tem tylko, że wczesny rozwój przerostu powoduje łatwiejsze niż u dorosłego odsuwanie się brzegów płuca od klatki piersiowej, zaczętem musi iść większa wydatność i rozległość szmerów i objawów dotykowych.

Objaśnienie rysunków.

Fig. I. Lewe serce: aorta rozcięta, zastawki półksiężycowe aorty pod niemi otwór, przez który z prawa prześwieca działek zastawki trójdzielnej, w głębi rozcięta ściana komórki prawej.

Fig. II. Prawe serce. Otwór przykryty z lewej strony zastawki trójdzielnej z prawej strony, zgrubienie ściany lejka tętniczego, zwężające wejście do tętnicy płucnej.

Literatura.

C. v. ROKITANSKY. Die Defecte der Scheidewand des Herzens. 1875.

GERHARDT, RAUCHFUS. Handbuch der Kinderkrankheiten. Bd. IV. Krankheiten der Kreislauforgane.

H. EICHORST. Lehrbuch der physik. Untersuchungsmethoden. 1883.

SKODA. Abhandl. über Perkussion u. Auskultation. 1884.

Wł. MACZEWSKI. Tętniak części błoniastej przegrody sercowej. Odb. z Gaz. Lek. 1882.

PACANOWSKI. Wrodzone połączenie komórek sercowych. Odbitka z Gazety Lekarskiej. 1883. Prace wspomniane w przypadku.

II. PRZYCZYNEK DO LECZNICZEJ WARTOŚCI WYSKROBYWANIA MACICY W POŁOGOWYM ZAPALENIU WEWNĄTRZMACICZNYM.

Podał

Stanisław Jerzykowski [z Poznania].

Jak w chirurgii przez wczesne wyłyżkowanie ran zanieczyszczonych lub zakażonych staramy się zapobiegać groźnym następstwom, z tego rodzaju ran wynikającym, tak też i w położnictwie zaczęto doświadczać, czyby w przypadkach połogowego zapalenia wewnątrzmacicznego lub zapalenia gnilnego nie było skutecznem wyskrobanie ostrą łyżeczką chorej błony śluzowej, ażeby przez to usunąć i dalszy rozwój choroby i następce cierpienia. Jednakże operacyi tej chirurgicznej nie można na równi stawiać z tymże rękoczynem w okresie połogowym macicy. Najpierw bowiem przy stosowaniu ostrej łyżeczki kierujemy się tylko zmysłem dotyku, nie możemy więc wyskrobać całej części chorej błony śluzowej, tak, iż zawsze mogą pozostać miejsca zakażające. Dalej, w czasie połogowym tak żyły jak naczynia chłonne są silnie rozwinięte i tak obfite, iż zakażenie tak otrzewnej jak ogólne może daleko łatwiej nastąpić, aniżeli po podobnej operacyi chirurgicznej. Wreszcie i o tem pamiętać należy, że nie mamy tu gładkiej rany przez chirurga przeciwnie przeprowadzonej, lecz że cała macica przedstawia ranę rozdartą, poszarpaną i tem przystępniejszą dla pasorzytów zakażających.

Mimo tych niebezpieczeństw i poważnych niekiedy następstw zalecają autorowie w ostatnim czasie wyskrobywanie macicy w przypadkach połogowego zapalenia wewnątrzmacicznego. WECKBECKER-STERNEFELD ¹⁾ opisuje o pięciu tym sposo-

¹⁾ Ueber die Anwendung des scharfens Löffels in der Geburtshilfe. Archiv für Gynaekologie. T. XX. Z. 2.

bem leczonych przypadkach, z których 2 zakończyły się wyzdrowieniem, a 3 śmiercią. PICK i MEINERT ¹⁾ przytaczają po jednym przypadku, w których z powodu silnej gorączki, wywołanej przez gnijące resztki błon płodowych, wyskrobano macicę i już następnego dnia ustąpiły wszelkie objawy chorobowe. PLOENIES ²⁾ zaś referuje o 5 przypadkach, z których jeden zakończył się śmiercią, a pozostałe 4 wyzdrowieniem; w przypadkach tych, przy bardzo groźnych już objawach ogólnego zakażenia [zajęcie głowy, gorączka do 41,5° C. dochodząca, tętno 132, cuchnące odpływy połogowe, wzdęcie brzucha, obfite wypróżnienia], po wyskrobaniu i przestrzyknięciu macicy miały ustępować już 2-go lub 3-go dnia, a nieraz nawet już następnego dnia, wszelkie objawy gnilnego zakażenia.

Temi przykładami zachęcony, próbowałem także ostrej łyżeczki w kilku przypadkach połogowego zapalenia wewnątrzmacicznego, lecz bez wszelkiego skutku, a nawet objawy chorobowe jeszcze groźniejszymi zdawały się stawać.

Kledziejewicz A. poroniła w szóstym miesiącu; poród miał się odbyć prawidłowo i łożysko odejść w całości. Czwartego dnia silny dreszcz, wieczorem 41,4° C., tętno 130, silny ból głowy i ogólny niepokój. Gdy następnego dnia z rana ciepłota dochodziła prawie do 41° C., tętno było szybkie i słabe, z macicy wydzielala się krwią zabarwiona brudna ropa, wyskrobałem macicę; wieczorem tegoż dnia ciepłota 41,5° C., tętno 132. Następnego dnia rano ciepłota 41,2° C., tętno słabe, zajęcie głowy silne, macica bardzo bolesna, odpływ wstrzymał się zupełnie, tkanka łączna okołomaciczna po lewej stronie obrzękła. W takim mniej więcej stanie chorobowym, tak iż każdej chwili można się było spodziewać zejścia śmiertelnego, pozostawała chora przez dni cztery. Do wewnątrz podawano kalomel z makowcem i kamforą, nadto stary koniak i mocną czarną kawę, które chora przy ciągłych nudnościach znosiła jeszcze najlepiej. Siódmego dnia choroby nastąpiło kilka obfitych wypróżnień, poczem ciepłota spadła do 38,5° C., bolesność macicy zmniejszyła się, pojawił się znowu mocno cuchnący odpływ, zajęcie głowy ustąpiło prawie całkowicie. Zalecono przestrzykiwania dalsze pochwy kwasem karbolowym, dobrze ciepłe, do wewnątrz podawano mleko i mocne rosoły. Odtąd chora przychodziła coraz więcej do zdrowia, chociaż obrzęknięcie tkanki łącznej okołomacicznej trwało jeszcze dość długo.

W tym razie widocznem jest, że wyskrobanie nie pomogło nic, bo ciepłota nie opadła, a nawet skutkiem podrażnienia macicy nastąpiło silniejsze jej obrzmienie, wstrzymanie się odpływu połogowego i zajęcie zapalne tkanki łącznej okołomacicznej.

2. M. Czarnecka. Poród prawidłowy, trzeciego dnia bólesci mocne w podbrzuszu, odpływ cuchnący, skąpy, gorączka 41° C.; tętno 128. Po wyskrobaniu gorączka opadła nieco, lecz już trzeciego dnia nastąpiło tak silne zapalenie tkanki łącznej okołomacicznej, że chora przeleżała dwa przeszło miesiące w łóżku.

3. C. Zeme. Przy porodzie prawidłowym łożysko miało się wydzielić trudno i porozrywane, poczem odpływ połogowy był ciągle mocno krwią zabarwiony

¹⁾ Deutsche med. Woch. Jahrg. 1883. Nr. 50.

²⁾ Centrblt. für Gyn. 1885. Nr. 2.

i prócz tego wydostawały się raz po raz większe skrzepy krwi. Ósmego dnia po porodzie gorączka przeszło 40°C ., bolesność macicy znaczna, ujście macicy wypełnione gęstą krwią i nieco ropy. W przypuszczeniu, że w macicy pozostały resztki łożyska, zastosowałem ostrą łyżeczkę i wydostałem cuchnące resztki łożyska, poczem przestrzyknałem jamę macicy lekkim roztworem [0,25—1000] sublimatu. Krwotoki ustały wprawdzie od dnia wyskrobania, lecz za to gorączka, cuchnące odpływy i ogólne osłabienie trwały przez blisko trzy tygodnie. I w tym razie wyskrobanie macicy nie miało żadnego widocznego wpływu na spadek ciepłoty.

4. A. Krajewska przeżyła poród szczęśliwie; łożysko trzeba było wydostać, wszakże nie dla nieprawidłowych zrostów, lecz dla kurczowego ściągnięcia się dolnego odcinka macicy. Drugiego dnia ciągle dreszcze, ból głowy, odpływ połogowy skąpy; brzuch za dotknięciem bolesny. Następnego dnia wzdęcie brzucha znaczne, bolesność jednakże tylko w okolicy macicy, ogólny upadek sił, tętno drobne, ciepłota wieczorem $40,2^{\circ}\text{C}$.. Do wewnątrz podano kamforę z makowcem, czarną kawę z koniakiem, całe ciało zmywano często wodą z octem, na brzuch zimne okłady, a do pochwy wstrzykiwano dobrze ciepły roztwór kwasu karbolowego. Gdy mimo to żadne nie nastąpiło polepszenie, wyskrobano [piątego dnia choroby] macicę, przyczem wyszło nie wiele cuchnących części błony śluzowej i dość dużo krwi, poczem przestrzyknięto macicę lekkim roztworem sublimatu. Gorączka tegoż dnia wieczorem $41,5^{\circ}\text{C}$., tętno zesłabło jeszcze silniej; podano do wewnątrz piżmo i stary koniak. W tym stanie silnej gorączki i ogólnego upadku sił, tak iż zejście śmiertelne zdawało się być niewątpliwem, pozostawała chora przez cztery dni. Dopiero 10 dnia choroby wydzieliło się wiele cuchnącej ropy, oraz dość znaczna ilość krwi, poczem ciepłota nazajutrz opadła na $38,3^{\circ}\text{C}$.. Odtąd chora stosunkowo szybko powróciła do zdrowia. I w tym więc przypadku wyskrobanie nie dało żadnego pomyślnego wyniku, a nawet wzmogło gorączkę do groźnych rozmiarów.

Liczba to spostrzeżeń zbyt szczupła, ażeby śmieć stanowczo orzekać o leczniczej wartości ostrej łyżeczki w zapaleniu wewnątrzmacicznym połogowym i gnilnem, wszakże nie zachęcająca zbyt do dalszych na tem polu prób; we wszystkich przecież powyżej przytoczonych przypadkach nie nastąpiło ani w jednym polepszenie, lecz nawet objawy chorobowe, groźne już, stały się jeszcze groźniejszymi; nadto wyskrobywania w czasie połogowym dokonywane zdają się nie dobrze oddziaływać na tkankę łączną okołomaciczną, jak to przynajmniej miało miejsce w pierwszych dwu przypadkach. To też zdaniem mojem można się w chorobach, o których mowa, zupełnie obyć bez wyskrobywania macicy, tem więcej, że w tej mierze wystarczają całkowicie przestrzykiwania jamy macicznej lekkim roztworem sublimatu, o czem się niejednokrotnie miałem sposobność przekonać. Stosowanie ostrej łyżeczki przy *endometritis puerperalis* i *septica* możnaby jeszcze usprawiedliwić, a nawet za konieczne uznać wtenczas, gdyby zatrzymane większe resztki łożyska powodowały prócz gorączki znaczniejsze krwotoki; we wszystkich innych przypadkach wystarczają, zdaniem mojem, wyżej wspomniane przestrzykiwania z zachowaniem jak najskrupulatnijszem wszelkich przy tym rękoczynie potrzebnych ostrożności. Że w takich razach sumienne przeprowadzenie

przepisów przeciwnilnych jest jednym z najważniejszych warunków, nie potrzebuję zapewne dzisiaj wcale wspominać, a czytelnikowi chcącemu się przekonać o znakomitych wynikach ścisłego postępowania przeciwnilnego w położnictwie, pozwalam sobie zwrócić uwagę na przekonujący artykuł kolegi SĘKOWSKIEGO. zamieszczony nie dawno temu w łamach niniejszego pisma.

NOTATKI LEKARSKIE.

II. Przypadek rany drążącej do jamy brzusznej. Wyzdrowienie. Kilka słów z okazji tego przypadku o przytułkach dla ciężko chorych włościan.

Dnia 22 Października byłem wezwany do Biskupic dla udzielenia pomocy lekarskiej chłopcu, u którego, skutkiem rany drążącej do jamy brzusznej, od uderzenia przez krowę rogiem powstałej, wysunęła się pętla jelit. Przy badaniu okazało się co następuje:

P..., 11 lat mający, dobrze zbudowany i odżywiany, bladej, jęczy z bólu, tętno ma częste, stan bezgorączkowy. Poniżej pępka z prawej strony od smugi białej znajduję pętlę wypadniętego jelita, wypukłością ku dołowi, wklęsłością ku górze zwróconą, wielkości mniej więcej pięści mężczyzny. Przy dotyku obrażonego miejsca malec krzyczy, skutkiem czego wyslizguje się coraz więcej jelita. Z tego powodu zmuszony byłem chorego zachloroformować. Po starannej dezynfekcji rąk, oczyszczywszy pętlę ciepłym 2% roztworem kwasu karbolowego, udało mi się wprowadzić wypadniętą pętlę, lekko ugniatając takową i jednocześnie stopniowo wpychając część za częścią jelita, aż wreszcie pozostała część wśliznęła się sama do jamy brzusznej.

Po odprowadzeniu pętlicy, na 8 centymetrów poniżej pępka, widzimy poprzeczną ranę z gładkimi brzegami, około 6 centymetrów mającą i idącą na prawo od smugi białej.

Ranę w brzuchu zeszyłem i zaleciłem największą czystość około chorego, na brzuch okłady zimne z dodatkiem kwasu karbolowego. Dyjeta: mleko, wino.

Dnia 26 t. m., wezwany do tegoż chorego, dowiedziałem się, że nazajutrz po odprowadzeniu wypadniętej pętlicy był jeden, a 25 t. m. drugi twardy stolec. Chory wymiotuje pokarmy spożyte. Stan bezgorączkowy. Tętno około 100. Brzuch wszędzie wzdęty, odgłos wypukowy bębnowy, prócz miejsca odpowiadającego ranie, gdzie słychać wyraźne stępienie. Przez powłoki brzuszne widać rozdętą gazami jelita, od czasu do czasu uwydatniają się ruchy robaczkowe kiszek, wtedy chory uskarża się na ból, słychać również przelewania w kiszkach. W okolicy rany znajduję lekki obrzęk, bolesność, pod szwami ropę. Po zdjęciu szwów wypływa ropa nieczuchnąca. W izbie i około chorego rzadka na wsiu włościan czystość.

Oczyszczywszy starannie ranę na brzuchu z ropy za pomocą waty preparowanej, maczanej w roztworze kwasu karbolowego, wypełniłem całą ranę gazą jodoformową, watą i nałożyłem szeroki płócienny bandaż opasujący. Do wewnątrz przepisałem *tinct. opii s. cum aqua laurocer.* przeciwko wymiotom i bólowi. Dyjeta: mleko w małej ilości, wino.

Wiedząc o tem, że więcej do chorego wezwanym nie będę, zostawiłem gazę jodoformową, watę preparowaną i roztwór kwasu karbolowego, aby który z domowników zajął się codziennym opatrunkiem chorego, zaleciłem przytem jeszcze raz największą czystość.

Dnia 15 Listopada, przejeżdżając przez Biskupice, odwiedziłem chorego i znalazłem wtedy stan następujący: Gorączki nie ma; stolce codzienne; brzuch

umiarkowanie wzdęty, wszędzie odgłos wypukowy bębnowy, tylko z prawej strony pępka, gdzie wyczuwa się stwardnienie, bolesne przy dotykaniu, odgłos wypukowy tępy. Opatrunek dezynfekcyjny codziennie odbywa się. Rana pokryta piękną ziarniną. Malec wesoły, dobrze wygląda. Od czasu do czasu dokucza mu prędko przechodzący ból w brzuchu. Łaknienie dobre; pożywia się rosółem, mlekiem, bułkami, mięsem.

Wkrótce potem malec wstał. Obecnie jest zdrow.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę z tego względu, że gojenie się ciężkiej rany, drażącej do jamy brzusznej, miało przebieg pomyślny, co rzadko się zdarza na wsi u włościan z powodu złych warunków, wśród których chorzy pozostają. Powyżej zaznaczyłem, że od czasu mego pierwszego opatrunku, znalazłem w mieszkaniu i około chorego zadziwiającą czystość. Opatrunek dezynfekcyjny był dość ściśle wykonany, czemu bezwątpienia mam zawdzięczyć pomyślny rezultat mojej interwencji.

Rezultaty tak pomyślne, wobec zdumiewająco świetnych wyników ściślej przeciwności, otrzymalibyśmy w wiejskiej praktyce częściej, gdyby higieniczne warunki wszędzie były odpowiednie. Niestety, niejednen z prowincjonalnych lekarzy ma do zanotowania dość stosunkowo dużą odsetkę śmiertelności, czasami nawet po lekkich obrażeniach, pomimo najstaranniejszego stosowania metody przeciwności, li tylko skutkiem złych higienicznych warunków, wśród których chorzy pozostają.

Wobec takiego stanu rzeczy wszelka myśl polepszenia warunków bytu ubogiej włościańskiej i małomiasteczkowej ludności pod względem sanitarnym godną jest zaznaczenia. O ile nam wiadomo, zajmują się obecnie w Warszawie opracowaniem szeregu projektów dostarczenia najlepszej i najtańszej pomocy lekarskiej dla ubogiej włościańskiej ludności po wsiach i miasteczkach.

Ja z mojej strony pozwoliłbym sobie zwrócić uwagę na konieczność przeznaczania osobnych budynków w każdej, lub jednej z blisko położonych wsi, dla pomieszczenia tam ciężko chorych, lub takich, u których ma być stosowany ten lub ów rękoczyn chirurgiczny. Mowa tu naturalnie o takich chorych, którzy odpowiedniego mieszkania dla leczenia się nie mają.

Komu z lekarzy zdarzyło się być wezwanym do chorych mieszczących się w stajniach, krowiarniach, tak zwanych czworakach, lub nie do opisania brudnych chałupach, gdzie prócz znacznej liczby ludzi, znajdują się zarazem i domowe zwierzęta, i wśród najgorszych higienicznych warunków wykonywać dość stosunkowo ważne operacje, ten na konieczność urządzenia jakichkolwiek przytułków dla chorych włościan, bezwątpienia się zgodzi.

Opiekę nad takimi chorymi naturalnie należałoby powierzyć umyślnie do tego celu przeznaczonym i z pewnemi łatwiejszemi czynnościami obeznanym posługaczom lub posługaczkom. Tymczasem zaś w braku takowych, możnaby znaleźć wśród włościan takich ludzi, którym pod częstą kontrolą najbliższego lekarza opieka nad chorymi mogłaby być powierzona. *Jakób Puterman (z Koszyc).*

KORRESPONDENCYJA.

Szanowny Redaktorze!

Ponieważ w ostatniej korespondencji D-r ZWEIGBAUM powtarza się tylko i nic nowego nad to, co w N-rze 28 powiedział, nie dodaje, jeszcze więc raz odśełam Go do mej odpowiedzi w N-rze 30, widocznie bowiem zrozumieć jej nie chciał i dlatego uważał za stosowne jeszcze raz bez prawdziwej potrzeby się odezwać. Ja z mej strony uważając kwestyję za wyczerpaną, niniejszem korespondencyją swoją kończę.

Władysław Sękowski.

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

Z dziedziny chorób narządu trawienia z końca roku 1884; z roku 1885.

1) R. WEBER. *Zur Pathologie und Therapie der Lebercirrhose. Inaugural-Dissertation. Breslau. 1884.*

2) A. MENDIBOURE. *Contribution à l'étude de l'ictère spasmodique. Thèse. Paris. 1884.*

3) ALBERT DESCHAMPS. *Diagnostic et traitement du cancer de l'estomac. Paris. 1884.*

4) ENRIQUE de ARGAEZ. *Essai sur la dilatation adynamique de l'estomac (forme douloureuse) Thèse. Paris. 1884.*

5) LEON BOURDICHON. *Des paralysies dans le cours de la colique hépatique. Thèse. Paris. 1884.*

6) BERENGER-FERAND. *Nouvelles recherches sur le traitement du Taenia. Paris. 1885.*

7) G. ROUCH. *Applications de la méthode graphique à quelques points de la physiologie du gros intestin. Paris. 1885.*

8) LEOPOLD LANDAU. *Die Wanderleber und der Hängebauch der Frauen. Berlin. 1885.*

9) EDGAR FRHR. VON SOHLERN. *Die häufigsten Magenkrankheiten und deren Behandlung. Kissingen. 1885.*

10) J. SEURE. *Dyspésie et dyspeptiques. Étude pratique sur les maladies de l'estomac et des organes digestifs dans leurs rapports avec la dyspésie. Paris. 1885.*

11) OSER. *Die Neurosen des Magens und ihre Behandlung. Wien 1865. (Wiener Klinik V und VI).*

12) E. DESTREE. *Contribution à la thérapeutique des maladies de l'estomac. De l'emploi du lavage. Thèse. Bruxelles. 1885.*

13) L. STIENON. *Contribution à l'anatomie pathologique de l'ulcère de l'estomac; recherches faites au laboratoire d'histologie de l'Université de Bruxelles. Bruxelles. 1885.*

14) GEORG HUENERFAUTH. *Ueber habituelle Obstipation und ihre Behandlung mit Electricität, Massage und Wasser. Wiessbaden. 1885.*

1) Rozprawa WEBERA przedstawia bardzo dobrą kompilacyjną pracę, uwzględniającą najnowsze badania autorów francuzkich nad rozmaitego rodzaju postaciami przerostowej marskości wątroby. W rozprawie tej znajdujemy opis jedyne w swoim rodzaju, spostrzeganego na klinice wrocławskiej, przypadku marskości wątroby, powikłanej acetonemią, która się objawiała acetonowym zapachem wydechanego przez chorego powietrza i odczynem na aceton w moczu.

2) MENDIBOURE żółtaczkę spazmatyczną nazywa żółtaczkę, powstałą wskutek samoistnego tonicznego skurczu większych przewodów żółciowych. Że takie skurcze mają miejsce, i że wywołują żółtaczkę, tego dowiodły poszukiwania anatomiczne, które wykazały pierwiastki mięśniowe w większych przewodach żółciowych, i doświadczenia fizjologiczne, w których skurcze przewodów żółciowych wywoływano za pomocą drażnienia strumieniem elektrycznym. U ludzi żółtaczka spazmatyczna rozwija się wskutek silnych wrażeń duchowych, szczególnie zaś strachu. Rozprawa MENDIBOURE'a przedstawia pracę czysto kompilacyjną.

3) Dziełko DESCHAMPS'a, zawierające 146 stron druku, składa się z 2-ch części. W pierwszej części, zajmującej się rozpoznawaniem raka żołądka, autor poszczególnie rozbiera każdy objaw i przychodzi do wniosku, iż żaden z pojedyn-

czych objawów nie pozwala na pewne rozpoznanie tej choroby, a z drugiej strony zwraca uwagę na tę okoliczność, że w wielu przypadkach raka żołądka nie ma najważniejszych a nawet i żadnego z objawów uważanych zwykle za charakterystyczne dla tej ciężkiej choroby żołądka. W dalszym ciągu tej części DECHAMPS na zasadzie przytoczonych danych dowodzi, iż rozpoznanie raka żołądka nie może być oparte na teorii ROMMELAERE'a, ponieważ znaczne zmniejszenie ilości mocznika w dobowej wydzielinie moczu przytrafia się nietylko u chorych na raka żołądka, lecz i w innych chorobach tak tego jak i innych narządów. Z drugiej zaś strony w wielu przypadkach niewątpliwego raka żołądka autor stwierdził albo nieznaczne tylko zmniejszenie dobowej ilości mocznika, albo prawidłową jego ilość albo nawet wyższą niż w stanie normalnym. O znaczeniu braku odczynu na kwas solny w zawartości żołądka, u chorych dotkniętych rakiem żołądka, DESCHAMPS wyraża się bardzo pesymistycznie, lecz poglądu swego niczem nie usprawiedliwia, a z traktującego o tej kwestii rozdziału przekonywamy się, że autor ani własnych poszukiwań nie wykonywał, ani nie jest dokładnie obeznany z odnośną literaturą. W drugiej części dziełka, zajmującej się terapeutycznym i chirurgicznym leczeniem raka żołądka, nic nowego nie znajdujemy. Z całej pracy najważniejszy jest rozdział traktujący o teorii ROMMELAERE'a. Prócz tego opis licznych obserwacji i pośmiertnych poszukiwań dowodzi rzeczywistej trudności w rozpoznawaniu w wielu razach raka żołądka i możliwości pomyłek przy jaknajdokładniejszym badaniu klinicznym. Szkoda tylko, że DESCHAMPS zbyt małą zwrócił uwagę na odczyn na kwas solny w zawartości żołądka. Być może, iż w tym kierunku przedsięwzięte badanie uchroniłoby go od wielu rozpoznawczych omyłek.

4) W 76-cio stronicowej rozprawie ARGAEZ'a nie znajdujemy nic nowego. Opisuje on jedną z postaci rozszerzenia żołądka [rozszerzenie adynamiczne] tak jak to już przed nim uczynili inni autorowie francuzcy, np. G. SÉE i inni

5) BOURDICHON w swej kompilacyjnej 41-stronicowej rozprawie zebrał sześć obserwacji rozmaitych autorów, w których jednocześnie z kolką wątrobową lub wkrótce po ustaniu takowej występowały porażenia kończyn. W jednym przypadku rozwinęło się porażenie obu kończyn dolnych (*paraplegia*), w jednym przypadku porażenie całej prawej połowy ciała (*hemiplegia dextra*), a w czterech przypadkach porażenie prawej kończyny górnej (*monoplegia*). Zależność tych porażeń od kolki wątrobowej była widoczną, powstawały one bowiem jednocześnie lub wkrótce po ustaniu napadu kolki i ustępowały jednocześnie z takową lub też nie bardzo długo ją przetrwały. Porażenie prawej górnej kończyny we wzmiankowanych przypadkach uważa autor za bezpośrednie następstwo drażnienia nerwów wątrobowych, z którymi łączy się splot ramieniowy prawy. Porażenia zaś kończyn dolnych nie może inaczej objaśnić, jak na zasadzie teorii powstawania tak zwanych porażeń odruchowych.

6) Na zasadzie bardzo obszernej statystyki, obejmującej 1842 przypadki leczenia chorych na solitera, BERENGER-FERAND przychodzi do przekonania, iż najlepszym środkiem przeciw temu pasożytowi jest pelletierina [alkaloid z kory granatu]. Daleko gorsze wyniki daje odwar z kory granatu. Co się zaś tyczy skuteczności przetworów *cousso*, to w ogóle okazuje się ona daleko mniejszą niż skuteczność dwóch powyższych leków, w szczególności zaś tem lepiej *cousso* działa, im preparat jest świeższy, po kilku bowiem miesiącach traci on zupełnie swe własności czerwiegubne.

7) ROUCH badał u zwierząt, a w części i u ludzi, za pomocą metody graficznej [po opis używanych przez autora przyrządów odsyłamy do oryginału] ruchy i wogóle zachowanie się masy mięśniowej jelit grubych w warunkach normalnych i przy działaniu rozmaitych czynników drażniących. Nie możemy tutaj szczegółowo streszczać bardzo obszernej pracy autora [112 stron], bo na każdej niemal stronicy znajdujemy bardzo ważne fakty, ograniczymy się tylko na przy-

toczeniu najważniejszych wniosków. Podczas spokojnego wdechania, ciśnienie w kanale kiszek grubych zwiększa się o 1—3 ctm. Ciśnienie wewnątrzkiškowe ulega wahaniom izochronicznym z tętnem, co zależy od tętnienia właściwych naczyń kiszek i tętnic w sąsiedztwie się znajdujących. Pierwsze skurcze kiszek zjawiające się po okresie spoczynku są wogóle słabsze niż następne skurcze. Następujące po sobie skurcze danego odcinka kiszek grubych nie są jednakowe; różnią się one szczególnie pod względem czasu trwania fazy skurczu i spokoju, czas trwania obu tych okresów przedstawia stosunek 1—3. W kiszce ślepej, a daleko rzadziej w okrężnicy, spostrzegać się dają fazy nie zupełnego spokoju, lecz osłabionych skurczów, po których bezpośrednio następują daleko silniejsze skurcze. W jednym i tym samym odcinku przewodu kiškowego powstające skurcze różnią się pod względem siły i czasu trwania. Bardzo prędko następują one po sobie w kiszce ślepej, a daleko wolniej w odbytnicy. Siła skurczu kiški ślepej może dojść do 2,5 ctm. Hg.; występuje ona w stopniu daleko słabszym w innych częściach kiški grubej, a w odbytnicy podczas oddawania stolca jest ona jeszcze większą. Skurcze rozprzestrzeniają się z góry ku dołowi i mogą przejść przez cały przewód lub zatrzymać się w danym odcinku kiški grubej. W stanach prawidłowych nie bywa skurczów rozprzestrzeniających się z dołu ku górze [przeciwrobaczkowych], takowe występują tylko w stanach chorobowych. Drażnienie nerwów błędnych powoduje skurcze kiszek wskutek wstrzymania działalności serca; skurcze nie powstają jeżeli nerw został sparaliżowany przez atropinę. Muskaryna, działając hamująco na serce, powoduje również skurcze. W ten sposób działa również ucisk aorty, śmiertelne krwotoki i przeszkody w krwiobiegu żylnym. Woda działa na kiški jako bodziec termiczny, woda niskiej ciepłoty wywołuje zwiększenie ciśnienia wewnątrz kiškowego i nieprawidłowe skurcze. Środki czyszczące solne nie powodują skurczów, lecz przekrwienie i stan nieżytowy. Środki czyszczące drastyczne wywołują skurcze nie zwiększając ich siły, lecz prędkość w rozprzestrzenianiu się. Olej krotonowy powoduje nieprawidłowe bolesne skurcze. Zapalenie otrzewnej spowodza porażenie kiszek. Nikotyna wywołuje z początku długotrwałe skurcze, po których następuje szereg prędkich skurczów. Muskaryna powoduje skurcze bardzo gwałtowne. Pilokarpina pobudza ruchy kiszek, atropina zaś paraliżuje je. Chloroform i chloral powodują porażenie kiszek. Bóle kiszek, czyli kolka powstaje jednocześnie ze skurczem i postępuje przez wszystkie fazy takowego; natężenie kolki jest w prostym stosunku do siły ciśnienia wewnątrz kiškowego wywołanego przez skurcze. Największe ciśnienie wywołane przez skurcze podczas kolki wynosi 6 do 7 ctm. Hg. i odpowiada chwili największego bólu. Czas trwania skurczu wynosi średnio 40'—1'. Rozciągnięcie kiški samo przez się nie wywołuje kolki, która powstaje dopiero wówczas, gdy przez rozciągnięcie podrażniona kiška ulegnie skurczowi. Do wydalania z kiszek nazewnątrz płynów i gazów przyczyniają się jedynie tylko skurcze przewodu kiškowego. Wydalanie stałych ekskrementów odbywa się w ten sposób w warunkach chorobowych, skoro czynność muskulatury kiszek zostanie nad miarę pobudzona, w zwykłych zaś warunkach wydalanie stałych ekskrementów wymaga nadto udziału woli [wpływ na tłoczną brzusną]. Ciśnienie wewnętrzne kiškowe podczas oddawania stolca wynosi 20 ctm. Hg.. Kiška gruba daje się bardzo rozciągnąć. Kiška prosta rozciąga się prędzej, niż okrężnica. Kiškę grubą bardzo trudno rozerwać. Rozerwanie następuje najczęściej w kiszce ślepej lub w prostej, u psa ma to miejsce przy ciśnieniu 35 — 40 ctm. Hg. Największy opór pęknięciu przedstawia błona śluzowa, włókna bowiem wchodzące w skład błony mięśniowej bardzo łatwo się rozstępują.

8) Dzieło LANDAU'a o wątrobie wędrującej stanowi, rzecz można, jedyną temu przedmiotowi poświęconą obszerniejszą pracę. Ze wstępu tego nader poważnego dzieła dowiadujemy się, że zmiany w położeniu wątroby nie są tak rza-

dkie, jak to się powszechnie lekarzom wydaje. Pierwszy rozdział poświęca autor historycznemu rysowi nauki o wątrobie wędrującej i literaturze tego przedmiotu, obejmującej dotychczas 23 prace w różnych pisane językach. Ze statystyki przez LANDAU'a zebranej widać, że przed nim opisano już 31 przypadków wątroby wędrującej, z których 27 spostrzegano u kobiet, a 4 tylko u mężczyzn. W końcu pierwszego rozdziału autor krytycznie ocenia dotychczasowe hipotezy, mające służyć do objaśnienia sposobów powstawania zmian w położeniu wątroby. W rozdziale drugim LANDAU opisuje położenie anatomiczne wątroby i stosunki jej do sąsiednich narządów, jako też wielkość, ciężkość, postać i zbitość tego największego w ustroju gruczołu. W opisie tym anatomicznym opiera się głównie na pracach LUSCHKI, HIS'a, SAPPET'a, FRERICHS'a, SOEMMERING-HUSCHKE'go, CRUVEILLHIER'a i BRAUNE'go. W rozdziale tym LANDAU zwraca uwagę na następujące fakty: a) że wątroba za życia jest daleko cięższą niż po śmierci, mianowicie o $\frac{1}{4}$ całego swego ciężaru, bo za życia zawiera ona dużo krwi i b) że gruczoł ten za życia jest bardzo miękki, o czym nawet przybliżonego nie można mieć pojęcia, sądząc po zbitości wątroby u trupów. Z powodu tej miękkości wątroby sąsiedztwo rozmaitych narządów przyczynia się do wytworzenia jej postaci, a obecność w jamie brzusznej znaczniejszej ilości płynu wpływa na zmniejszenie jej objętości. W rozdziale trzecim LANDAU zastanawia się nad sposobami przyczepienia wątroby w stanie prawidłowym, dzieląc je na bezpośrednie i pośrednie. Do pierwszych, prócz więzów (*lig. suspensorium*, *lig. coronarium*, *lig. triangularia*, *lig. gastro-hepaticum*, *lig. hepatico duodenale*, *lig. hepatico-renal*, *lig. hepatico-colicum*), które mniej lub więcej silnie wątrobę w miejscu utrzymują, zalicza mocne połączenie wątroby z żyłą główną dolną, która ze swej znowu strony jest mocno przytwierdzoną do stosu kręgowego i do serca, tak iż nie tylko żyła główna dolna, lecz i serce stanowi dla wątroby punkt przyczepu. Do pośrednich sposobów umocowania wątroby na miejscu LANDAU zalicza:

1) Ujemne ciśnienie w klatce piersiowej [elastyczność płuc], sprawiające wciąganie przepony i wytworzenie wklęsnięcia w takowej, w której to wklęsłości umieszcza się przyczepiona do przepony wątroba.

2) Przyczepienie przepony do osierdza jako też do śródpiersia (*mediastinum*) przedniego i tylnego.

3) Narządy brzuszne pod wątrobą się znajdujące i przytwierdzone za pomocą więzów [resp. kręzek], przy prawidłowo mocnej ścianie brzusznej, stanowią podporę na której opiera się wątroba. Ta ostatnia dlatego nie może się opuszczać w dół jamy brzusznej, że takowa jest w stanie prawidłowym całkowicie przez trzewa wypełniona, a ciężar właściwy wątroby z drugiej strony jest mało co większym od ciężaru innych narządów [rozumie się wraz z ich zawartością] w jamie brzusznej się znajdujących. Ten ostatni punkt stanowi według autora główną przyczynę, dla której, przy nienaruszonej ścianie brzusznej, wątroba ku dołowi się nie opuszcza, powyżej zaś wzmiankowane przyczyny nie są zdolne, same przez się, do utrzymania wątroby we właściwym jej miejscu. W rozdziale czwartym, autor zwraca uwagę na mało znaczące zmiany w położeniu wątroby w stanie prawidłowym. Przy długim głodzeniu wątroba opuszcza się ku dołowi, bo żołądek i kiszkę mniejszą przestrzeń w jamie brzusznej zajmują. Przy wzdęciu kanału żołądko-kiszkowego, wątroba dość znacznie podnosi się ku górze. Przy wdechaniu i wydechaniu wątroba już to nieco się opuszcza, już też przyjmuje poprzeczne położenie; w każdym razie powstałe w tych warunkach opuszczanie się gruczołu jest bardzo nieznaczne, gdyż wynosi nie więcej nad 1—1,5 ctm. Cięża nie wywiera wpływu na położenie wątroby. Rozdział piąty traktuje o chorobowych zmianach w położeniu wątroby. Narząd ten może, w zwykłym swym miejscu, zmienić położenie w około jednej ze swych osi, a z drugiej strony może on zmienić swe umiejscowienie (*dislocatio*). Pierwsze zmiany autor oznacza nazwami: 1) *Anteversio hepatis*, gdy wątroba obraca się około poprzecznej osi, ku przodowi,

tak, że większa część wypukłej jej powierzchni przychodzi do bezpośredniego zetknięcia z przednią ścianą brzucha. Ma to miejsce przy zbyt mocnem sznurowaniu się, przy noszeniu ciasnych gorsetów, przy *kyphoscoliosis*, jakoteż przy dostaniu się gazów lub wysięków pomiędzy wątrobę i przeponę. Opukiwanie w tych razach do mylnych prowadzi wniosków, na zasadzie takowego zdaje się, iż objętość wątroby jest zwiększoną. 2) *Retroversio hepatis*; gdy wątroba obraca się około poprzecznej osi ku tyłowi, wtedy wypukła jej powierzchnia na mniejszej przestrzeni styka się z przednią ścianą brzuszną i piersiową; bywa to przy zebraniu płynu w jamie otrzewnej i przy wzdęciu; opukiwanie mylnie w tych razach wykazuje zmniejszenie objętości wątroby. 3) *Rotropositio hepatis*, gdy zmniejszony narząd [żółty zanik, marskość] opada ku tyłowi i pokrytym z przodu zostaje przez kiszki. 4) Położenie ukośne, gdy jeden z płatów wątroby zmienia miejsce swego położenia.

Co się tyczy zmian w położeniu wątroby w przestrzeni jamy brzusznej to LANDAU rozróżnia: zmiany stałe w umiejscowieniu wątroby i wątrobę ruchomą, czyli wędrującą. Stałe zmiany w umiejscowieniu wątroby powstają wskutek zmniejszenia się dolnej części jamy klatki piersiowej, w prawej *kyphoscoliosis*, w rozedmie płuc, w odmie piersiowej (*pneumothorax*), w wysiękach opłucnej, w wysiękach osierdzia, w rozroście serca i t. d.. W tych razach wątroba stale się opuszcza. Stałe wyższe położenie zajmuje wątroba przy zwiększeniu zawartości jamy brzusznej wskutek zebrania się płynu w otrzewnej, guzów jajników i macicy, nagromadzenia się kału i t. d.. Inaczej się rzecz ma, jeżeli zwiększy się zawartość jamy brzusznej pomiędzy wątrobą i przeponą [bąblowce na wypukłości wątroby, guzy nadnerczy, otorbione podprzeponowe wysięki otrzewnej i t. d.], w tych razach wątroba stale opuszcza się ku dołowi. Przyczyny powstawania wątroby wędrującej są, według autora, następujące:

1) Nagłe wstrząśnienie traumatyczne, które rozciągają a nawet rozrywają więzy wątrobowe.

2) Częste i silne wstrząśnienia przy mocnym kaszlu, kichaniu, śmiechu i t. p..

3) Najważniejszą przyczynę stanowi zwiększenie objętości jamy brzusznej, które bywa względne, w przepuklinach, wypadnięciu macicy i pochwy, w schudnięciu *resp.* zniknięciu tłuszczu z sieci i t. p., lub bezwzględne, wytwarzające się w tych razach, w których jama brzuszna jest rozszerzoną przez jakąś zawartość, a ta ostatnia sztucznie lub naturalnie zostanie usuniętą, wówczas jama brzuszna może się nie zmniejszyć i pozostaje tak zwany brzuch obwisły [*Haengebauch*] wskutek zmian w samej ścianie brzusznej. Temu ostatniemu przedmiotowi autor poświęca rozdziały, szósty i siódmy. LANDAU kładzie na to nacisk, żeby odróżniać „duży brzuch“ od „brzucha obwisłego.“ Nie każdy duży brzuch jest brzuchem obwisłym, jak z drugiej nie każdy brzuch obwisły odznacza się dużymi rozmiarami. Duży brzuch wskutek wzdęcia, zebrania się płynu w otrzewnej, wskutek guzów, cięży, stłuszczenia narządów brzusznych, zgrubienia ściany brzusznej i t. p., odróżnia się od brzucha obwisłego bardziej okrągłą postacią i zachowaniem jednakowego kształtu zarówno w położeniu chorego stojącym jak i leżącym. Brzuch obwisły przy stojącym położeniu chorego u góry jest spłaszczony, dolna zaś część zwiesza się ku spojeniu łonowem, po pod takowe, a nawet niekiedy dosięga aż do kolan. Przy położeniu leżącym brzuch taki zupełnie się spłaszcza.

Co się tyczy przyczyn i sposobu powstawania brzucha obwisłego, to najważniejszym tutaj momentem jest rozciągnięcie i osłabienie z utratą elastyczności ściany brzusznej. Taka utrata elastyczności dotyka ścianę brzuszną po wyniszczających gorączkowych chorobach, u osób małokrwistych i blednicowych, najczęściej zaś powstaje wtórnie, wskutek nadmiernego rozciągnięcia ściany brzusznej w następstwie uprzednich chorób, lub przez powiększoną przy ciąży macię. Do zmian chorobowych, które po usunięciu pozostawiają brzuch ob-

wisły należą długotrwała obecność znacznej ilości przesięku w otrzewnej i guzy jamy brzusznej. Najczęstszą jednak przyczyną brzucha obwisłego jest ciąża, szczególnie wielokrotna. Rozciągnięta nad miarę ściana brzuszna może po porodzie nie skurczyć się należycie, wskutek osłabienia położnicy, wskutek zbyt wczesnego wstania z łóżka, zbyt wczesnej pracy fizycznej, wzdęcia brzucha i t. p. i powstaje w ten sposób brzuch obwisły. Po każdym porodzie ściana brzuszna jest mniej lub więcej rozciągniętą, lecz nie w takim stopniu aby się nie mogła skurczyć, nie po każdym porodzie pozostaje brzuch obwisły. Następstwa takiego zwiotczenia ściany brzusznej, łatwe są do przewidzenia. Przedewszystkiem zmieniają położenie kiszki, opuszczając się ku dołowi, szczególnie w położeniu stojącym chorej; często się zdarza, iż prawie wszystkie kiszki wpadają do wytworzonego przed spojeniem łonowem worka, którego dno niekiedy aż do kolan sięga, krótki bowiem, już to pod wpływem ciężaru kiszek, już też wskutek tychże samych przyczyn, rozciągają się i tracą swą elastyczność. Szczególnie ważnem jest opuszczanie się w tych razach w kształcie łuka poprzecznicy, która, jakśmy to już mówili, stanowi nie małej wagi podporę dla wątroby. To też ta ostatnia, z przyczyn powyżej wymienionych i z powodu zwiększenia jamy brzusznej, często w tych razach zmienia swe położenie, a mianowicie: albo się opuszcza ku dołowi w całości lub jednym tylko zrazem, albo posuwa się ku jednej lub drugiej stronie, albo też obraca się w około jednej ze swych powierzchni. Najczęściej takie zmiany w położeniu wątroby jedne z drugimi się łączą, wskutek czego powstaje opuszczenie i jednoczesny obrót wokoło jednej z powierzchni, lub opuszczenie i przybliżenie się wątroby do jednego lub drugiego boku i t. d.. Stopień ruchomości przemieszczonej wątroby bywa bardzo różny. Wskutek opuszczenia się wątroby, powstaje próżne miejsce pomiędzy nią i przeponą, a ponieważ taka próżnia wcale w ustroju istnieć nie może, przeto albo opuszcza się też ku dołowi prawa połowa przepony, wskutek czego powstaje miejscowa rozedma dolnej części prawego płuca; albo na miejsce opróżnione wstępuje żołądek i kiszki; albo też zapadają się w to miejsce żebra, odstępy międzyżebrowe znikają i tworzy się w odpowiednim miejscu kręgosłupa lordoza, skutkiem czego wspomniana przestrzeń znacznie się zwęża. Z powyższego łatwo zrozumieć dla czego brzuch obwisły i ruchomą wątrobę bezporównania częściej napotyka się u kobiet niż u mężczyzn. Ponieważ w tych razach i dno miednicy również ulega rozciągnięciu i osłabieniu przeto zazwyczaj jednocześnie spostrzegamy u kobiet zmiany w położeniu narządów płciowych wewnętrznych. Objawy brzucha obwisłego i ruchowej wątroby, opisuje LANDAU w rozdziale ósmym. Do takowego zalicza ze strony układu nerwowego: melancholiczny nastrój ducha [z powodu odczuwanych przez chorą ruchów wątroby], rozmaite uczucia bolesne w brzuchu, uczucie przepełnienia, uczucie jakby jakiegoś ciężkiego ciała obcego, niektórym chorym się zdaje, jakby się jakaś żywa istota w brzuchu poruszała; skarżą się one często na ból w prawej łopatce i pomiędzy łopatkami, na ból w dołku podsercowym i w lewym podżebrzu. Wszystkie te bolesne uczucia wzmagają się w położeniu stojącym, jak również podczas chodzenia i przy wszystkich ruchach cielesnych; zmniejszają się zaś w spokoju, w położeniu leżącym szczególnie na prawym boku. Skoro chora długo pozostaje w położeniu stojącym, wówczas dolegliwości w górnej części brzucha dochodzą do znacznego stopnia napięcia, powstają silne odbijania, wymioty, skłonność do zemdlenia, chora wtedy zmuszoną jest położyć się, przez co napad szybko przechodzi. Powyżej wzmiankowane dolegliwości zależą od rozciągania i targania gałązek nerwowych znajdujących się w rozmaitych więzach, jakoteż od drażnienia pni nerwowych spłotu lędźwiowego i krzyżowego. Objawy ze strony przewodu pokarmowego zależą od przemieszczenia żołądka i kiszki i powstających wskutek tego czasowych zgięć i zwężeń kanału pokarmowego. Te ostatnie wydarzają się najczęściej w miejscach silniej przytwierdzonych, mianowicie: 1) w części odzwiertniczej żołądka, 2) przy przejściu kiszki częściej w dwu-

nastręce, 3) przy połączeniu kieszki cienkiej z mocno przytwierdzoną częścią kieszki ślepej 4) w lewym zgięciu okrężnicy (*flexura coli sinistra*), 5) rzadziej w prawym zgięciu okrężnicy (*flexura coli dextra*). W następstwie tych czasowych często się powtarzających zwężeń, rozwija się rozszerzenie żołądka i powstaje silne zaparcie stolca ze wszystkimi tych stałów skutkami. Lecz nie tylko z powodu powyżej wymienionych przyczyn powstaje zaburzenie w czynności przewodu pokarmowego, osłabienie ściany i zwiększenie pojemności jamy brzusznej prowadzi do rozdęcia kiszek przez gazy, do osłabienia ruchu robaczkowego *resp.* zaparcia stolca i znacznego utrudnienia sprawy oddawania stolca. Te, z początku czynnościowe zaburzenia w przewodzie pokarmowym wywołują z czasem rozwój uporczywych żołądko-kiszkowych nieżyków. Do zaburzeń w narządzie trawienia należy również zaliczyć żółtaczkę, prostowanie której autor tłumaczy rozciąganiem i ścięciem więzu dwunastniczo-wątrobowego (*lig. hepatoduodenale*) przyczem zwęża się przewód żółciowy wspólny (*ductus choledochus*). Ponieważ te ostatnie zaburzenie zwykle jest tylko krótkotrwałem, mianowicie trwa ono póty póki chora stoi, przeto częściej niż prawdziwą żółtaczkę spostrzegamy nieznaczne zażółcenie białkówki oczu i odpowiednią zmianę cery twarzy. Wskutek utrudnionego odpływu żółci, kurcze pęcherzyka żółciowego wywołują niekiedy napady kolki wątrobowej. [D. n.]

DZIAŁ SPKAWOZDAWCZY.

41. Beschorner. O gorączce siennej i jej leczeniu. (*Ueber Heufieber und dessen Behandlung. (Vortrag gehalten in der „Gesellschaft für Natur und Heilkunde zu Dresden.“ am 7 und 14 November 1855 Dresden 1886. Pag. 34).*)

Sienna gorączka nie jest chorobą tak rzadką, jak ogólnie mniemają. Znaną była ona oddawna, gdyż nazwisk jej wynalazł autor w różnych czasach i krajach około 50, zatrzymuje jednak powyższe jako najodpowiedniejsze. Określa ją tak: Gorączka sienna jest to nieżytowe zapalenie łącznicy, błon śluzowych nosa i górnych dróg oddechowych, spowodowane pyłem kwitnących roślin, osobiście traw. Powtarza się ona rokrocznie prawidłowo powracającymi napadami, przyczem są zaburzenia stanu ogólnego: lekka gorączka, niekiedy dość groźne objawy astmatyczne z zejściem jednak zawsze pomyślnem.

Ogromną wartość rozprawy tej stanowi przytoczenie całej literatury przedmiotu od najdawniejszych czasów aż do zeszłego roku. W głównych zarysach znajdujemy tam treść wszystkich prawie prac traktujących o tem cierpieniu; nieco obszerniej streszczonem jest dziełko Ph. PHOEBUS'a [1859], a jeszcze szczegółowiej Ch. H. BLACKLEY'a z Manchester [1873], który robił wiele doświadczeń z pyłem roślin.

Dalej następują osobiste zapatrywania się autora na tę chorobę jej etylogiję, przebieg, leczenie i t. d..

Przyczyny dzieli na usposabiające i wywołujące. Z tych ostatnich, pomijając prawie zupełnie inne, uwzględnia pył roślin (*pollen*), opisuje go szczegółowo, wylicza rośliny najczęściej wywołujące gorączkę sienną; jednym słowem występuje jako gorący zwolennik tego poglądu [wprost przeciwnie jak HACK].

Przebieg i objawy zależą od postaci pod jaką cierpienie występuje: nieżytową, czy też nieżytowo-astmatyczną. Pierwszej formy początek zwykle nagły, bez zwiastunów: nagle silne swędzenie w nosie, palenie i swędzenie w wewnętrznych kątach ocz, kichanie, obfity wpływ z nosa, łzawienie, obrzęk błony śluzowej nosa. Gdy choroba przechodzi w drugą formę, zjawiają się napady dusznicy albo nagle albo stopniowo po uprzednim nieżytowym zajęciu

skrzeli. Napady zdarzają się zwykle dniem, a nie nocą, jak przy zwykłej dusznicy. Napady te uważać należy jako zjawisko zwrotne z błony śluzowej nosa [obrznienie błony śluzowej]. Przy tej formie cierpienia zwykle bywa kaszel, przy pierwszej prawie nigdy.

Leczenie powinno zadość uczynić następującym wskazaniom:

1) Znieść ogólne usposobienie *resp.* idyjosynkrazyję, 2) samą chorobę zwalczać usuwaniem szkodliwych wpływów, 3) oddzielne, a nadewszystko dusznicowe napady złagodzić *resp.* skrócić. Poczem wyliczone są wszystkie środki i rękoczyny lekarskie w tym celu używane. W końcu wnioski autora.

Gorączki siennej nie można uważać za chorobę samodzielną, swoistą.

Uważać ją należy jako cierpienie, mające podstawę w dziedzicznym lub nabytem usposobieniu nerwowem lub idyjosynkrastycznym, względem pewnych roślinnych płynów. Wybuchowi choroby wysoce sprzyja, jeżeli nie wprost wywołuje nawet, stan patologiczny nosa.

Jakkolwiek nasze dotychczasowe środki nie wystarczają do skutecznego przeciwdziałania owej idyjosynkrazyi, której natura jest nieznana, często jednak są w stanie zmniejszyć uspasabiającą nerwowość. Odpowiedniemi leczeniem, bądź lekarstwami, bądź chirurgicznem [galwanokaustyką], jesteśmy często w stanie znakomicie złagodzić dokuczliwe objawy formy nieżytowej, a niezdolność napady formy nieżytowo-dusznicowej na dłuższy czas usunąć.

Władysław Wróblewski.

42. Hack. O nieżycie jesiennym i gorączce siennej.

Podług pracy amerykańskiego lekarza D-ra M. WYMAN'a, istnieją w Stanach Zjednoczonych dwie różne, rok rocznie powracające formy nieżyty. Jedna zaczyna się w Maju i trwa do końca Czerwca i odpowiada postaci znanej w Europie pod nazwą „gorączki siennej.”

Mniej uwzględnianą, jednak nierzadką jest druga postać: „nieżyt jesienny,” ta zaczyna się w drugiej połowie Sierpnia lub na początku Września i trwa do końca tego miesiąca

Objawy chorobowe są: zatkanie nosa, kichanie, wodnista wydzielina z nosa, silne swędzenie w wewnętrznych kątach oczu; później następują [często przy wysokiej gorączce] napady migreny, silne, połączone ze światłowstrętem, nastrzyknięcie naczyń i łącznicy, męczący kaszel, napady astmy.

D-r WYMAN zaznacza, iż są w Ameryce miejscowości zupełnie wolne od tego cierpienia, że zmiana miejsca pobytu uwalnia od niego, nakoniec, że w Europie cierpienie to zupełnie nie istnieje.

Temu to ostatniemu pogładowi zaprzecza HACK w swojej pracy.

Przytacza on historię choroby Niemca, który nigdy nie był w Ameryce, a jednak w ciągu 22 lat, zawsze jesienią przechodził podobny typowy nieżyt ze wszelkimi jego następstwami. Na zasadzie tego przypadku mówi autor: „i w naszych stronach zdarza się typowo powracający nieżyt, który nie jest związanym z okresem kwitnienia traw.”

HACK nie podziela poglądu, jakoby cierpienia te wywoływane być miały wyłącznie pyłem kwitnących roślin. Opisuje przypadki, gdzie choroba ta powodowaną bywała innemi przyczynami: np. wyziewami królików, przy sekcji *Ascaris dis megaloccephalae* [pasożyt konia]. Nawet D-r WYMAN wyzuaje, iż widział je na skutek wyziewów zwierzęcych: krów, kotów, psów i t. p.. Często spotykano cierpienie to na okretach, gdzie pyłu roślin nie ma [chyba w fałdach żagli, jak utrzymuje MACKENZIE].

Kilka spostrzeżeń z praktyki własnej HACK'a dowodzi, iż taki sam nieżyt typowy spostrzegał on podczas miesięcy zimowych, np. po balach, koncertach i t. d. i w ogóle w okolicznościach, gdzie mowy być nie mogło o pyłe roślinny. A zatem nazwisko „Gorączka sienna” jest zupełnie niewłaściwem, nie tylko bowiem pył siana *resp.* roślin, lecz i każde inne podrażnienie wywołać może też same ob-

jawy, gdy trafi na odpowiedni grunt. Gruntu tego szukać należy w osobiwej drażliwości zakończeń nerwowych błony śluzowej nosa i nerwu węchowego, następstwem jej bywa przepełnienie ciał jamistych. Drugim ważnym czynnikiem jest łatwe, samo przez się, obrzmiewanie ciał jamistych nosa, przez co wrażliwość błony śluzowej jest podtrzymywana. Ta łatwość obrzmiewania w wielu zapewne razach bywa powodowaną przez wzmoczenie całej działalności odruchowej, na podstawie odpowiedniego usposobienia nerwowego.

Bardzo jest bowiem prawdopodobnem, że pod wpływem neurastenii działalność odruchowa ośrodków naczynioruchowych bywa wzmoczoną, w skutek tego czynniki ogólne osłabiające i przygnębiające układ nerwowy [np. wpływ gorąca] mogą wzmódz i tak już zwiększoną działalność odruchową.

Ztąd też łatwo pojąć, iż wpływ wzmacniający nerwy, np. pobyt nad morzem lub w górach, wystarcza do zmniejszenia lub przerwania choroby. Ztąd i owa *immunitas* pewnych okolic D-ra WYMAN'a.

Za wycichnięciem skazaniem nerwowem przemawia to, że większość osób, które peryodycznie cierpią na owe nieżyty, i w przestankach mają dolegliwości tego rodzaju, które każą przypuszczać pewną nadczułość błony śluzowej nosa [nadmierne kichanie, migrena i t. d.]. Dalej opisuje HACK przypadek, gdzie z powodu ciągłej migreny, usunął z nosa przerosty polipowe i uwolnił osobę od napadów t. z. gorączki siennej [o istnieniu których nie wiedział], trapiących ją dotąd w ciągu lat 18 co wiosnę.

Kończy autor zapowiedzią dalszych obszerniejszych prac o tym samym przedmiocie.

Władysław Wróblewski.

43. Grancher. Siła ochronna szczepień wścieklizny w porównaniu do ospy i karbunkułu.

W Czerwcu na wystawie higienicznej w Paryżu prof. GRANCHER miał odczyt: „o ochronnem szczepieniu wścieklizny metodą PASTEUR'a“ z którego podajemy ustęp o sile ochronnej szczepień ospy, karbunkułu i wścieklizny. Według statystyki MAC-CAMBE przy ospie przed zaprowadzeniem szczepienia, śmiertelność wynosiła 50%, obecnie wynosi tylko 2,3%; siła zatem szczepienia ochronnego ospy da się wyrazić $\frac{50}{2,3} = 21,7$. Ze sprawozdań weterynarzy [a sprawozdań tych było przeszło 200] widać, że karbunkuł pochłania 12% ofiar nieszczepionych, gdy tymczasem szczepionych tylko 0,5%; a zatem siła szczepienia ochronnego karbunkułu wynosi $\frac{12}{0,5} = 24$. Nakoniec przy wściekliznie według LEBLAUE'a i PASTEUR'a przed zastosowaniem szczepień ochronnych, śmiertelność wynosiła 16%; obecnie wynosi 0,7%, czyli że siła ochronna szczepień równa się $\frac{16}{0,7} = 22,85$. Widzimy zatem, że siła ochronna szczepień powyższych trzech chorób jest prawie jednakowa.

O. Bujwid.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Przegląd lekarski, Nr 34. SCHRAMM. Wypłowanie szczęki górnej. Zastosowanie uciskadła MIKULICZA. — BLUMENSTOK. Śmierć gwałtowna z uduszenia czy naturalna?

Medycyna Nr. 34. DOBISZEWSKI. Leczenie krwotoków biernych zdrojami glaubersko-solnemi marienbadzkimi. — BIEGAŃSKI. O rokowaniu w zapaleniu płuc włóknikowem.

NADESŁANO DO REDAKCYI:

JÄGER [Hörmac STEINHAUS] Węlniarstwo. Warszawa. 1886.

Do dzisiejszego N-u Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł lekarskich“ księgarni E. Wendego i S-ki za miesiąc Lipiec 1886 — a dla prenumeratorów prowincjonalnych bezpłatnie 1-szy numer pisma „Wiadomości Lekarskie“.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Доводено Ценаурою Варшава 14 Августа 1886 г. Друк K. Kowalewskiego Królewska. Nr. 29.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

W ciągu roku bieżącego opuści prasę dzieło pod tytułem:

TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wyniesie Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem będzie tańszą od oryginału niemieckiego. Przedpłatę można nadsyłać do Wydawcy Gazety Lekarskiej. Marszałkowska 119. 0—2

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku dzieło pod tytułem:

PSYCHIJATRYJA,

czyli nauka o chorobach umysłowych,
oryginalnie napisana przez

D-ra Med. Rothego

Naczelnego lekarza Zakładów dla Obłąkanych w Warszawie.

Autor, znany jako gorliwy pracownik na polu psychiatrii, mając na względzie studentów, prawników, oraz szerokie koło lekarzy praktyków, napisał dzieło, mogące zaspokoić wszelkie wymagania lekarzy praktyków, tak pod względem rozpoznawania, jako też pod względem leczenia chorób umysłowych. Dzieło zawiera 18 arkuszy druku.

Cena Rs. 1 kop. 80, z przesyłką Rs. 2.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119. 0—1

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku nakładem „Gazety Lekarskiej” dzieło pod tytułem:

CHOROBY SERCA

D-ra OSKARA WIDMANA

prymariusza szpitala powszechnego we Lwowie.

Dzieło to opatrzone licznymi drzeworytami w tekście zawiera 24 arkusze druku,

Cena dzieła wynosi rs. 3., z przesyłką rs. 3 kop. 30.

Nabywać można u wydawcy „Gazety Lekarskiej”

MARSZAŁKOWSKA 119. 0—1

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIIA

professorów Notnagel'a i Rossbach'a

Cena dzieła wynosi Rs. 6, z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich księgarniach. 0—1

Доводено Ценаурою Варшава, 14 Августа 1886 г., Друк К. Ковалевскаго. Królewska. Nr. 29.