

GAZETA LEKARSKA

I. Dyagnostyczne i prognostyczne znaczenie stosunku ciepłoty ciała zewnętrznej do wewnętrznej w stanie patologicznym.

Napisał

dr Józef Poczobut [w Łucku na Wołyniu].

Powodem do rozpoczęcia pracy, zamieszczonej w nagłówku, były 3 przypadki chorobowe, spostrzegane przeze mnie różnymi czasy, a które w krótkości niżej podaję.

I. Około 6-u lat temu spostrzegałem przypadek zaniedbanego twarzowego położenia u wieloródki młodej, u której doświadczony stary akuszer, nie mogąc wydobyć kleszczami główki, zrobił nareszcie obrót na nóżki i z nadzwyczajnym wysiłkiem wydobył nieżywe już dziecko; rodząca pozostawała w głębokim uśpieniu przeszło godzinę. Na 2-i dzień wystąpiło wzdęcie brzucha i niewielki ból na wysokości dna macicy, położonej wysoko ponad pępkiem; ból ten przypisywaliśmy uciskowi ręki operatora, brak zaś dreszczy, wymiotów, czkawki i podniesionej ciepłoty [37,0° do 37,5° pod pachą] utrudniał nasuwające się rozpoznanie zapalenia otrzewnej, które na 3-i dzień zostało potwierdzone po odbytej naradzie z kolegami, gdyż wtedy nie brakło już żadnego objawu, właściwego zapaleniu otrzewnej, oprócz ciepłoty, która pod pachą nie dochodziła ani razu do 38,0°; wtedy zacząłem zakładać termometr do kiszki prostej, gdzie otrzymywałem 39,5°—40,0°. Chora zmarła 4-go dnia po rozwiązaniu. Analizując ten przypadek już po śmierci chorej, doszedłem do wniosku, że wzdęcie brzucha i wysokie ułożenie macicy po porodzie zależały od pęknięcia jej podczas obrotu, potem dopiero przyłączyło się zapalenie otrzewnej septycznego charakteru, na co wskazywała wysoka ciepłota wewnętrzna.

II. Następnie w 1902 r. podczas kursów wakacyjnych dla lekarzy-praktyków w klinice położniczej prof. JORDANA, prowadzonej wtedy przez prof. ROSNERA

widziałem również nierozpoznany za życia przypadek pęknięcia macicy przed ukończeniem porodu: wieloródka przybyła w nocy do kliniki z rozpoczętym porodem, ujście maciczne dostatecznie rozwarte, główka ustawiona nad wejściem do miednicy, cokolwiek zwężonej; rodząca skarży się na stały ból po środku brzucha, miewa wymioty; brak widocznych skurczów porodowych. Po ustaleniu główki nad wejściem, w znieczuleniu chloroformowem wydobyto ją kleszczami i postawiono rokowanie dobre. Na 2-i czy 3-i dzień przy wizytacji ogólnej położnic na sali, znaleźliśmy stan chorej względnie dobry, macica jednak pozostała słabo skurczoną i wysoko ponad pępkiem ułożoną, chora skarży się na ten sam ból w okolicy macicy, którego doświadczała i przed operacją kleszczową; ciepłota pod p. 37,5°, po zmierzeniu zaś w kiszce prostej okazało się 38,5°; wtedy przyszła mi na myśl chora, opisana pod № 1. Jakoż następnego dnia, 3-go czy 4-go po rozwiązaniu nastąpiła nieoczekiwana śmierć, a dokonana sekcya stwierdziła pęknięcie macicy. Jestem pewny, że gdyby zwrócono uwagę na ustanie skurczów porodowych, na obecność wymiotów i stałego bólu w okolicy macicy, odmiennego od zwykłych bólów porodowych, a następnie, gdyby zmierzono w podobny sposób ciepłotę ciała zewn. i wewn.— wtedy zbyt wysoka różnica jej, wynosząca cały stopień, łącznie z wymienionymi objawami, nasunęłaby podejrzenie na pęknięcie macicy i naprowadziła na drogę operacyjną celem uratowania życia chorej.

III. Nareszcie w listopadzie roku zeszłego leczyłem p. M., 52 lat, chorego na *erysipelas phlegmonosa cruris dextri + lymphangoitis + lymphadenitis inguinalis*, a pod koniec choroby *pneum. hypostatica*. Otóż u niego od samego prawie początku wystąpiła na jaw niezwykle wysoka różnica między ciepłotą zewn. a wewn., dochodząca do 1°, a nawet 1,8°. Zwróciłem na ten fakt uwagę kolegów, którzy go potwierdzili, nie nadając mu jednak żadnego znaczenia; ale na zasadzie tej różnicy mogłem od samego początku choroby postawić złe rokowanie; istotnie śmierć, która zaszła 12-go czy 14-go dnia, potwierdziła w zupełności moje przypuszczenie. W tym przypadku inna była przyczyna niezwykłej różnicy w ciepłocie ciała, niż w 2-ch pierwszych; zależała ona od ostrej niedomogi serca, powstałej wskutek zwyrodnienia mięśnia sercowego w przebiegu złośliwej róży, na tle przebytego dawniej syfilisu i alkoholizmu.

Wspomniane wyżej spostrzeżenia zachęciły mię do przeprowadzenia szeregu badań nad ciepłotą zewnętrzną i wewnętrzną ciała, których wynik ogłaszam w niniejszej pracy. Badania te rozpocząłem w listopadzie r. z. i prowadziłem do końca września r. b. Posługiwałem się zwykle dla danego chorego jednym i tym samym termometrem CELSIUSA z podziałkami na dziesiąte stopnia; zakładałem go naprzód pod pachę na 10 — 12 do 15-u minut, potem do kiszki prostej, posmarowawszy go przedtem jakimkolwiek tłuszczem, w braku zaś jego mlekiem. W początkach mych badań wsuwałem do kiszki tylko dolną część termometru — zbiornik rtęciowy, i trzymałem go w ciągu 5-u minut, później jednak zauważyłem, że po włożeniu połowy termometru do kiszki otrzymana ciepłota okazywała się wyższą o 0,01—0,2 stopnia, a nawet i więcej, niż przy pierwszym sposobie mierzenia. U kobiet, zakładając termometr do pochwy, trzeba go wsunąć aż do tylnego sklepienia, wtedy bowiem cały termo-

metr może się w niej schować i wykazać tę samą ciepłotę, co i w kiszce prostej—w przeciwnym zaś razie ciepłota pochwowa będzie niższą od kiszkowej o 0,1—0,3. Obecnie przekonałem się, że, aby otrzymać dokładną cyfrę ciepłoty, dość jest zatrzymać termometr tak w kiszce, jak i w pochwie nie dłużej nad 3 minuty, gdyż nie zauważyłem, aby słup rtęci po upływie tego czasu zdołał jeszcze podnieść się o 0,05 lub 0,1, z wyjątkiem chyba takiego wypadku, w którym c. podnosiła się lub opadała podczas samego aktu mierzenia, a działo się to albo w okresie ziębienia, albo tuż po nim, albo też w czasie pocenia się chorego przy spadku ciepłoty,—wtedy musiałem przeprowadzić nowe kontrolujące mierzenie. Jeśli się ma na widoku otrzymanie samej c. wewnętrznej, dostateczne jest zatrzymanie termometru w prostej kiszce przez jedną minutę.

Jeśli z powodu braku czasu nie mogłem termometru dłużej trzymać pod pachą nad 7—8 minut, to do otrzymanej liczby dodawałem zwykle 0,1, po upływie bowiem tego czasu c. nie podnosiła się więcej nad 0,1. Tak samo postępowalem, gdy mi przynoszono do domu termometr, zostawiony pod pachą u chorego. Przy takim mierzeniu przekonałem się, że i tak zwany m i n u t o w y t e r m o m e t r trzeba trzymać pod pachą nie mniej, niż 10 minut.

Postępując w ten sposób, otrzymywałem mniej więcej ściśle cyfry ciepłoty, a zauważone w nich błędy, poprawiałem ponownem mierzeniem, gdy zaś nie mogłem tego uczynić, podanej cyfry nie wnosiłem do swych notatek. Felczerom w prywatnej praktyce niechętnie powierzałem tę czynność, gdyż oni z braku czasu akuratnie jej nie dokonywali. Z racji tejsze niedokładności musiałem wyłączyć ze spisu przeszło 200 mierzeń ciepł., dokonanych w szpitalu wojskowym przez felczerów, gdyż cyfry tam podane, wyrażające stosunek c. zewnętrznej do wewnętrznej, czyli tak zwaną r ó ż n i c ę, odznaczały się wielką zmiennością: u jednego i tego samego chorego wahała się różnica przy normalnym przebiegu choroby w szerokich granicach od 0,2 do 0,8 stopnia tak przy rannem, jak i wieczornem mierzeniu c. Badania zaś moje przekonały mię, że ów stosunek ciepłoty u zdrowego i u chorego człowieka o prawidłowym przebiegu choroby odznacza się wielką stałością, różnica między jednym a drugim mierzeniem, np. rannem a wieczornem, wyraża się przez jedną i tę samą cyfrę, albo jest o 0,1, 0,2, rzadko o 0,3 stopnia, wyższą lub niższą.

Najdokładniejsze cyfry mierzeń c. otrzymałem od akuszerok, które, mając więcej wolnego czasu przy położnicach, sumiennie wykonywały moje zlecenia. W ciągu ostatnich tygodni podczas epidemii tyfusu brzuszego mierzenie c. według swojej metody powierzałem otoczeniu chorego lub zaimprovizowanym pielęgniarkom i pielęgniarkom, którzy również dokładnie, jak i akuszerki wykonywali tę czynność.

Zeszłego roku na początku moich badań notowałem nawet 0,05 stopnia różnicy, ale później celem większej prostoty i uniknięcia pomyłek zapisywałem tylko całkowite dziesiąte części stopnia. Dokonałem dotąd 2000 mierzeń ciepłoty u 500 l u d z i, z których 40-u było zdrowych, reszta zaś byli to chorzy z najrozmaitszemi chorobami, jakie mi się dostawały pod obserwacyę. Z liczby 500 znalazło się około 120-u chorych, u których mierzyłem c. tylko raz jeden,

a działa się to szczególnie wtedy, gdy różnica między ciepłotą zewn. a wewnętrzną dosięgała, albo przewyższała 0,5 stopnia; byli to chorzy przeważnie ambulatoryjni, którzy nie zjawili się do powtórnego badania; u pozostałych zaś 380 zrobiłem od 2 — 6 do 70 mierzeń u jednego i tego samego chorego.

Na 2000 mierzeń raz jeden c. zewnętrzna przewyższała wewnętrzną o 0,4; wypadek ten zdarzył się na wysokości napadu w tężcu przyrannym, opisanym przeze mnie w Gaz. Lek. r. b. w № 27 i 28 pod tyt.: **Ostry tężec przyranny.**

Dalej 12 razy różnica między zewn. a wewnętrzną c. wynosiła — 0,05, t. j. zewnętrzna przewyższała wewn. o 0,05. Tę różnicę widziałem 3 — 4 razy w konwulsjach u dzieci, w pozostałych zaś razach zjawiała się ona przypadkowo u tych chorych, u których w kilkanaście minut potem wracała do normy. Następnie nie było żadnej różnicy między zewn. a wewn. c., czyli różnica wyrażała się przez 0,0 w 32-ch razach. Spotykałem ją podczas napadu kurczów tonicznych u dzieci, przy drgawkach porodowych, tężcu przyrannym, dalej przy błonicy i dławcu, przeważnie w okresie asfiksy i przy obrzęku skórnym, w niektórych zaś razach była ona dziełem przypadku i tak, jak przy różn.—0,05, nie miała dla mnie żadnego znaczenia patologicznego. I tak liczba 2000 mierzeń rozpada się na następujące liczby, wyrażające stosunek ciepłoty zewnętrznej do wewnętrznej, czyli różnicę między niemi.

Różnica — 0,4 stopnia była	1 raz
— 0,05	12 razy
0,0	32
0,1	145
0,2	283
0,3	380
0,4	264
0,5	273
0,6	170
0,7	122
0,8	87
0,9	52
1,0	65
1,1	30
1,2	32
1,3	15
1,4	11
1,5	9
1,6	5
1,7	2
1,8	5
1,9	1 raz
2,0	2 razy

Różnica	2,8 stopnia była	1 raz
"	3,0 " "	1 "
		<hr/> 2000

Przeglądając powyższe cyfry widzimy, że najczęściej występuje różnica 0,3, bo znalazłem ją przy 380-u mierzeniach c., co na 2000 wszystkich mierzeń, podanych przeze mnie, stanowi 19%. Dalej idą cyfry, odpowiadające różnicom: 0,2 = 283, 0,5 = 273, 0,4 = 264 i 0,1 = 145.

Różnicę 0,3 według moich spostrzeżeń uważać należy za normalną, t. j. odpowiadającą normalnemu przebiegowi choroby. Takie też zdanie wyraziłem w wymienionym wyżej artykule Gaz. Lek. z r. b., gdy odpowiedni materiał był zgromadzony dopiero w połowie. Obecnie zakres normalnej różnicy rozszerzyłbym od 0,1 do 0,5 włącznie, co stanowi 67% wszystkich mierzeń ciepł., zrobionych przeze mnie. Zatem przebieg chorób, w których występuje różnica c. od 0,1 do 0,5, uważałbym jeszcze za normalny.

[C. d. n.]

II. Z ODDZIAŁU DOKT. B. SAWICKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS
W WARSZAWIE.

O zatrzymaniu się w macicy martwego płodu.

Napisała

dr Balbina Weisberg.

[Rzecz, czytana d. 30-go czerwca 1905 roku na posiedzeniu Sekcji Ginekologicznej
Tow. Lek. w Warszawie].

[Dokończenie. — Patrz Nr. 44].

S p o s t r z e ż e n i e II. Chora G., 35 lat, VI para. Poprzednie ciąży i porody przebiegały prawidłowo. Karmiła dzieci przez rok. Żadnych chorób, kobiecych nie przechodziła. Ostatni peryod w końcu marca. Przebieg ciąży prawidłowy do lipca: jedynym powikłaniem były przez pierwsze dwa miesiące częste wymioty. W końcu lipca odbyła dłuższą podróż końmi po złej drodze. Po przebyciu chorej na miejsce pojawiły się silne bóle brzucha, które po paru dniach przeszły i chora w dalszym ciągu czuła się zupełnie dobrze. Zaniepokoiła się dopiero, gdy w końcu piątego miesiąca nie było jeszcze ruchów. W początku szóstego miesiąca pojawiły się bóle i krwawienia. Bóle te na-

stępnie pojawiały się dosyć często w nieregularnych odstępach czasu, najczęściej po jakimkolwiek wysiłku, np. po podniesieniu czegoś ciężkiego, po praniu i t. p.

Chorą widziałam po raz pierwszy w październiku. Znalazłam macicę znacznie powiększoną, odpowiadającą trzeciemu miesiącowi ciąży, szyjka twarda, nie rozpulchniona, przymacicza wolne. Chora pokazywała się następnie dosyć często, przyczem zmian żadnych w wielkości macicy nie zauważyliśmy.

Ponieważ stan ogólny chorej był zupełnie dobry, nie widzieliśmy żadnego wskazania do przyspieszenia rozwiązania i w dalszym ciągu czekaliśmy. W końcu grudnia, t. j. w końcu dziewiątego miesiąca ciąży, pojawiły się w nocy silne bóle, które trwały kilka godzin, później zaczęło się krwawienie i odeszły podobno wody. Wezwana, znalazłam płód częścią już w pochwie, częścią jeszcze w szyi macicznej, trzymający się na cienkiej pępowinie. Pępowinę paznokciem przecięłam i płód wydobyłam. Ponieważ krwawienie było nieznaczne, łożyska więc nie wydobywałam. Przy chorej zostawiłam akuszerkę. Płód męski, zupełnie uformowany, miał długości około 12 ctm.

Zawiadomiono mię następnie, że łożysko odeszło po paru godzinach, okazało się jednak, że były to tylko błony. Po dwóch dniach pojawiły się znowu silne bóle i krwawienie. Przyszedszy, znalazłam szyjkę maciczną rozszerzoną i w niej część łożyska, reszta niezupełnie jeszcze była oddzielona. Palcami oddzieliłam i wydobyłam łożysko. Krwawienie od razu ustało. Łožysko nie było cuchnące. Ciepłota przez cały czas ani razu nie była podniesiona. Łožysko było stosunkowo dosyć duże, miało na przekątnej 8—10 ctm., grubości około 2 ctm., konsystencji twardej, zbitej.

Przebieg poporodowy zupełnie prawidłowy, bezgorączkowy. Chora wstała po tygodniu.

Pierwszy peryod był po miesiącu.

Po trzech miesiącach G. zaszła w ciążę, której przebieg, zarówno jak i poród następny były zupełnie prawidłowe.

Spostrzeżenie to jest ciekawe z wielu względów. Jako przyczynę śmierci płodu możemy tu przypuścić tylko zmęczenie, spowodowane podróżą końmi. Przyczyna ta wywołała śmierć płodu, nie była jednak dostateczną do wywołania porodu, nastąpiło więc zatrzymanie się płodu. Żadnej innej przyczyny tutaj nie znajdujemy; chora była poprzednio zupełnie zdrową i jak widzimy, wkrótce po raz drugi zaszła w ciążę i poród odbył się prawidłowo. Zatrzymanie płodu trwało kilka miesięcy, przez ten czas nie było poważniejszych powikłań; oprócz niewielkich krwawień i bólów, które się powtarzały od czasu do czasu po silniejszym zmęczeniu. Poród nastąpił po dziewięciu miesiącach, to jest w końcu prawidłowego okresu trwania ciąży.

W naszej literaturze znaleźliśmy jeden tylko przypadek *missed labour*, opisany przez GŁISZCZYŃSKIEGO w Pam. Tow. Lek. Warsz. 1864 r. Spostrzeżenie to, przedstawione na posiedzeniu Tow. Lek., podajemy w całości:

27-letnia kobieta raz rodziła dziecko donoszone i zdrowe. W 7-ym miesiącu ciąży po chorobie [wymioty żółciowe, drgawki] ruchy dziecka ustały, a w 6 tygodni potem zaczął z pochwy wypływać płyn ropiasty i odeszła kość

goleniowa. Stan taki trwał cztery miesiące. Potem odpływ z pochwy ustał, a skóra około pępka obrzmiała i przez pępek zaczął płynąć płyn cuchnący. Macica objętości, jak w 6-ym miesiącu ciąży, w pępku wyrosłe gąbczaste, zgłębnik idzie głęboko w kierunku macicy. Od strony lewej przy nagnieceniu brzuch bolesny. Pochwa wydłużona, macica wyciągnięta, tak że mało znaczny otwór ust macicznych stoi na równi z górnym brzegiem kości, łonowych. Zgłębnik wchodzi do macicy i tu natrafia na zbiór rozlicznych kości, które dają się poruszać. Odpływ z pochwy i pępka cuchnący [17 miesięcy po obumarciu w macicy]. Rozszerzono ujście gąbką prasowaną i wstrzyknięto do macicy napar rumianku. Płyn wstrzyknięty do macicy wypływa pępkiem.

D y s k u s y a. CHWAT radzi *dilatation forcée*, bojąc się ropnicy. Radzi pogruchotać kości w macicy litotriptorem.

TYRCHOWSKI uważa drogę przez macicę za trudną i niebezpieczną. Radzi cięcie przez ścianę brzuszną i macicę. Macica niewątpliwie zrosnięta ze ścianą brzuszną. CHWAT obawia się trudności gojenia. TYRCHOWSKI przeciwnie sądzi, że owrzodzenia w macicy będą dostępniejsze do leczenia.

Wykonano cięcie cesarskie, wydobyto część dziecka i chora wyzdrowiała. Odchód z pochwy trwał czas jakiś.

Przypadków *missed abortion* było w naszej literaturze ostatnich lat podanych kilkanaście.

Dr F. NEUGEBAUER przedstawił na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego kilka przypadków. Opisane były w Pamiętniku Towarzystwa. Oprócz tego znaleźliśmy jeden przypadek КОHНА, podany w Czasopiśmie Lekarskiem 1898 roku, jeden przypadek SACHSA w czasopiśmie Lekarskiem 1904 r. i jeden przypadek WALIGÓRSKIEGO w przeglądzie Lekarskim 1904 r.

L I T E R A T U R A .

- 1) MAX GRAEFE. Ueber Retention des menschlichen Eies im Uterus nach dem Fruchttod. Festschrift für RUGE. 1896.
 - 2) F. NEUGEBAUER. Die Fremdkörper des Uterus. 1897.
 - 3) OSCAR SCHAEFFER. Ueber eine einjährige Retention eines Abortiv-Eies im Uterus (*missed abortion*) und die Fruchtwasserfrage. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1898.
 - 4) BUŁATOW. O zaderżkie miortwawo płoda w połosti matki. Dissertacja na stopień doktora med. 1901.
 - 5) E. FRAENKEL. Ueber *missed labour* und *missed abortion*. 1903.
-

III. Z kazuistyki chirurgicznej chorób żołądka.

Rzut oka na 25 letni okres rozwoju chirurgii chorób żołądka.

Napisał

A. Gabszewicz.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. 5 IX. 1905 r.]

[Dokończenie. — Patrz Nr. 44].

MIKULICZ po usunięciu raka żołądka i gruczołów nie postępuje tak, jak BILLROTH to czynił w ostatnich latach; tenże po usunięciu guza zaszywał dwunastnicę i żołądek i dodawał zespolenie żołądka z jelitem. MIKULICZ zaś zaszywa *duodenum* i żołądek, ale w tym ostatnim zostawia przy dużej krzywiznie otwór, w który wszczepia czeze jelito. W roku zeszłym RYDYGIER, uważając zupełnie słusznie wycięcie odźwiernika za jedną z cięższych i niebezpieczniejszych operacji, sądził, że niebezpieczeństwo to jest o tyle większe, o ile operację wykonywa się na jednym posiedzeniu; radzi więc robić ją na 2-ch posiedzeniach; nie mając nigdy jednak przypadku, aby chory po zrobionej gastroenterostomii przy raku zechciał się poddać powtórnie doszczętnemu wycięciu guza z gruczołami, RYDYGIER obmyślił metodę operowania na 2-ch posiedzeniach; na pierwszym posiedzeniu otwiera żołądek, przecina jelito czeze w odległości 30 — 40 cent. od fałdy dwunastnicowo - czezej, koniec doprowadzający wszywa na 15 cent. poniżej przecięcia w koniec odprowadzający; ten ostatni wszywa do otworu w żołądku; przez otwór w żołądku wprowadza zgłębnik żołądkowy aż do dwunastnicy poprzez odźwiernik; powstałą przetokę w żołądku przyszywa do rany brzusznej. Można w ten sposób odżywiać lepiej chorego, a podług RYDYGIERA obecność przetoki żołądkowej skłoni chorego do poddania się następnie radykalnej operacji. Ta ostatnia polegałaby na wycięciu guza, zaszyciu dwunastnicy i na zaszyciu przetoki w żołądku. Bez kwestyi pomysł dobry ze względu na niebezpieczeństwo, na które jest chory narażony przy dokonywaniu operacji na jednym posiedzeniu, nie wiem jednak, czy w praktyce da się zastosować powyższą metodę w obec tego, że chorego należy uprzedzić o tych zabiegach.

Co się tyczy czynności żołądka po operacji radykalnej u osobników wyzdrowiałych, to waha się ona w szerokich granicach; niekiedy czynność motoryczna wracała do normy, w wielu przypadkach nawet była ona przyspieszona; w wielu przypadkach brakujący przed operacją wolny HCl, po operacji pojawiał się w prawidłowej lub zmniejszonej ilości; w przypadku SCHLATTER'a, który w 1897 r. wyciął cały żołądek i przyszył dwunastnicę do przelyku u 56-letniej kobiety, przeprowadzone po wyzdrowieniu badania wykazały, że substan-

eye białkowe prawidłowo się wchłaniają; w 8 miesięcy po operacji, chorej przybyło na wadze $8\frac{1}{2}$ kilograma. Chora zmarła po roku.

Co się tyczy wyników po gastroenterostomii, stosowanej przy raku żołądka, jako środek paliatywny, to na 316 gastroenterostomii, zebranych przez CHLUMSKY'ego do 1896 r., zmarło 160 operowanych; w pierwszych latach liczba śmiertelności była bardzo znaczna, w ostatnich latach zmniejszyła się; w statystyce MIKULICZA śmiertelność po gastroenterostomii przy raku była nawet większa, niż po wycięciu guza; tłumaczy się to jednak tem, że gastroenterostomia była tylko dokonywana u osobników bardzo wycieńczonych, u których nie można już było myśleć o radykalnej operacji. Jeden tylko operowany w klinice MIKULICZA żył po gastroenterostomii $2\frac{1}{4}$ roku. Gastroenterostomię przy raku MIKULICZ zaleca tylko przy istnieniu bardzo ciężkich zaburzeń motorycznych i kiedy chory nie zanadto jest wycieńczony.

Rzucając okiem na 25-letni okres czasu, w którym narodziła się i rozwijała chirurgia żołądka, przy chorobach tego narządu, widzimy, że przy chorobach żołądka niezłośliwej natury, które nie ustępują lub nie polepszają się przy leczeniu wewnętrznem, ta lub inna operacja może dać dobre wyniki w przeważnej liczbie przypadków; przy raku zaś żołądka wszystkie operacje z wyjątkiem radykalnej mogą tylko na czas jakiś przynieść ulgę choremu, radykalna zaś operacja, najdokładniej dokonana, może zapewnić dłuższe życie choremu, ale zato pociąga za sobą znaczną odsetkę śmierci i nie zapewnia również trwałego wyleczenia.

L I T E R A T U R A.

- 1) L. RYDYGIER. Krótki pogląd na udział chirurgów polskich w rozwoju chirurgii przewodu pokarmowego. Odczyt na Zjeździe lekarzy i przyr. polsk. w Krakowie 1900 r.
- 2) Tenże. Zasady leczenia chir. chorób żołądka. Odczyt klin. przez Red. Gaz. Lek. N. 145. 1901.
- 3) Tenże. Meine zweite Methode der Magenresection. Centralblatt. f. Chir. N. 43. 1904.
- 4) MIKULICZ. Zur operativen Behandlung der Pylorusstenose. Verhandl. der deutsch. Gesel. f. Chir. 1887.
- 5) Tenże. Die chirurgische Behandlung des chronischen Magengeschwürs. Mitteilungen aus den Grenzgeb. der med. u. chir. T. 2. 1897.
- 6) Tenże. Beiträge zur Technik der operation des Magen carcinoms. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. 1898.
- 7) W. LEUBE. Ueber die Erfolge der internen Behandl. des peptischen Magengeschwürs u. Indicationen z. Operation in dieselbe. Mitteil. aus d. Grenz. d. Med. u. Chir. T. 2. 1897.
- 8) SCHLATTER. Ueber Ernährung und Verdauung nach vollständiger Entfernung des Magens. Ref. im Centr. f. Chir. N. 7. 1898.
- 9) Tenże. Weitere Mitteil. ueber einen Fall von totaler Exstirpat. des Magens. Mitteil. aus d. Grenz. d. Med. u. Chir. T. 3. 1898.

- 10) W. KAUSCH. Ueber functionelle Ergebnisse nach Operationen am Magen. Mitteil. aus d. Grenz. d. Med. u. Chir. T. 4. 1899.
- 11) RENCKI. Czynność żołądka po zabiegach operacyjnych. Dziennik IX Zjazdu lek. i przyr. polsk. 1900.
- 12) MAURICE SOUPAULT. Influence de la Gastroenterostomie sur le chimisme gastrique. Travaux de Chirurgie p. HENRI HARTMANN. Paris. 1903.
- 13) HENRI HARTMANN. Le traitement chirurgical des lesions non neoplastiques de l'estomac. Tamże.
- 14) BERNARD CUNEO. Anatomie patologique du cancer de l'estomac au point de vue chirurgical. Tamże.
- 15) RENNER. Die Lymphdrüsenmetastasen beim Magenkrebs. Mitteil. aus d. Grenz. d. med. u. chir. T. 13. 1904.
- 16) TIEGEL. Ueber peptische Geschwüre des Jejunums nach Gastroenterostomie. Mitt. aus d. Grenz. d. Med. u. Chir. T. 13. 1904.
- 17) v. HACKER. Ueber Magenoperationen b. Carcinom u. narbiger Stenosen. Wien. 1895.
- 18) Handbuch der praktischen chirurgie. T. 3. 1900.
- 19) S. MINTZ. O zabiegach chirurg. w chorobach żołądka. Odczyt klin. przez Red. Gaz. Lek. N. 61. 1894.
- 20) SCHRAMM. Przegl. Lek. 1892, str. 29, 41, 55.
- 21) BARĄCZ. Przegl. Lek. 1892.
" Gaz. Lek. 1897.
" Przegl. Lek. 1885.
- 22) MATLAKOWSKI. Przyczynek do chirurgii żołądka. Gaz. Lek. 1889.
- 23) OBALIŃSKI i JAWORSKI. Nowiny Lek. 1889.
- 24) RYDYGIER i JAWORSKI. Przegl. Lek. 1889.
- 25) OBALIŃSKI i SURZYCKI. Przegl. Lek. 1890.
- 26) GRUNDZACH i MINTZ. Medycyna. 1893.
- 27) ZAWADZKI i J. SOLMAN. Kron. Lek. 1893.
- 28) RAUM i GRUNDZACH. Pam. Tow. Lek. W. 1895.
- 29) K. ZAGÓRSKI. Medycyna. 1894.
- 30) RYDYGIER. Wycięcie raka odźwiernika Przegl. Lek. 1880.
" Wycięcie odźwiernika przy zwężeniu. Przegl. Lek. 1881.
- 31) MIKULICZ. Laparotomia przy przedziurawieniu żołądka. Przegl. Lek. 1881.
- 32) TRZEBICKY. Medycyna. 1887.
" Gaz. Lek. 1899.
" Przegl. Lek. 1903.
- 33) KOSIŃSKI. Pam. Tow. Lek. 1896, 1897 i 1898.
- 34) DUNIN i CIECHOMSKI. Gaz. Lek. 1893.
- 35) DROBA. Przegl. Lek. 1899.
- 36) RUTKOWSKI. Przegl. Lek. 1899.
- 37) KADER. Przegl. Lek. 1901, 1902.
- 38) KRAUZE. Pam. Tow. Lek. W. 1901.
- 39) WATTEN. Gaz. Lek. 1901.
- 40) FIEDOROWICZ. Czasop. Lek. 1902.
- 41) KARCZEWSKI. Pam. Tow. Lek. W. 1903.
- 42) KRAJEWSKI. Pam. Tow. Lek. W. 1903.
- 43) WERTHEIM. Medycyna. 1903.
- 44) MAJEWSKI. Kron. Lek. 1903, 1904. N. 3, 18, 19, 20.
- 45) DOBRUCKI. Kron. Lek. 1904.
- 46) ODERFELD. Medycyna. 1904. N. 47.
- 47) SZUMAN. Nowiny Lek. 1904. Z. 5.
- 48) KUCERA. Przegl. Lek. 1904.

- 49) BARTKIEWICZ. Gaz. Lek. 1905.
50) RICARD et CHAVRIER. Revue de Chir. 1905. N. 5, 6, 7.
51) TUFFIER et JEANNE. Revue de Chir. 1905. N. 3 i 4.
52) Pierwszy Kongres międz. chir. w Brukselli. Sem. med. 1905. N. 39.

IV. O WAHANIACH POBUDLIWOŚCI OŚRODKÓW RUCHOWYCH w MÓZGU i O ZMIANACH PRZEJAWÓW, OTRZYMANYCH PRZEZ PODRAŻNIENIE KORY MÓZGOWEJ PRZY DZIAŁANIU ROZMAITYCH CZYNNIKÓW.

Podał

A. Szpanbok.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 44].

C) Wpływ wyników chemicznych. Przy przeglądzie badań dotyczących oddziaływania czynników chemicznych na pobudliwość mózgu, mamy na widoku substancje chemiczne, wprowadzone do ustroju z zewnątrz. Sposoby wprowadzenia i dawkowanie tych substancji mogą być oczywiście różnorodne i często od tych właśnie różnie zależą i różne wyniki pomimo stosowania tych samych związków chemicznych. Tak np. BIEDL i KRAUS (25) po wprowadzeniu kwasów żółciowych do krwi, otrzymywali zjawiska bezwładu, po wprowadzeniu zaś pod opony mózgowe obserwowali objawy podrażnienia, chociaż bezpośrednie badanie pobudliwości kory mózgowej nie wykazało żadnych zmian. Przy mocznicy, doświadczalnie przez nas samych wywołanej, obserwowaliśmy osłabienie pobudliwości kory mózgowej. Tymczasem LANDOIS (26) po bezpośrednim przyłożeniu do kory, mianowicie do jednej półkuli pewnych części składowych moczu, np. kreatyny, grupy amoniaku, moczanu amonu, leucyny, otrzymał zjawisko podrażnienia mózgu, mian. wzmoczenia pobudliwości; stosując zaś te same środki na przestrzeni bardziej rozległej i przytem równomiernie w obu półkulkach, badacz ten skonstatował zjawisko wycięczenia mózgu, mian. osłabienie pobudliwości. RAMM (27) otrzymał przyrost pobudliwości kory mózgowej po wprowadzeniu chlorku amonu. Widzimy zatem, że zmiany pobudliwości pod wpływem substancji chemicznych zależą w znacznym stopniu od sposobu ich wprowadzania.

Wogóle w przypadkach ogólnego stosowania ciał chemicznych wprowadzono je albo do narządu oddechowego, jak np. eter, chloroform, *amylum nitrosum*, *metylalum*, dym tytoniowy, tlenek węgla, albo do systemu krwionośnego,

do przewodu pokarmowego, wreszcie pod skórę. W razie zaś bezpośredniego oddziaływania na kórę, posługiwano się rozpylaniem, puszczeniem kroplami, albo zwilżaniem np. roztworów kokainy, strychniny i t. p.

Co się tyczy wpływu dawek, to przy oddziaływaniu jednych czynników chemicznych polega on na zmianie ilościowej, innych zaś — jakościowej.

Rozpatrzmy tę grupę środków, które powodują przyrost pobudliwości systemu nerwowo - mięśniowego.

Wprowadzaniem substancji do krwi, żołądka albo pod skórę zajmowali się FRACK i PITRES oraz DANIELLO (28). Po wprowadzeniu absyntu w dawkach, nie wywołujących drgawek samorzutnych, skonstatowano przyrost pobudliwości; od podrażnienia ośrodków psychomotorycznych prądem jakiegokolwiek siły otrzymano drgawki; dawka toksyczna sama przez się wywołała napad padaczkowy.

ALBERTONI (29), UNVERRICHT, FRANCK i PITRES stwierdzili przyrost pobudliwości kory mózgowej co do atropiny, RAMM zaś co do grupy atropiny [guanidyny, pikrotoksyny, cytyzyny]; przytem prąd elektryczny z łatwością wywoływał napad padaczkowy, czego pierwiej nie można było otrzymać przy tej samej sile prądu.

FRANCK i PITRES, FODERÀ (30) i BERKHOLZ (31) przy stosowaniu dawek strichniny, nie wywołujących samorzutnych drgawek padaczkowych, skonstatowali przyrost pobudliwości kory mózgowej i nieznaczne drgawki nawet od słabego prądu. Po ustąpieniu napadu drgawek FODERÀ obserwował zupełne zniesienie pobudliwości, ale to są objawy wtórnego wyczerpania i wyciężenia.

ALBERTONI skonstatował przyrost pobudliwości od stosowania cynchonidyny, FRANCK i PITRES od kannabiny, SZCZERBAK (32) od nikotyny, DANIELLO i BLUMENAU (33) od hyponu [który tylko od dawek śmiertelnych daje osłabienie pobudliwości, — ale to stanowi zjawisko przedśmiertne], RAMM od związków grupy amoniakalnej [chlorku amonu, etylaminu, propilaminu, trymetylaminu]. Taki sam wynik otrzymał RAMM i z doświadczeń z oreyną i kwasem pikrynowym. Dla kwasu karbolowego stwierdzili przyrost pobudliwości RAMM i BERKHOLZ. Ostatni skonstatował to samo dla fizostygminy, santoniny, kodeiny i kokainy.

ŻUKOWSKIJ (34) zaobserwował przyrost pobudliwości od działania soli litu, mianowicie chlorku oraz węglanu. TARCHANOW (35) znalazł pobudliwość wzmożoną przy stosowaniu fosforu u młodych osób.

SZCZERBAK zajmował się badaniem wpływu dymu tytoniowego. Kaganiec gutaperkowy połączono z rurką szklaną, zakończoną kulką z dwiema rurkami, które były zaopatrzone kranami; na jedną rurkę nakładano papieros; poczem na przemian zamykano krany, i wówczas zwierzę albo oddychało dymem tytoniowym z powietrzem, albo czystym powietrzem, a więc znajdowało się w zwykłych warunkach „palenia“. Skutek palenia polega również na wzrastaniu pobudliwości kory mózgowej, co zależy jedynie od działania nikotyny, jeśli bowiem przepuścić dym przez roztwór kwasu solnego, który pochłonie nikotynę,

jako zasadę organiczną, to wówczas nie można wykazać żadnej zmiany pobudliwości.

Według UNVERRICHT'a wdychanie tlenu wzmaga pobudliwość, gdyż ustępujące przy uduszeniu drgawki, znowu zjawiają się przy dostarczaniu w porę tlenu.

Przy rozpatrywaniu czynników chemicznych, osłabiających pobudliwość kory mózgowej, na pierwszym miejscu według skali dokonanych doświadczeń postawić należy związki bromu. Działanie bromku potasu badał ROSENBAACH (36) i ALBERTONI, bromku koniiny — OLDEROGGE (37), bromku złota — SZCZERBAK (38), bromku chininy — TOMAS, bromku litu — ŻUKOWSKIJ. Wszystkie te związki osłabiają pobudliwość kory mózgowej, przyczem różnice zasad nie pozostają bez wpływu na stopień osłabienia.

ROSSI badał wpływ przeciwpadaczkowego sposobu leczenia według FLEH-SIG'a [kombinacya opium z bromem]. Okazało się, że opium w małym stopniu osłabia pobudliwość kory mózgowej.

Wymienimy też przy sposobności LEOBER'a (40), który zajmował się działaniem bromu u kobiety chorej na przymiot, u której zrobiono trepanację zmartwiałej kości.

Według HITZIG'a, UNVERRICHT'a, BUBNOW'a, HEIDENHAIN'a i MUNK'a (41) morfina tylko w dużych dawkach osłabia pobudliwość kory mózgowej. Pierwszy z tych badaczy nazywa te dawki śmiertelnymi, tak że tu mamy do czynienia ze zjawiskiem złożonym; pozostali przypuszczają, że w danym razie wielką rolę odgrywa indywidualność.

FRANCK i PITRES, UNVERRICHT, BUBNOW i HEIDENHAIN przypisują chlorałowi własności osłabiania pobudliwości, ponieważ napad epileptyczny od chlorału przechodzi. Przy podrażnieniu prądem zwyłej siły drgawek nie udaje się wywołać. Pobudliwość może osłabnąć nawet do zera.

HENRIOT i RICHT (42) stwierdzili osłabienie pobudliwości dla chlorałozoy.

BUBNOW, HEIDENHAIN i BIERNACKI (43) obserwowali spadek pobudliwości systematu nerwowo-mięśniowego od zastrzyknięcia strychniny, przyczem przyczyna polega właściwie według nich na zmianie pobudliwości rdzenia mózgowego i dróg dośrodkowych. BERKHOLZ, jak również i my otrzymaliśmy przyrost pobudliwości od strychniny.

TUMAS (44), który badał działanie kokainy, RAMM — skopolaminy i hioscyny, HITZIG — *curare* [wykluczając oddziaływanie *curare* na część obwodową narządu ruchowego badanej kończyny przez podwiązanie odpowiedniej tętnicy], KISIELEW (45) — hydrastyniny, stwierdzili osłabienie pobudliwości ośrodków psychicznych pod wpływem środków wymienionych. Wyniki badań BERKHOLZ'a względem działania kokainy są niezgodne z wynikami TUMAS'a.

Co się tyczy ciał chemicznych, wprowadzonych przez narząd oddechowy, to HITZIG, FRANCK i PITRES, ALBERTONI i UNVERRICHT obserwowali osłabienie pobudliwości przy eteryzacyi; drgawki padaczkowe ustępowały i nie można było ich już otrzymać przez podrażnienie kory. Przy chloroformowaniu skonstatowali osłabienie pobudliwości kory mózgowej. FERRIER (46) PAS-

TERNACKIJ (47), FRANCK i PITRES oraz LEOBET [w przypadku wyżej wymienionym]. Jeden tylko CORONA (48) otrzymał drgawki padaczkowe przy podrażnieniu, ale to spostrzeżenie może jedynie podnieść kwestyę co do stopnia zmiany pobudliwości, ponieważ nie wskazano tu siły prądu.

MOTROCHIN (49) stwierdził fakt osłabienia pobudliwości od wdychania metylalu, CRICHTON - BROWNE (50) — od *amylum nitrosum*.

Doświadczeń z bezpośredniem przykładaniem ciał chemicznych dokonywano przeważnie z tymi związkami, które osłabiają pobudliwość ośrodków ruchowych. Zwilżanie roztworem kokainy i puszczenie jej kroplami osłabia pobudliwość według TUMAS'a, CARVALLO (51), BELMONDO (52) i PRUS'a (53); do takiego samego wyniku mniej wyraźnego doszedł TUMAS przy próbie z morfiną. Zwilżanie strychniną według BIERNACKIEGO zmniejsza pobudliwość. Zwilżanie chloroformem pozostaje bez skutku [GERBER]; ale z samych warunków doświadczenia można wyprowadzić wnioski, że z początku pobudliwość wzrasta, a potem nawet słabnie znacznie. Bezpośrednie działanie na korę kokainy, według BERKHOLZ'a pociąga za sobą w większości przypadków przyrost pobudliwości, chociaż nie jest wykluczona i możliwość osłabienia, co zależy od osobnika. Ten sam badacz skonstatował osłabienie pobudliwości pod wpływem roztworów kodeiny.

Rozpatrzmy teraz tę grupę czynników, które działają na korę to w sposób podniecający, to osłabiający — w zależności od dawki.

Wyskok według DANIEŁO (54) osłabia pobudliwość, ponieważ po alkoholizacji najmniejszy prąd już nie daje odczynu. Drgawek padaczkowych autor nie otrzymał; przeciwnie, sztucznie wywołany napad ustępował pod wpływem wyskoku. Według TARCHANOW'a, chroniczne zatrucie alkoholem powoduje u osób młodych rozwój mózgu ze słabą pobudliwością. Według CONRY małe dawki wyskoku wzmagają, większe osłabiają pobudliwość. To samo zaobserwował ŻUKOWSKIJ (53).

Dla hyoseyamiiny i efedryny [RAMM] i dla uretanu [ANREP (56)] przyjmują przyrost pobudliwości przy stosowaniu małych dawek oraz osłabienie przy stosowaniu większych i kilkakrotnych dawek. Wprost przeciwny wynik osiągnęła BLUMENAU (57) dla antipiryny i OSIPOW (58) dla cerebryny: po krótkotrwałem osłabieniu pobudliwości występuje pod wpływem tych środków przyrost pobudliwości.

Taką samą różnicę względem dawek i okresu działania stwierdził HARDIN (59) dla tlenku węgla. Bardzo trująca mieszanina [10 — 25%] znosiła pobudliwość ośrodków psychomotorycznych zupełnie; roztwory słabsze [1 — 2%] wywołały spadek pobudliwości, ale z przedwstępniem chwilowem jej przyrostem. HARDIN przypuszcza, że i przy silnem otruciu przyrost pobudliwości poprzedza jej osłabienie, które jednak trudno skonstatować wobec niepokoju zwierzęcia.

Kwestya zmiany pobudliwości narządów ruchowych w mózgu była przedmiotem doświadczeń dla wielu badaczy zarówno przy określaniu własności farmakologicznych różnych środków, jak przy stosowaniu rozmaitych innych sposobów wprowadzania związków chemicznych do ustroju. Np. AXENFELD (60) badał zmiany i różnice pobudliwości obu półkul mózgowych pod wpływem

różnych związków, oraz wydzielin i wydalin z ustroju, stosowanych na jedną półkulę i wprowadzanych do tętnicy szyjowej (*carotis*) z jednej strony.

[C. d. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

153. Kuttner. Śluzotok żołądkowy. (*Gastromyxorrhoea*).

Podczas gdy sokotokiem (*gastrosuccorrhoea, parasecretio*), poczynając od prac RAJCHMANA [1882], zajmowano się wiele i opis cierpienia tego znajduje się w każdym podręczniku chorób żołądka, to o śluzotoku czyli obfitem wydzielaniu się śluzu przy czczem i wolnem od pożywienia żołądka, nie znajdujemy w nich nie lub zaledwie wzmiankę. KUTTNER'owi znany jest tylko przypadek, opisany przez DAUBER'a jako śluzotok żołądka. Autor zaś często z czczego i wolnego żołądka przy badaniu zgłębnikiem otrzymywał większe lub mniejsze ilości śluzu. W przypadkach tych podczas trawienia spożytych pokarmów wydzielanie śluzu może być bardzo nieznaczne. Dlatego też według KUTTNER'a niezdebnem jest badanie żołądka na czczo.

Normalnie, według badań SCHMIDT'a i TELLRING'a, w czczym i wolnym od pożywienia żołądka śluz może się znajdować w niewielkiej ilości. Odczyn takiego śluzu jest albo kwaśny, albo obojętny, lub też alkaliczny. Autor uważa za objaw patologiczny stan taki, gdy znajdzie w czczym żołądku 5 ccm. śluzu; aby zaś postawić rozpoznanie śluzotoku, trzeba według niego otrzymać z czczego żołądka przynajmniej 25 ccm. i przytem nie jeden raz, a stale lub z pewnemi przerwami. Zawartość żołądka przy śluzotoku ma następujące własności:

1) Jest szarobiała, mleczna, więcej lub mniej śluzowa, ciągnąca się w nitki, bez zapachu. Przy staniu rozdziela się na dwie warstwy, większą płynną, szarawą i mniejszą na dnie naczyń, składającą się z mniejszych lub większych kawałków i cząsteczek o białawem zabarwieniu, pochodzących z jamy ustnej i gardzieli.

2) Odczyn zawartości bywa słabo kwaśny, obojętny lub częściej alkaliczny.

3) Ilość pepsyny [według metody MERR'a], waha się między 2 — 4 cmm.

4) Próba z roztocznym chlorku żelaza na połączenia rodanowe, jak również próba TROMMER'a, dają ujemne wyniki. Próba BIURET'a wypada dodatnio, próba GMELIN'a czasem dodatnio, lecz częściej ujemnie.

5) Po dodaniu cukru gronowego do zawartości oraz po zostawieniu jej w ciepłarce przy 37° w przeciągu 3 — 4-ch dni, nie można zauważyć tworzenia się gazu.

6) Rzadko kiedy można odkryć domieszkę krwi.

7) Ciężar właściwy zawartości waha się między 1003 — 1010 przy 15° C.

8) Punkt zamarzania waha się między—0,29 a—44.

9) Badanie drobnowidzowe zawartości wykazuje leukocyty oraz pierwiastki komórkowe śluzówki żołądka. Czasami można znaleźć pojedyncze komórki drożdżowe, lub drobnoustroje.

KUTTNER na zasadzie swych badań odróżnia 2 rodzaje tego cierpienia: postać przemijającą, śluzotok przestankowy (*intermittens*), oraz postać stałą — śluzotok przewlekły. Przebieg śluzotoku przestankowego, napadowego, w głównych zarysach przedstawia się jak następuje. Cierpienie zaczyna się albo bólem głowy, albo brakiem apetytu i nudnościami, lub też, częściej, nagle, rano, po obudzeniu się silnymi wymiotami. Podczas napadu żołądek nie znosi ani pożywienia, ani napojów, ani lekarstw; cokolwiek chory przyjmie, zaraz następują wymioty. Chory przytem wygląda bardzo mizernie, czuje się ogromnie osłabionym, brzuch ma zapadnięty, tętno drobne, język suchy, moczk skąpy. Napad śluzotoku żołądka trwa zwykle jeden dzień, zdarza się jednak, że wymioty powtarzają się w przeciągu 3-eh — 5-u, nawet 12-u dni. Kończy się on przeważnie od razu i chory tak szybko wraca do zdrowia, że niezadługo po wymiotach może już jeść bez obawy. Bólów w brzuchu najczęściej podczas ataku niema zupełnie. Między pojedynczymi napadami chorzy cieszą się zupełnym zdrowiem. Badanie zawartości żołądka po próbnem śniadaniu w przerwach między atakami wykazuje zwykłą ilość kwasu solnego oraz niewielką przymieszkę śluzu.

Autor zwraca uwagę, że cały przebieg cierpienia wraz ze swym gwałtownym początkiem i nagłym zakończeniem przypomina „*crise gastrique*” przy wjadzie rdzenia (*tabes dorsalis*). Dalej autor zauważył, że w 2-eh przypadkach równocześnie ze śluzotokiem wystąpiły zaburzenia w czynności wydzielniczej śluzówki nosa. Związek między cierpieniami żołądka i nosa, szczególnie jam nosowych jest już dawno znany [TREITEL, FRENCH, KUTTNER], tem niemniej jednak autora uderzyła nadzwyczajna obfitość wydzieliny z nosa, o charakterze wodnistym, płynnym, jaką spotykamy przy t. zw. „*nasalen Refleksneurosen*”. Przestankowy śluzotok żołądka, zdaniem KUTTNER'a, bywa najczęściej również u osób wrażliwych i nerwowych.

O wiele częściej spostrzega się śluzotok żołądka przewlekły, przyczem występują te same charakterystyczne objawy, brak zaś tylko czasem objawów podmiotowych.

Co się tyczy anatomii patologicznej, to dotychczas nie mamy jeszcze ścisłych danych. Niezawodnie dużą rolę grają tutaj wpływy nerwowe, jednak większość badaczy uważa śluzotok jako przejaw niezytu śluzówki żołądka.

Rozpoznanie śluzotoku żołądka nie nastęrcza trudności; badanie zawartości żołądka na czczo zapomocą zglębniaka ułatwia rozpoznanie.

Co się tyczy leczenia, to w postaci śluzotoku przemijającego autor zaleca przemycania żołądka, które należy uskutecznić możliwie wcześniej po rozpoczęciu się napadu. Udaje się wtedy nieraz przerwać zupełnie wymioty i cały atak. Prócz tego pożądane jest wzmocnienie systemu nerwowego chorego, [zmiana powietrza, klimatu, wodoleczenie, masaż, elektryzacja, oraz przetwory żelaza i arseniku]. Należy też zwracać uwagę na stan górnego odcinka dróg oddechowych, a przedewszystkiem nosa. Przy przewlekłym śluzotoku autor zaleca również przedewszystkiem przepłukiwanie żołądka, o ile niema przeciwwskazań, a następnie wody mineralne oraz kąpiele, stosowane na ogólnych zasadach.

(Berlin, klin. Wochenschr. 1905. N. 44).

T. Wretowski.

154. Jürgensen. O nadużywaniu środków przeczyszczających w przewlekłym zaparciu stolca.

Dawno już pisał EWALD, a za nim i wielu innych badaczy, że w przewlekłym zaparciu stolca trzeba używać środków czyszczących o ile można najrzadziej i w możliwie małych dawkach, tymczasem grzeszą pod tym względem nie tylko chorzy, ale i lekarze. Daleko rzadziej stosowane bywają w takich razach środki dyetetyczne lub wchodzące w zakres mechano-, hydro- lub elek-

troterapii, jako wymagające więcej czasu, zachodu, pieniędzy, specjalnych urządzeń i t. d. Zdaniem autora, działanie środków przeczyszczających z punktu widzenia naukowego jest nam mało znane, a klasyfikacya farmakologiczna tych środków na: *lenitiva*, *eccoprolica*, *purgantia*, *laxativa*, *drastica*, nie wytrzymuje poważniejszej krytyki. Tem się też tłumaczy poniekąd zamęt i szablon w przepisywaniu tych leków. Autor, biorąc pod uwagę przedewszystkiem praktyczną stronę kwestyi, podaje następujące rady: 1) Odzienne używanie przez czas dłuższy środków przeczyszczających jest rzeczą szkodliwą, a więc powinno być dozwolane. Kiszki bowiem tracą powoli zdolność samodzielnej pracy, a lekarz nie jest w stanie zdać sobie jasno sprawy z ich stanu. Przytem zupełnie nie jest konieczne, aby każdy człowiek miał codziennie wypróżnienie, natomiast ważniejszą rzeczą jest charakter stolca, czy, mianowicie, bywa w dostatecznej ilości, czy przynosi ulgę, zadowolenie i t. d. 2) Nie można postawić ściślejszej granicy między środkami przeczyszczającymi ogólnie dozwolonymi a zabranianymi. Tutaj trzeba wziąć pod uwagę działanie poboczne tych środków, a więc niepokój, przechodzące bóle, kolki, gniecienie, wzmożone wydzielanie gazów, albo też ogólne osłabienie, brak apetytu, niedomaganie. Najważniejszą jednak tutaj, według JÜRGENSEN'a, jest nienaturalna konsystencya kału, powstająca zwykle skutkiem nadmiernej dawki. To też od dobrego środka przeczyszczającego [naturalnie przy obstrukcyi przewlekłej] wymaganiem jest niesprowadzanie żadnych zaburzeń w organizmie oraz prawie zwykła konsystencya kału. 3) Dla stałego używania środka leczniczego nie może być nigdy z góry ustanowioną pewną określoną dawką. Każdy z wybranych środków, według EWALD'a, powinien być używany w możliwie małych dawkach, a więc w każdym przypadku wypróbowany i podawany tylko w takiej ilości, aby sprowadzić swobodne wypróżnienie, sformowane i zwykłej konsystencyi. Tymczasem działanie większości środków jest albo ujemne w małych dawkach, albo zbyt silne, rozrzedzające w większych; działania zaś pośredniego niema. Autor zezwala na podawanie w zatwardzeniu przewlekłym tylko tych pośrednio działających środków. Poza znanymi ogólnie środkami, jak *Cortex Frangulae* lub *Folia Sennae*, autor zaleca 3 kombinacye środków roślinnych w formie ziółek:

- I. *Flor. Tiliae*
 " *Sambuci*
 " *Chamom.*
Herb. Menth. pip.
Rhiz. Valerianae

aa

- II. *Flor. Arnicae*
 " *Verbasci*
 " *Chamom.*
Herb. Menthae pip.
Rhiz. Valerianae

aa

- III. *Flor. Arnicae*
 " *Verlasci*
Herb. Rosmarini
Rad. Bardanae
Rad. Liquiritiae

aa

2 łyżki ziółek oblać dwiema szklankami wrzącej wody; przykryć, poczekać 15 minut, zlać napar, rozdzielić na dwie równe części i w odstępie 15 min. przyjąć na czczo [gorący]. Pierwszy posiłek po ½ godz.

Skutek, według JÜRGENSEN'a, ma być pewny, a działanie odpowiada wszystkim postawionym przez niego warunkom.

(*Berlin. klin. Wochenschrift*, 1905, N. 44a).

T. Wretowski.

155. Calmette i Breton. Tęgoryjec dwunastnicy, [Ankylostomiasis], jako choroba socyalna [anemia górników]. Biologia, przebieg kliniczny, leczenia i profilaktyka.

Monografia ta przeznaczona jest dla lekarzy i inżynierów. Opis pasożyta, wywołującego cierpienie, przebieg tego ostatniego, leczenie i ściślejsza profilaktyka zawierają wskazówki, interesujące lekarzy, opis zaś higieniczny - sanitarnych urządzeń i rozporządzeń w kopalniach [profilaktyka ogólna], gdzie grasuje niemal pandemicznie anemia górników, obchodzi również inżynierów, bezpośrednich naczelników pracowników podziemnych. Załączona statystyka wskazuje na znacznie mniejsze rozpowszechnianie się choroby we Francyi, niż w Belgii i Niemczech, dając możność zabezpieczenia się wcześniej przeciwko złemu w początkach jego istnienia.

Tęgoryjec dwunastnicy (*ankylostoma duodenale*) wywołuje chorobę zaraźliwą z objawami przeważnie ze strony przewodu pokarmowego i ogólną reakcją organizmu w postaci lżejszej lub cięższej anemii, lecz zawsze z obecnością swoistych pasożytów na śluzówce cienkiej kiszki w większej i w dwunastnicy w mniejszej ilości. Pasożyty te z powodu swego kształtu [αγκίλος przecinek, στήμα wpust] oraz umiejscowienia naszą nazwę *ankylostoma duodenale*. Istnieje on wszędzie, gdzie znajduje warunki, umożliwiające jego rozwój, a więc: ciepłotę mniej więcej stałą 18°—28° R., dopływ powietrza dostateczny i dosyć obfitą wilgoć. Warunkom tym odpowiada głębina kopalni i tunelów, jak również wnętrza niektórych cegielni, szczególnie w sferach umiarkowanych i podzwrotnikowych. Zastrzega tu autor, że ankilostoma wywołuje chorobę specyjalną i że należy odróżniać od niej anemię zwykłą, spotykana wogóle między ludźmi, ciężko pracującymi, lecz bez zakażenia się swoistym pasożytem. Tęgoryjec został rozpoznany przez ANGELO DUBINI w r. 1843 w Medyolanie później był odnajdywany przez wielu badaczy w najrozmaitszych okolicach [SIEBOLD, BILHERZ, GRIESINGER]. W południowych Stanach Zjednoczonych istnieje pewna odmiana pasożyta, znana pod nazwą *ankylostoma americana* lub *uncinaria amer.* W Europie po DUBINIM znajdowano go w północnych Włoszech przy kopaniu tunelu S-go Gotarda, skąd prawdopodobnie został zawleczony do kopalni węgla w Westfalii, Węgrzech, Belgii i Francyi. W Niemczech opisał go w r. 1882 LEICHTENSTERN w okolicy Kolonii, a w r. 1898 już na 100 górników liczono 47-u chorych. Walka z pasożytem tym została rozpoczęta we Francyi z inicjatywy dra MANOUVRIEZ'a przy współdziałaniu towarzystw kopalnianych.

Ankilostoma należy do rodzaju nicieni (*nematodes*), rodziny *strongyloides*. Charakterystycznymi cechami tego rodzaju jest wydłużony kształt ciała i obecność 6 wpustowych brodawek, z których 4 stożkowe wystają na zewnątrz. Wpust w całości lub części zabezpieczony pokryciem chitynowym, rozszerzony przelyk tworzy żołądek, płec podwójna. Jajka przechodzą okres segmentacji przed wydalaniem z jajników i często bywa wydalonym już embryon. Samiec ma 8 — 10 mm. długości, 2 — 3 mm. szerokości, samiczka nieco dłuższa i szersza, zabarwienie białe, po śmierci pasożyta szarawe, po najedzeniu się różowe od krwi. Zamieszkuje *ankylostoma* stale *duodenum* i *jejunum*, w przypadkach cięższych wzdłuż całego przewodu pokarmowego, Jaja ankilostomy są owalne, przezroczyste, wskutek czego trudno je zauważyć pod mikroskopem, oś większa jaja = 0,052 mm. mniejsza = 0,032 mm.; aby się jaja rozwinęły, muszą być złożone w miejscu wilgotnem i ciepłym, wewnątrz galki kałowej, jak

również w temperaturze wyżej 37° i niżej 17°, lub w braku wilgoci i powietrza jaja nie rozwijają się. Co do rozwoju, należy zanotować, że larwa, w którą przechodzi jaje, po 4—5-u dniach jest okryta powłoką, opierającą się działaniu czynników fizycznych i chemicznych, które poprzednio mogły ją zabić. Woda stojąca jest siedliskiem larwy i tu ją widzimy do czasu zupełnego zwapnienia pokrywy, wysuszenie znosi dobrze i kilka kropel wody może ją ożywić po długotrwałem leżeniu w suchym miejscu. Po fazie larwy poza organizmem ludzkim, pasożyt dostaje się doń najczęściej przez przewód pokarmowy, pokrywa jego zostaje strawioną przez sok żołądkowy i po upływie mniej więcej 15-u godzin dostaje się do kiszki i dorasta do normy w ciągu kilku tygodni dopiero, choć notowano przypadki konstataowania objawów cierpienia już po upływie 20-u dni od czasu zarażenia się. Poza światłem kiszki ludzkich, *ankylostoma* żyje w kiszkach niektórych małp i młodych psów; dzieci przy piersi mogą się zarazić od matek. Jednocześnie z ankilostomą konstатовano dosyć często *botriocephalus latus*, *trichocephalus dispar*, *oxyuris*, *anguillula int.* bardzo rzadko *ascarides*. Życie pasożyta trwa dosyć długo i czasem po zmianie miejsca pobytu opuszcza on organizm, powodując wyleczenie się; karmi się ciałkami krwi i jej plazmą, miazgą pokarmową, w której chętnie pływa. Prócz utraty krwi przez ukąszenie i wysysanie wydziela on, jak przypuszczają, substancje hemolityczne, powodujące rozpad krwi i hemoglobiny; serodyagnostyka nie dała pozytywnych wyników [HERMAN]. Środki antyseptyczne działają na ankilostomy bardzo powolnie. Barwi się na preparatach z kału podług specjalnego systematu.

Anemia górników (francuskie „*ankylostomiase*“ lub „*ankylostomasie*“), jak każda zakaźna choroba, rozwija się zależnie od: 1) specyficznego zarazka, 2) warunków sprzyjających, indywidualnych. Posiadacze przeto tych pasożytów dzielą się na szkodliwych dla ogółu z powodu roznoszenia ognisk zarazy — zarażonych (*Wurmträger*, „*ankylostomés*“), lecz osobiście nie cierpiących z tego powodu, i na właściwych chorych (*Wurmkranken*, *ankylostomiasiques*), cierpiących na anemię wywołaną przez te pasożyty. Praca ciężka w sferze cieplejszej w warunkach ujemnych pod względem higienicznym, chodzenie bosso po łąkach, błotach wpływa na możliwość zarażenia się. W Europie warunki te odnajdujemy między robotnikami cegielni, górnikami, pracującymi pod ziemią w kopalniach węgla, siarki i w tunelach z powodu źle wentylowanych i wilgotnych pomieszczeń; na powierzchni ziemi choroba ta rzadko się pojawia. Wrotami wejścia zarazy jest nie tylko przewód pokarmowy, lecz i skóra, gruczoły łojowe i drogi oddechowe, skąd przez naczynia limfatyczne dostają się pasożyty do krwi; cierpienie to może się umiejscowić w jednej galeryi lub kopalni.

Anemię górników cechują 2 objawy: 1) stałe zmniejszanie hemoglobiny i znaczne zwiększenie ilości eozynofilowych leukocytów, 2) wtórna, czasem nieobecna anemia z całym szeregiem współistniejących przejawów ze strony organizmu: blado - żółtawy odcień skóry, bezkrwistość śluzówek, bicie i osłabienie serca, bóle głowy, bóle w brzuchu, osłabienie mięśni i ogólne wyczerpanie, w cięższych przypadkach opuchnięcie twarzy i puchliwa członków, poprzedzająca zupełne charłactwo. Okres wylegania się w tej chorobie trwa zwykle 5—6-u tygodni, stosownie do czasu rozwoju i umiejscowienia się pasożyta na powierzchni kiszki, chwilowo bez odczynu ze strony chorego. Następnie przyłączają się bóle niestałe w dołku, promieniujące w kierunku lewej łopatki lub lewego dołu biodrowego, brak apetytu, lub nienaturalny apetyt, doprowadzający do wymiotów, rozwolnień i wydalania niestrawionych pokarmów; chorzy jedzą błoto, ziemię, węgiel i t. d., obserwuje się to szczególnie u Indian lub Negrów (*pica* lub *geophagia*). Wymioty płynne, śluzowe lub żółciowe, język obłożony, *febris subcontinua*, lub *intermittens* dochodzi do 38° — 38,5°; od-

dech przyśpieszony, utrudniony, z powodu duszności trudno pracować. Potem mamy stopniowe odbarwienie się śluzówek, ciężar, bóle głowy, bóle w krzyżu, newralgie międzyżebrowe, niewytrzymałość na zimno. Na skórze opisują najrozmaitsze zmiany: *prurigo*, *papulae*, czerwoność i obrzęk; znajdowano też *pustulae*, w których były ankilostomy, oraz rozmaite inne przejawy, jak *rhizoglyphus noduli*. W razie umiejscowienia się zarazki na błonie śluzowej oskrzeli, mamy *bronchitis (catarrhe des gorges)*, doprowadzający do rozedmy płuc. Ten prodromalny okres trwa 1 — 2 miesiące i następuje okres coraz cięższej anemii. Wtedy wszystkie wyżej przytoczone objawy silniej atakują i wyczerpują organizm: skóra przybiera kolor żółty (*maladie jaune* dawnych autorów), staje się przezroczystą, nieco obrzękłą, źrenice rozszerzone, łącznice blade, naczynia szyi pulsują widocznie dla oka, bywa wzdęcie brzucha i niewielki *ascites* oraz obrzęk голени. Badanie krwi wykazuje zmniejszenie się liczby czerwonych krążków krwi i zawartości hemoglobiny, waga jednakże chorego wcale się nie zmniejsza, lub bardzo niewiele. Przy wysłuchiwaniu serca słyszymy stały znaczny szmer u podstawy lub u wierzchołka, zagłuszający inne dźwięki, czasem bywają liczne słabsze szmery lub silniejszy systoliczny na tętnicy płucnej. Na *v. jugularis* bywa prawdziwe lub fałszywe tętnienie żyłne, oraz spostrzegano szmer *du diable, de rouet*; spotykamy też *fremissement cataire*; tętno bywa przyśpieszone, równe, prawidłowe, miękkie. Objawy sercowe odpowiadają tym, które zwykle znajdujemy przy „*anaemia pernicioza*”. Badanie krwi jest bardzo ważne dla rozpoznania i rokowania: liczba czerwonych krążków zmniejsza się do 3500000, w cięższych przypadkach do 2-ch milionów, ilość hemoglobiny 27 — 17 na 100 [aparatus FLEISCHL'a], we krwi znajdowano krążki czerwone z jądrem i megaloblasty w znacznej ilości, hematoblastów bywa 50 — 200 tysięcy; specjalną cechą jest liczba eozynoflowych leukocytów od 8, — 27 [MÜLLER], 17% [ZAPPERT], do 72% [ERLICH]. Ilość neutrofilów się zmniejsza, również mononuklearnych leukocytów. Kał zawiera w sobie mniej lub więcej strawioną krów. Mocz przezroczysty, lekko zabarwiony, mniej więcej normalny. W sferze płciowej i w okresie dojrzewania bywa niemoc, rozmaite dolegliwości i opóźnienie. Co do systematu nerwowego, spotykamy *hypalgiesiam*, *hyperthermaes-thesiam*, uczucie zimna w dolnych kończynach, osłabienie mięśni, przy końcu choroby czasem drgawki epileptyczne, odruchy mięśniowe i skórne wzmożone. Stan umysłowy chorych przygnębiony, apatyczny. Na dnie oka spotykamy: 1) odbarwienie naczyńki, 2) obrzęk i odbarwienie brodawki ocznej. Postęp choroby zależy od przypadku, samorzutne wyleczenie się bywa rzadkie i bardzo powolne; śmierć zaś następuje zwykle dopiero w okresie uwiadu i ogólnego wyczerpania organizmu. Alkoholizm i *lues* pogarszają rokowanie; tuberkuloza rzadko współtowarzyszy tęgoryjcowi.

SUTZ i MACDONALD dają taki schemat cierpienia: I stadyum—objawów miejscowych: 1) postać ostra, 2) przewlekła; objawy jednakowe w obu razach i składają się z szeregu cierpień przewodu pokarmowego bez bladeści i przyśpieszenia tętna, odróżniają się zaś szybkością zwiększania się objawów. II stadyum—anemii [fałszywa blednica]: 1) postać ostra, naprzód wargi i paznokcie blade, tętno częste, brak szmerów anemicznych, później, łącznice, paznokcie i wargi blade, tętno częste, szmery anemiczne; 2) postać przewlekła: anemia mniej lub więcej wyrażona, przerost i rozszerzenie serca, częste tętno. III stadyum—obrzęków: 1) postać ostra: silna anemia z objawami w sercu i przesiekami w jamach surowicznych; 2) postać przewlekła: objawy wyczerpania organizmu, *arythmia*, *myocarditis*, *asystolia*, *cyanosis*, *anasarca*, *marasmus*, *mors*.

Formy kliniczne odróżniamy następujące: ostrą dyspeptyczną, jeżeli tęgoryjec wywołuje głównie i jedynie niemal objawy brzuszne [MANNONOWICZ]; przewlekłą cięższą, ponieważ anemia więcej postępuje; po-

stać anemiczna ostra czyli właściwa choroba górników, najczęściej spotykana, kiedy najpierw rozwijają się zmiany we krwi i następcze powikłania ze strony innych narządów, wyżej przytoczonych; postać żółta czkowska najrzadsza, podobna do formy brzusznej, kiedy apetyt zachowany, kolki żołądkowe, skóra przybiera dosyć silne żółte zabarwienie, bez odbarwienia kału, wątroba dosyć duża, wyczuwalna. Nareszcie postaci anormalne, kiedy występują na pierwszy plan pojedyncze drugorzędne objawy, ustępujące dopiero po wydaleniu z organizmu pasożytów. W razie nastawiania przez tęgoryjca małych dzieci, następuje swego rodzaju *nanismus ankylostomicus*, w rodzaju *nanismus mitralis*. Wreszcie trzeba zaznaczyć, że dużo osób miewa na śluzówce kiszek obfitą ilość tęgoryjca bez najmniejszych z tego powodu cierpień i objawów; oczywiście są to przypadki bardzo dobre i częste i wtedy nie zaliczamy tych osób do chorych, lecz widzimy w nich ruchome ogniska zarazy. Anatomopatologia, prócz obecności tęgoryjca swobodnie w świetle kiszek i przyczepionego do śluzówki [przez lupę], oraz anemii wszystkich narządów ciała, nie wykazuje nic specyficznego. Zwracano uwagę na częste przesięki, i czasem punkcikowate przekrwienie mózgu, głównie w *corpus callosum*.

Podstawą przy rozpoznawaniu anemii górników jest stwierdzenie ciężkiej anemii, powoli lecz stale wzmagającej się z objawami żołądkowo-kiszkowymi z zachowaniem ogólnego dobrego wyglądu, specyjalnych zmian we krwi i wreszcie obecności w kale specyficznego pasożyta. To ostatnie głównie rozstrzyga wątpliwości i decyduje kwestyę rozpoznania, czy jest to „anemia górników“, czy anemia samoistna (*an. essentialis progressiva*), lub wtórna po utracie krwi. Badanie kału najlepiej wykonać w ten sposób: odrobinę kału przepaloną igłą platynową, umieszczamy na szkiełku przedmiotowym z kroplą gliceryny lub wody, grubość warstwy zmniejszamy, przyciskając szkiełkiem pokrywkomem, powiększenie 800 razy. Jajka owalne z regularnymi konturami z widoczną często blastomera, przezroczyste. Badanie kału należy wykonać najpóźniej w 24 godziny po wydaleniu, ponieważ fermentacya kału często niszczy jajka.

Leczyć należy nie tylko chorych właściwych, lecz wogóle posiadaczy robaków aż do czasu zupełnego uwolnienia ich od pasożytów ze względu na ogólną higienę i możliwość rozszerzenia zarazy wśród innych współpracowników. Autorzy przytaczają dokładny opis specyjalnego leczenia, ponieważ zwykłe środki nie osiągają należnego celu. System leczenia w Westfalii jest następujący: chorzy i podejrzani przychodzą do szpitala w poniedziałek i wieczorem otrzymują środek czyszczący, zwykle 0,25 jalapy sproszkowanej i 0,25 kalomelu; we wtorek rano chory otrzymuje 8,0 ekstraktu eterowego paproci i 20,0 — 30,0 *Syrupi Sennae*, wieczorem lekka kolacya; w środę wieczorem znów 0,25 jalapy i 0,25 kalomelu, w czwartek kuracya, jak we wtorek, w piątek, jak w środę, w sobotę rano 4,0 *Extr. Filic. maris aetherei* + 20,0 *Syrupi Sennae*. Później, aby chory przyszedł do siebie, dają mu 4 dni odpoczynku z pełną porcyą. 80% chorych po tej kuracyi uwalnia się w zupełności od tęgoryjca. Potrójne badanie kału codziennie wskazuje, czy nie ma jajek pasożyta i chory albo otrzymuje świadectwo zdrowia, albo pozwolenie pracy na powierzchni ziemi, lub zupełną odmowę. W takim razie po 2 — 3-ch tygodniach nowa serya leczenia. Przez ten czas chory górnik otrzymuje cały lon [4-y marki], na co składa się w połowie stowarzyszenie górników (*Knappschaftsverein*), w połowie zarząd danej kopalni. MALVOZ i LAMBINET podają nieco odmienny sposób leczenia: w pierwszym dniu środek czyszczący [olej rycynowy, woda gorzka], dyeta mleczna; na drugi dzień *Extr. Fil. maris. aether.* 4,0 rozdzielić na połowę i użyć z przerwą $\frac{1}{2}$ godziny, po 2-ch godzinach 200,0 wody chloroformowej nasyconej, po następnych 2-ch godzinach gorzkiej wody 20,0; w trzecim dniu odpoczynek, w czwartym środek czyszczący, w piątym toż samo, co w dru-

gim dniu, w szóstym odpoczynek, wieczorem powrót do domu; sposób mniej pewny, lecz i mniej męczący [MALVOZ używa *Extr. Fil. maris* tylko firmy MERCK w Darmsztadzie]. We Włoszech używają tymolu, również w Anglii i Ameryce, w dozie 4,0 — 8,0 w opłatkach lub kapsułkach, aż do 15,0 *pro die* przy dyecie ściśle mlecznej w sposób specjalny, opisany przez LEICHTERSTERN'a z pewnemi przeciwwskazaniami.

Po usunięciu pasażów należy leczyć pozostałą anemię środkami zwykłymi, stosując się do danego organizmu i warunków. Odpowiednie żywienie, preparaty żelaza i arseniku grają tu najpoważniejszą rolę, również należy popierać hydroterapię.

W drugiej części dzieła autorzy omawiają kwestyę profilaktyki ogólnej t. j. higienę górniczą oraz przytaczają poczynione rozporządzenia i opisują urządzenia higieniczne w miejscach, gdzie tęgoryjec panuje i gdzie z nim walczą, wraz z przedrukiem urzędowych danych. Opieka sanitarna w kwestyi walki z ankilostomami opiera się na 1) niedopuszczeniu do kopalni ani jednego osobnika, zarażonego nimi i 2) na zabezpieczeniu i uzdrowotnianiu górników w kopalniach zarażonych. A więc wszystkich, a szczególnie nowo przyjmowanych robotników bada się specjalnie w wyżej wskazanym kierunku, a w kopalniach zarażonych zwraca się uwagę na dokładne wypełnianie przepisów higieny, wentylacji, na osuszanie, urządzenie klozetów z ziemią, na kąpiele, dezynfekcyę i wogóle na ulepszenie pod względem sanitarnym warunków, w jakich robotnicy pracują. Pogadanki, uświadamiające robotników i zabezpieczenie ich bytu w razie choroby i przez czas leczenia, oraz dbałość o higienę ich mieszkań i odpowiedni opis dopełniają obrazu, pożądanego u nas w celu uzdrowotnienia mas pracujących fizycznie.

Opis kilkunastu przypadków, leczonych przez autorów, stopniowo rozwijająca się walka z tęgoryjcem już na drodze urzędowej i zarazem ugodowej [zarządu kopalni i pracowników], oraz specjalne dokumenty, pozbierane z Niemiec, Belgii i Francyi, kończą dziełko. Czyta się ono z przyjemnością i lekko, część ogólna z powodu nielicznych u nas podręczników higieny górniczej wogóle powinna zainteresować pracodawców odpowiedzialnej gałęzi przemysłu, ponieważ zachowanie wskazanych tam przepisów higienicznych może zaoszczędzić dużo pracy nieprodukcyjnie marnującej się i zdrowia, oraz usunąć wiele nieporozumień, posuwając równocześnie robocze sfery o wiele kroków naprzód na drodze kultury i cywilizacyi. Wydanie bardzo staranne, rysunki wyraźne, dokładne i dosyć liczne.

(*Monografia, wydana w Paryżu 1905 r. stronic 239.*) Zygmunt Kotarski.

156. Posner. Przerost gruczołu krokowego a cukrzyca.

Autor zwraca uwagę na względnie często występujące u chorych w podeszłym wieku powikłanie cukrzycy przerostem gruczołu krokowego lub na odwrót. I tak, nieraz zdarza się, że chorzy na cukrzycę od dłuższego czasu wskutek bądź ściślejszej diety i skrupulatnego leczenia się lub też wskutek względnie nieciężkiego przebiegu cierpienia przestają zupełnie lub prawie zupełnie wydzielać cukier, lecz jednocześnie oddają duże ilości moczu, skarżą się na pragnienie, wysychanie w ustach i potrzebę częstego wstawania w nocy. Lekarze różnie tłumaczą sobie wtedy te skargi, najczęściej nie przychodzi im na myśl ewentualnie potrzeba zbadania stanu gruczołu krokowego, który może dawać powód do zupełnie takich samych objawów. Skutkiem tego chorzy nieraz bywają narażeni na długie bezowocne leczenie. Zdarza się jednak i odwrotnie. Chorzy skarżą się tylko na różne dolegliwości, tyczące się systematu moczowego, a lekarz poza przerostem gruczołu krokowego znajduje jeszcze lekką formę cukrzycy. POSNER na 30 przypadków przerostu gruczołu kroko-

wego w 6-u znalazł cukier w moczu. Co się tyczy pytania, czy przerost gruczołu krokowego może być następstwem długo trwającej cukrzycy, czy też rzecz ma się odwrotnie, autor przytacza szereg różnych zapatrywań, z których widać, że wszyscy autorowie kładą duży nacisk na jednocześnie silnie rozwinięte zwąpnienie naczyń u takich chorych. Przechodząc do leczenia, autor zaznacza, że w takich powikłanych przypadkach trudno jest nieraz przepisać odpowiednią dietę, gdyż duża część pożywienia, zalecana w przeroście gruczołu krokowego, bywa przeciwwskazaną przy cukrzycy i odwrotnie. Z poważniejszych zabiegów, stosowanych w przeroście gruczołu krokowego, operacje, o ile zachodzi powikłanie cierpienia cukrzycą, są, według większości autorów, przeciwwskazane. Nawet tak niewinny zabieg w normalnych warunkach, jak cewnikowanie przewodu moczowego, sprowadza np. zapalenie pęcherza i dróg moczowych.

(*Berliner klin. Wochensh.* 1905. N. 47).

T. Wrętowski.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

40. Jothion, preparat jodowy do stosowania skórniego.

Z przetworów jodowych nalewka jodowa i *Ung. Kalii jod.* w bardzo małym stopniu wchłaniają się przez skórę, natomiast nowy preparat, *Jothion*, zawierający dużo jodu, odznacza się wybitnymi własnościami chłonniczymi.

Jothion — *dijodhydroxypropan* — jest to żółtawy, oleisty płyn, o ciężarze właściwym 2,4 — 2,5; w wodzie rozpuszcza się w stosunku 1 : 80, w glicerynie 1 : 20, w oliwie 1 : 1,5; w alkoholu, eterze, chloroformie, benzolu, waselinie, lanolinie rozpuszcza się w każdym stosunku. Zawartość jodu 75—80%.

Z doświadczeń, przeprowadzonych z tym przetworem, WESENBERG wysnuwa następujące wnioski:

1) Wobec łatwego przenikania przez skórę *jothion* szybko i w znacznym stopniu wchłania się do organizmu.

2) Wobec tego, że *jothion* z łatwością rozkłada się pod wpływem alkaliczności limfy i krwi, przechodzi on szybko w jodek sodu i jako taki wydziela się w moczu i ślinie.

3) Przy skórnej stosowaniu *jothionu* bardzo rzadko i tylko w małym stopniu są spostrzegane zaburzenia przewodu pokarmowego.

4) *Jothion* okazuje w stosunku do bakterii ropnych, jak również do rozmaitych grzybków, wywołujących niektóre cierpienia skóry i włosów, silne działanie dezynfekujące i własności, hamujące rozwój bakteryi.

(*Archiv für Dermatologie und Syphilis.* T. LXXIV. Z. 2 i 3).

J. Rosenberg.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie Sekcji Ginekologicznej z d. 26-go października 1905 r.

1) NEUGEBAUER F. przedstawił dwuletnie dziecko o następujących wadach rozwojowych: *Exstrophia vesicae cum ectropio ureterum, epispadiasis penis*; poniżej prącia *scrotum*, zawierające jądra oraz przydatki; *hernia inguino - scrotalis dextra, hernia inguinalis sinistra, pelvis fissa cum ligamento interpubico*. Pomimo ciągłego wpływu moczu, nigdzie nie widać zaognienia powłok skórnych dzięki nadzwyczajnie troskliwej opiece matki dziecka.

2) NATANSON A. przedstawia torbiel wielkości główki noworodka. Guz rozpoznany był przed operacją, jako torbiel jajnika prawego. Przy operacji wszakże okazało się, że oba jajniki, choć były w stanie obrzęku, żadnej styczności z torbielą nie miały. Prawy jajnik leżał za torbielą i dlatego przy badaniu nie mógł być określony. Guz jest prawdopodobnie torbielą retencyjną jajowodu prawego. Zmian makroskopowych w jajowodzie i otrzewnej niema żadnych. Jajowód otwiera się w ścianie torbieli. Badanie mikroskopowe, będące w toku, wyjaśni prawdopodobnie sprawę całkowicie.

3) LEŚNIEWSKI przedstawił torbiel części pochwowej macicy, pochodzącą od 39-letniej kobiety, wieloródki, która od pewnego czasu miewała obfitszą miesiaczkę i dłużej trwającą niż zwykle. Macica prawidłowo położona, znacznie powiększona; zgłębnik wchodzi do jamy na 9 ctm. Na tylnej wardze części pochwowej wykrywa się twór polipowaty wielkości i kształtu śliwki, o szerokiej podstawie, którą jest przytwierdzony do swobodnej powierzchni wargi. Po dokładnem wyskrobaniu z jamy macicy dużej ilości tkanek wybijających, po przemyciu jej i zatkaniu kanału części pochwowej macicy, wycięto wyżej wspomniany guz, biorąc go wraz z kawałkiem tkanki samej wargi, wyciętym klinowato. Ranę zaszyto. Przebieg pooperacyjny pomyślny. Wycięty twór miał długości około 5 ctm., szerokości 2 ctm.; ze względu na spoistość mógł być wzięty za polip włóknisty. Śluzówka na guzie niezmiennona. Po przecięciu guza L. przekonał się, że jest to torbiel o ścianach grubości 1 — 2 mm., której zawartość stanowiła masa gęsta, ciągnąca się, zielonawo-brunatna, spoistości wosku, i dlatego twór nie dawał objawów chębotania. Masa ta, jak wykazało badanie drobnowidzowe, składała się ze śluzu i rozpadu. Zawartość ta łatwo się dała usunąć z jamy torbieli. Wewnętrzna powierzchnia torbieli gładka, różowa, pokryta śluzówką. Podstawa torbieli była o wiele grubsza. Pod drobnowidzem, na skrawkach, zrobionych przez całą długość torbieli i zabarwionych podwójnie hematoksyliną i eozyną, znalazł L. na zewnętrznej powierzchni guza nabłonek płaski, wielowarstwowy. Ściana torbieli składa się z rozmaitej grubości warstwy zbitej tkanki łącznej o licznych komórkach, licznych naczyńach krwionośnych, tu i owdzie drobnokomórkowo nacieczonych. Wewnętrzna powiechnia torbieli jest pokryta wysokim jednowarstwowym nabłonkiem walcowatym, prawie wszędzie dobrze zachowanym, o mocno zabarwionych, głęboko osadzonych jądrach. Migawek na nabłonku tym nigdzie nie widać. W podstawie guza, wyciętej wraz z kawałkiem wargi, znajdują się tu i owdzie włókna mięśniowe; poza tem kilka jam mniejszych. Wewnętrzna powierzchnia jednej z nich jest pokryta ładnie zachowanym nabłonkiem, takim samym, jak widzieliśmy w torbieli; w innych nabłonek niski, sześciangowy; wreszcie w jednej nie znajdujemy na wolnej powierzchni zgoła żadnego nabłonka.

Nabłonek zarówno w torbieli, jak w owych jamach mniejszych *membrae propriae* nie posiadał. [Preparaty drobnowidzowe L. demonstruje na epidiaskopie]. Co do powstawania owej torbieli, to zjawiają się dwa przypuszczenia: pochodzić ona może z t. zw. *ovulum NABOTHI*, lub też z pozostałości t. zw. przewodu *WOLFF'a* czyli *GARTNER'a*.

Przypomniawszy w krótkości sposób tworzenia się *ovularum NABOTHI* z gruczołów szyjki i z rzekomych erozyi, oraz naszkicowawszy przebieg przewodu *GARTNER'a* i jego budowę, mówca skłonny jest uważać w mowie będącą torbiel za pochodzącą z tego ostatniego źródła, zauważywszy niezwykle wymiar torbieli, szerokie osadzenie na części pochwowej, grubość ściany, oraz dobrze zachowany wysoki nabłonek, wyściełający jamę torbieli.

W dyskusyi *NEUGEBAUER*, oddając pierwszeństwo co do punktu wyjścia owej torbieli przypuszczeniu, że powstała ona z resztek przewodu *WOLFF'a*, dodaje kilka słów o wrzekomo polipowatym przeroście warg macicznych przez otwór wianka obrączkowatego, nieumiejętnie kontrolowanego z własnej winy pacjentki. Przykład tego rodzaju kol. N. demonstrował na jednym z poprzednich posiedzeń Sekcyi. *STEINHAUS* wypowiada zdanie, że torbiel, przedstawiona przez kol. L., winna być uważana za twór, pochodzący z resztek przewodu *GARTNER'a*, a nie za *ovulum NABOTHI*. Przemawia za tem jego wielkość i umiejscowienie. Przeciwno temu zaś możnaby przytoczyć jedynie cechy zawartości torbieli i argument ten byłby słusznym wszakże tylko wtedy, gdybyśmy mieli pewność, że nie wtórne zmiany zapalne i krwotoki przekształciły pierwotnie surowiczą zawartość, lecz że od początku zawartość nie była przezroczystą, surowiczą.

Zresztą, jest to pogląd indywidualny, który udowodnionym być nie może, tak samo, jak pogląd przeciwny, według którego twór badany jest *ovulum NABOTHI*.

BORYSSOWICZ zaznacza, że w danym przypadku trudno rozstrzygnąć kategorycznie pochodzenie torbieli. Przy niezycie szyjki gruczoły bardzo głęboko mogą sięgać wgłąb mięszu, przyczem mogą się wytwarzać dość duże jamy torbielowate. Następnie zawartość torbieli *GARTNER'owskich* zwykle bywa surowicza, a zawartość *ovularum NABOTHI* gęsta, co było i w danym przypadku.

M. Rytko.

Władości bieżące.

— W d. 3 b. m. na zgromadzeniu lekarzy w Resursie Obywatelskiej zawiązano Stowarzyszenie, mające na celu zrzeszyć lekarzy warszawskich w sprawach zawodowych, społeczno-zawodowych i towarzyskich. Stowarzyszenie będzie wolne od specjalnej barwy politycznej i ma stać poza stronnictwami. Komisya balotująca i organizacyjna zostały wybrane i zapisują kandydatów.

Dla ścisłości musimy zanotować, czego we właściwym czasie uczynić nie wolno jeszcze było, iż od kilku miesięcy istnieje i funkcjonuje już związek lekarzy polskich, który za cel wytknął sobie zjednoczenie lekarzy polaków dla wspólnej obrony praw narodowych, politycznych i społecznych.

Oba te zrzeszenia lekarzy warszawskich, różniące się tem, iż drugie wyłączyło ze swej ustawy kwestye polityczne, które każdy z jego członków może uprawiać w innych kołach zależnie od swych przekonań, będą staraly się, między innemi o polski wydział lekarski w uniwersytecie, zreformowanie szpitali w duchu wymaga obecnych, obsadzenie polakami urzędów lekarskich państwowych i społecznych w kraju [lekarzy miejskich, wiejskich, szkolnych, fabrycznych, kolejowych i t. d. i t. d.

— Kol. Woznyński został ordynatorem szpitala dla dzieci przy ulicy Aleksandrya.

Od Wydawcy.

— 1 —

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1906 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Celem uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1906 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi rb. trzy. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Do bieżącego numeru Gazety dołącza się prospekt księgarni Wendego.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny Dr Wł. Gajkiewicz.