

GAZETA LEKARSKA

I. O wycieku samoistnym płynu mózgowo-rdzeniowego przez nos.

Napisał

Dr med. L. E. Bregman,

ordynator szpitala na Czystem.

Wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego z nosa następuje, jak wiadomo, często po złamaniach podstawy czaszki. Jest to jeden z ważniejszych objawów przy rozpoznaniu złamania. Wyciek w tych razach trwa zwykle krótko i w razie zejścia pomysłnego ustaje w zupełności. Bardzo rzadko się zdarza, że trwa on dłużej; tak np. w przypadku podanym przez MATHIESEN'a, u chłopca 13-letniego, który uległ złamaniu podstawy czaszki, jeszcze w dwa miesiące po złamaniu wydzielala się z nosa ciecz wodnista, która pod wszystkimi względami odpowiadała płynowi mózgowo rdzeniowemu. W ciągu dwu godzin można było zebrać 20 ctm. sz. Stan ogólny chłopca był doskonały, żadnych innych objawów nie było.

Zdarza się też, jak np. w przypadku VIEUSSE'a, że wyciek z nosa jest na razie jedynym objawem złamania podstawy czaszki. W przypadku tym chory w ciągu 18-u dni po urazie nie przedstawiał żadnego innego objawu, potem nastąpiła *meningo-encephalitis*, a oględziny pośmiertne stwierdziły złamanie na podstawie czaszki w jamie przedniej po przez blaszkę sitkową.

Znacznie rzadziej, aniżeli po urazach czaszki, spostrzegany bywał wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego przez otwory nosowe samoistnie, bez żadnego poprzedzającego urazu. Cierpienie to jest jeszcze tak mało znane, że zarówno w podręcznikach neurologicznych, jak i chorób nosa, nie znajdujemy o niem żadnych wzmianek, lub też krótką wzmiankę bez szczegółowego

opisu. Autor angielski ST. CLAIR THOMPSON w roku 1889 poświęcił temu przedmiotowi oddzielną monografię, w której podał jeden przypadek własny i zestawił wszystkie przypadki przedtem opisane. Przypadki te autor ugrupował w dwu tablicach: w pierwszej te, w których płyn wydzielający się z nosa był niewątpliwie płynem mózgowo-rdzeniowym, w drugiej zaś te przypadki, w których tożsamość obu cieczy była najbardziej prawdopodobna. Do pierwszej grupy należą przypadki: TILLAUX, LEBER, TRISON i LENOBLE, MACKENZIE, GUTSCHE, MERMOD, ST. CLAIR THOMPSON, SCHEPPEGRELL, KOERNER. Do drugiej: KING, JON ELLIOTSON, JAMES PAGET, FISCHER, SPEIER, BAXTER, EDWARD NETTLESHIP, PRIESTLEY SMITH [2] EMRYS-JONS, BERG, LICHTWITZ. Prócz tego zaliczyć można prawdopodobnie do tej samej grupy przypadki WILLIS'a, MARGAGNI'ego, NOTHNAGEL'a, GROH'a, ES. NAPER'a, BERG'a, FLATAUA, JAMES'a.

W późniejszej literaturze znalazłem jeszcze tylko przypadek FREUDENTHAL'a. W obec rzadkości tego rodzaju spostrzeżeń, pozwolę sobie podać dwa nowe przypadki, a potem zajmę się bliższem rozpatrzeniem omawianego objawu.

Przypadek I. Panna R. G., lat 20, przybyła do szpitala dnia 5-go grudnia 1906 r. Z wywiadów zebranych od chorej i jej matki dowiadujemy się, że chora od roku cierpi na wyciek z nosa. Objaw ten powstał nagle bez wiadomej przyczyny, poprzedzały go katar i kaszel. Wyciek od razu był obfity, taki jak obecnie; z tego powodu, chora już latem zeszłego roku, leczyła się w szpitalu na oddziale laryngologicznym dra LUBLINERA. Badanie wzornikiem wykazało wówczas polipową degenerację muszli średniej; badanie z głębnikiem—obnażenie kości sitowych ze strony lewej. 24. III. usunięto ostrymi kleszczami z jamy sitowej bardzo liczne granulacje, oraz zwyrodniałą muszlę średnią. W kilka dni po tej operacji bole głowy znikły, ale wkrótce znowu się ponowiły; wydzielina z nosa pozostała obfita. 13. VIII chora wypisała się ze szpitala. 5. XII ponownie zapisała się na oddział laryngologiczny. Przy badaniu nosa znaleziono, że lewa średnia muszla odsunięta do środka i nieco do tyłu, pod nią wzdłuż całej muszli występuje rozrosła *bulla ethmoidalis*, przy podnoszeniu zaś jej ukazuje się pod nią nieco śluzowo-ropnej wydzieliny; od tyłu, przy badaniu lusterkiem widać również tylną część rozrosłej puszkii sitowej. 7. XII zapomocą LAURENS'a zdjęto przednią część średniej muszli [dane te zaczerpnąłem z pozostawionej łaskawie do mojej dyspozycji karty oddziałowej].

12-go grudnia chora została przeniesiona na oddział chorób nerwowych. Do 15-go roku życia była zupełnie zdrowa, rozwijała się normalnie pod względem fizycznym i umysłowym, Żadnych chorób nie przechodziła; w 15-ym roku życia zaczęła nadmiernie tyć. Otyłość jej powiększała się z roku na rok i stała się rażąca na pierwszy rzut oka. Dziwiło to otoczenie tem bardziej, że chora mało jadła. W rodzinie usposobienia do otyłości niema. W tym samym czasie wystąpiła również pewna niezręczność prawej ręki, skutkiem czego chora, która przedtem zaczęła już uczyć się krawiectwa, zmuszona była zajęcie to porzucić i wstąpiła do fabryki cukier-

ków. Również od tego samego czasu chód chorej stał się niezręczny i jakby mniej pewny. Przedtem biegła doskonale. Chora zaczęła doznawać napadów bólów i zawrotów głowy, którym niekiedy towarzyszyły wymioty.

Znaczne pogorszenie jej stanu datuje m. w. od roku, kiedy zaczęła się pokazywać wydzielina z nosa; równocześnie chora zaczęła chudnąć b. szybko, tak że waga ciała zeszła stopniowo na 125, 120, a ostatnio już tylko wynosiła 100 funtów.

Od pół roku bole głowy wzmogły się znacznie. Chora miewała zawroty głowy tak silne, że nie mogła się na nogach utrzymać. Prócz tego chora miała napady, trwające dobę i dłużej, w których traciła przytomność i leżała nieruchomo. Około tego samego czasu, wystąpiły zaburzenia wzrokowe, naprzód na lewo, a w ostatnim czasie i na prawem oku. Bole głowy w ostatnich miesiącach przed wstąpieniem do szpitala znikły prawie zupełnie.

Od roku chora przestała pracować; chodź się pogorszył; chodzi jak pijana. Drżenie kończyn górnych, zwłaszcza prawej powiększyło się, chora nie może pisać jak poprzednio. Jedzenie z łyżki się jej wylewa.

Wyciek z nosa jest u niej objawem stałym od roku. Ciecz wydziela się w mniejszej lub większej ilości dniem i nocą. We dnie chora zużywa 8 do 10-u chustek. W nocy zmacza poduszkę, zwłaszcza gdy leży na lewym boku. Chustki po wyschnięciu nie sztywnieją. W napadach bólu głowy wyciek, według twierdzenia chorej, nie ustawał. Czy w czasie napadów utraty przytomności wyciek trwał dalej, nie mogliśmy się od matki dowiedzieć.

Ciecz wydziela się tylko z lewego otworu nosowego i bólów w nosie chora nie doznawała nigdy. Objaw ten przyczynia jej najwięcej zmartwienia, ponieważ czyni ją niezdolną do jakiegokolwiek zajęcia, do obcowania wśród ludzi.

Rodzice chorej zdrowi. Również 5-oro rodzeństwa. Wszyscy są wysokiego wzrostu. Chora najmniejsza. Chora rodziła się normalnie. Urazu nie było.

Badanie przedmiotowe wykazało co następuje: chora, średniego wzrostu, wątłej budowy, wychudzona, anemiczna.

Siła wzroku bardzo zmniejszona, na prawem oku chora liczy palce na pół łokcia, na lewem siła wzroku wynosi mniej niż $\frac{5}{10}$. Żrenice nierówne, lewa nieco zwiększona, prawa średnia. Na światło oddziaływają słabo, [prawa gorzej niż lewa], na przystosowanie lepiej.

Na prawem oku zez zbieżny i ku górze (*strabismus convergens et sursumvergens*). Ruchy gałek ocznych, przy badaniu pojedynczym każdego oka: lewe oko ku górze porusza się minimalnie, ku dołowi również ku wewnątrz [na prawo] dobrze, ku zewnątrz zaś [na lewo] niezupełnie; prawe oko ku górze porusza się nieco lepiej od lewego, przytem idzie ku górze i wewnątrz z drganiem nystagmusowem, ku dołowi idzie gorzej od lewego, ku wewnątrz dobrze, ku zewnątrz [na prawo] niezupełnie. Również

przy badaniu obu oczu naraz, gałki ku górze poruszają się mało: prawa lepiej niż lewa; ku dołowi zaś lewa idzie lepiej od prawej, zez zbieżny zmniejsza się ku górze, zwiększa się ku dołowi; ruchy boczne chora wykonywa dobrze, tylko prawa gałka niezupełnie dobrze dochodzi do zewnętrznego kąta szpary ocznej przy patrzeniu na prawo, a lewa przy patrzeniu na lewo; na obu oczach *nystagmus* przy patrzeniu do góry, lekkie drganie nystagmusowe przy patrzeniu na lewo, niekiedy również przy fiksowaniu przedmiotów w linii środkowej.

Podwójnowidzenia niema i nie wykazuje się przy badaniu szklami kolorowemi. Pole widzenia ograniczone na obu oczach: na prawem m. w. koncentrycznie, na lewem najwięcej od dołu i zewnątrz.

Ze strony innych nerwów mózgowych brak zaburzeń, zauważyć się tylko daje lekkie drżenie warg i języka. Powonienie zachowane.

Chód niepewny, chora wyraźnie się zatacza, najczęściej na prawą stronę. Stoi również na rozszerzonej podstawie. Stać na jednej nodze nie może. Pewna niezręczność przy wstawaniu z krzesła, przy wchodzeniu i schodzeniu z krzesła. Ucisk prawej ręki nieco słabszy od lewej [chora nie jest mańkutom], pozatem wyraźnych objawów niedowładu kończyn niema, kończyny górne wyciągnięte, drżą, zwłaszcza prawa. Pismo drżące, prawa ręka przy dokładniejszych manipulacjach wykazuje pewną niezręczność. Przy próbie palec—nos wyraźnego bezwładu niema. Czucie zachowane. Przy oddawaniu moczu zaburzeń brak.

Odruchy kolanowe oba wzmożone, prawy większy niż lewy, z charakterem klonicznym.

Odruchy ze ścięgna *ACHILLES*A prawy kloniczny, lewy wzmożony. Odruchy podszewowe słabe, szybko wyczerpując się ze zgięciem plantarnem; objawu *BABIŃSKIEGO* brak.

Inteligencja słaba. Wielka płaczliwość.

Chora dotąd nie miesiączkowała. Badanie ginekologiczne [kol. *NATANSON*] wykazało niedorozwój narządów płciowych (*uterus infantililis*). Owłosienie sromu normalne.

Co się tyczy wycieku z nosa, stwierdzono, że odbywa się wyłącznie z lewego otworu. Płyn wycieka kroplami, niekiedy wolniej, innym razem szybciej, „jak fontanna“. Najbardziej, gdy chora głowę nachyla, lub kładzie się na lewym boku. W położeniu na wznak płyn nie wycieka wcale, ale chora czuje, że ścieka do gardła. Płyn jest zupełnie przezroczysty, jak woda. W przeciągu 10-u minut, przy nachyleniu głowy, zebrano 15 ctm. sz. Badanie tej cieczy, dokonane przez dra *ST. MUTERMILCHA*, wykazało: odczyn słabo alkaliczny, białka 2,5‰, sporo czerwonych krążków krwi, i w odpowiednim dla krwi stosunku leukocyty. Z kwasem octowym, zmętnienia nie otrzymywało się. Punkt zamarzania [Δ] wynosi—0,56°C.

W parę dni później zrobiono ponowne badanie zebranej przy nachyleniu głowy cieczy, z tą różnicą wszakże, że pierwszą porcją odlano. Zawartość białka okazała się wtedy znacznie mniejszą, bo zaledwie 0,1‰. Elementów morfotycznych znaleziono bardzo mało: skąpe leukocyty wielojądrowe i poje-

dyńcze płaskie komórki nabłonkowe. Punkt zamarzania [Δ] wynosił $-0,56^{\circ}\text{C}$. Cukru, przy pomocy sacharimetru fermentacyjnego LOHNSTEIN'a, nie wykrywa się. Próba RYWALTY daje wynik ujemny. Ciężar gatunkowy cieczy 1007.

Po zebraniu około 15 ctm. sz. cieczy, dokonano nakłucia łądźwiowego, lecz, płynu, pomimo nawet umieszczenia chorej w pozycji siedzącej, nie otrzymano.

4. I wykonano ponownie nakłucie łądźwiowe i wypuszczono około 20-u ctm. sz. płynu przezroczystego, z odcieniem żółtawym. Badanie tego płynu wykazało: ciężar gatunkowy 1009, zawartość białka 3% , punkt zamarzania $-0,56^{\circ}\text{C}$. odczyn RYWALTY wypadł słabo, limfocytozy niema, jodu się nie wykrywa [chora od przybycia do szpitala przyjmowała (*Kalium jodatam*)].

[D. c. n.].

II. Z PRACOWNI SANATORYUM W ZAKOPANEM.

Badania krwi według metody Arneht'a u chorych na gruźlicę ze stanowiska klinicznego.

Podali

Dr K. Dłuski i M. Rospędziowski.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 3).

W przeciwstawieniu do wyżej omówionych przypadków, w których stan płuc harmonizował z układem krwi, przytoczyć winniśmy pozostałe 4 przypadki, należące także do II-go okresu choroby, u których harmonii tej stwierdzić nie możemy. Przypadki te dotyczyły chorych, u których układ krwi mocno uchylał się od normalnego na lewo, i pomimo to że we wszystkich tych czterech przypadkach nastąpiła wyraźna poprawa stanu ogólnego i w płucach, układ ten nie uległ najmniejszej zmianie na lepsze, a w jednym nawet pogorszył się. Jako przykład przytaczamy następujące wzory [patrz tabl. na str. 72 i 73].

Jak widzimy w pierwszym wzorze, różnica między dwoma badaniami w pierwszych dwu klasach jest tak mała, bo wynosi zaledwie 2% , że możemy nie brać jej w rachubę. Natomiast we wzorze chorego Nr 16 przesunięcie się obrazu na lewo, jest dość znaczne, bo wynoszące 10% , aby śmiało nazwać taką zmianę w układzie krwi jako pogorszenie. 4 te więc przypadki nie potwierdzałyby teorii ARNEHT'a z powodu swej niezgodności z przebiegiem klinicznym. Być może, iż dalsze losy chorych po opuszczeniu zakładu usprawiedliwiłyby taką niezgodność, w tem mianowicie znaczeniu, że popra-

Ks. Cz. Ch. Nr. 16.

I		II		III				IV				V i wyżej	U W A G I		
M	W	I	2 K	2 S	1 K 1 S	3 K	3 S	2 K 1 S 2 S 1 K	4 K	4 S	3 K 1 S	3 S 1 K 2 K 2 S			
-	-	10	4	20	23	3	10	12	11	2	-	1	4	-	23. IV. 1907 r.
10%		47%		36%				7%				-	leukocytów 9,000		
-	-	16	2	20	34	2	1	10	9	2	-	1	3	-	20. VI. 1907 r.
16%		56%		22%				6%				-	leukocytów 10,100		

wa w zakładzie mogłaby być krótkotrwałą—i że po niej mogło nastąpić pogorszenie.

Istotnie w jednym z tych 4-ch przypadków, chora M. Nr. 15, pomimo znacznej poprawy, jaką uzyskała w naszym zakładzie, po powrocie domu, jak nam wiadomo, zaczęła gorączkować i stan jej od kilku miesięcy jest znacznie gorszy.

To znów potwierdziłoby jedno z ważnych spostrzeżeń ARNETH'a, że układ krwi jest nie tylko bardzo czułym, ale i bardzo przezornym wskaźnikiem dla orientowania się w dalszym przebiegu klinicznym.

ARNETH kładzie silny nacisk na to, że zły układ krwi może nie odpowiadać pomyślnemu w danej chwili stanowi klinicznemu i radzi w takim razie w rokowaniach nie dowierzać pozornie dobrym objawom klinicznym, a kierować się wynikami badań hematologicznych. Na poparcie tego swego twierdzenia przytacza on parę przykładów¹⁾, w których po osiągnięciu znacznej poprawy zarówno w płucach, jak i w powikłaniach ze strony krtani i po znacznym podniesieniu stanu ogólnego [przybytek około 7 kilogr. na wadze] nie można było u chorych stwierdzić żadnego polepszenia się w złym od początku układzie neutrofilnym. Taki stan krwi usprawiało następnie znaczne pogorszenie się sprawy płucnej i stanu ogólnego, które nastąpiło w niespełna dwa i pół miesiąca potem.

[C. d. n.].

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

O sprawach ropnych w błędniku usznym.

Podał

Aleksander Żebrowski.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 3].

Najczęstszem następstwem ropnych spraw w błędniku usznym bywa przejście ropnego zapalenia z błędnika do jamy czaszkowej, przyczem ostatecznem zejściem jest powstanie rozlanego lub ograniczonego ropnego zapalenia opon mózgowych lub, co zdarza się rzadziej, utworzenie się ropnia zewnątrzoponowego. Ropień zewnątrzoponowy powstać może nie tylko wskutek przetoki błędnikowej, lecz również z powodu ograniczonej próchnicy torebki błędnika. FRIEDRICH przytacza przy padki, w których nastąpiło wytworzenie się ropni zewnątrzoponowych, błędnik jednak był niezmienny, schorzeniu

¹⁾ Die Lungenschwindsucht i t. d. ARNETH. Zeitschrift f. Tub. 1905, t. VII. z. 4. Przy padki 37, 38.

wlewały jedynie liczne komórki powietrzne, otaczające błędnik dookoła. Podobny przypadek był spostrzegany przeze mnie: z powodu ostrego ropnego zapalenia lewego wyrostka sutkowego wykonałem trepanację; chory w kilka dni potem zmarł prawie nagle przy objawach mózgowych. Sekcja wykazała obecność niewielkiego ropnia zewnątrzoponowego w tylnym dole czaszkowym, a przyczyną ropnia była próchnica tylnej części piramidy. Przewód łukowaty tylny był zupełnie niezmienny i otoczony masą rozmięklej kości gąbczastej; wyglądał tak, jak gdyby był najstaranniej odpreparowany; w przedsionku i ślimaku ani śladu ropnego zapalenia nie znalazłem. Przyczyną zejścia śmiertelnego był olbrzymi ropień lewej półkuli mózdku nierozpoznany za życia, który pękł do komory czwartej. Oczywiście przyczyną ropnia zewnątrzoponowego w moim przypadku było zropienie komórek powietrznych otaczających błędnik, nie zaś schorzenie samego błędnika.

Rozlane ropne zapalenie opon mózgowych jest najczęstszą przyczyną zejścia śmiertelnego przy ropnych sprawach w błędniku usznym. HINSBERG na 198 zebranych przezeń przypadków ropnego zapalenia błędnika znalazł 60 przypadków *meningitidis purulentae*. Na 44 przypadki ropnych spraw w błędniku, zaznaczanych *in vivo* lub na stole sekcyjnym w klinice usznej w Halle [od 1898 r.—1904 r.], 12 razy przyczyną niepomyślnego wyniku było ropne zapalenie opon mózgowych. Na 27 przypadków ropnych spraw w błędniku usznym, podanych przez FRIEDRICH'a w powyżej przytoczonej pracy, 13 razy *meningitidis purulenta*; HEINE zebrał 63 przypadki *meningitidis purulentae*, przyczem 22 razy zakażenie nastąpiło przez błędnik. Należy tu zwrócić uwagę na fakt, że od czasu rozpowszechnienia się t. zw. operacji doszczętej, ilość spostrzeganych ropnych zapaleń opon mózgowych zwiększyła się znacznie. ZERONI w swej pracy *Die postoperative Meningitis*¹⁾, opartej na dokładnem przejrzeniu odnośnej literatury i na spostrzeżeniach własnych przychodzi do wniosku, że najczęstszą przyczyną tego niesłychanie przykrego następstwa operacji doszczętej jest nierozpoznane za życia ukryte ropienie w błędniku. Zdaje się jednak, że część winy leży i na samych wykonawcach tej trudnej operacji. ZERONI bowiem kończy swą pracę przestrzeżeniami, aby być nadzwyczaj ostrożnym przy operowaniu w jamie bębnekowej, aby starannie usuwać wszystkie odłamki kostne, unikać zbyt silnych uderzeń dłutkiem i t. d. W ogólności nierozważne otwarcie zdrowego błędnika dłutem lub świderkiem (*fraise*) należy do tych błędów operacyjnych, które często mają jedno tylko następstwo, a mianowicie śmierć chorego; to samo tyczy się zwichnięcia strzemięcia okienka owalnego i okrągłego; stąd ta powolność; z jaką stopniowo powstała technika zabiegów operacyjnych na błędniku usznym.

Oprócz rozlanego ropnego zapalenia opon mózgowych ropna sprawa w błędniku wywołać może utworzenie się ropni w mózgu i mózdku; przypadki podobne częstokroć były spostrzegane. Znacznie rzadziej spostrzegano ropnicę, której powstanie zrozumiąle jest ze względu, że żyły wodociągu ślimaka wlewają się do zatoki poprzecznej i tym sposobem mogą przenieść drobnoustroje z błędnika na zatokę.

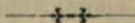
Rozpoznanie ropnego zapalenia błędnika należy do trudnych zadań głównie ze względu na częsty brak objawów charakterystycznych tego cierpienia. Jedynie całokształt licznych objawów klinicznych, a również wyłączenie objawów powikłania wewnątrzczaszkowego umożliwiają przypuszczenie istnienia sprawy ropnej w błędniku usznym, a częstokroć przypuszczenie to dopiero podczas operacji przejść może w pewność, o ile znalezione zostaną zmiany anatomo-patologiczne w torebce kostnej błędnika, w okolicy okienka owalnego

¹⁾ Archiv f. Ohrenheilkunde, t. 66.

i t. d. Niekiedy już badanie wziernikiem nasunąć może myśl o istnieniu skrytego ropnego cierpienia w błędniku; szczególnie przy przewlekłym zapaleniu ropnem ucha średniego, spowodowanem przez szkarlatynę i odrę, należy zwracać baczną uwagę na przedgórze (*promontorium*) i okolice okienka owalnego, gdzie częstokroć znajdujemy tworzenie się ziarniny, a zgłębnikiem niekiedy można wykryć przetokę i tworzenie się sekwestrów kostnych [martwaków]. Przy istnieniu t. zw. cholesteatomatu należy w ogólności bardzo być ostrożnym z rokowaniem, masy bowiem cholesteatomatu częstokroć przenikają daleko głębiej, aniżeli to możnaby było przypuszczać; następują obszerne zniszczenia torebki kostnej błędnika z otwarciem przedSIONKA, przewodów łukowatych a nawet ślimaka. Cholesteatomat gra bardzo często rolę czynnika, wywołującego ropną sprawę w błędniku usznym wraz z jej następstwami.

[D. e. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



8. Patel. Sigmoiditis i perisigmoiditis.

Na podstawie kilku przypadków spostrzeganych osobiście w klinice JABOULAY'a, oraz danych zaczerpniętych z piśmiennictwa—ogółem 70 przypadków—autor kreśli obraz kliniczny choroby powyższej, ogółowi lekarzy dotychczas mało jeszcze znanej.

Pierwszy opis *sigmoiditis* zawdzięczamy MAYOR'owi, który w r. 1897 przeprowadził analogię pomiędzy zapaleniem kątnicy a esicy. Później, gdy uwagę zarówno chirurgów, jak i klinicystów zaczął przykuwać prawy dół biodrowy, zapomniano o tej postaci chorobnej, starając się każdą sprawę zapalną, nawet wyraźnie ograniczoną do lewego dołu biodrowego, przypisać wyrostkowi robaczkowemu. Dopiero w ostatnich czasach coraz częściej zaczęły ukazywać się prace odnośne.

Pod nazwą „*sigmoiditis*” rozumieć należy pierwotne zapalenie jednej, lub wszystkich warstw ściany esicy. Jeżeli wyłączyć zapalenia esicy swoiste na tle biegunki krwawej, syfilisu i gruźlicy, oraz zapalenia tkanki, otaczającej ten odcinek okrężnicy, pozostającego w związku z rakiem esicy, lub ropieniem w jajniku i więzach szerokich, to ostatecznie nazwę „*sigmoiditis*” i „*perisigmoiditis*” stosować będziemy do każdego zapalenia, którego punktem wyjścia jest ściana *S romani* i którego przyczyną bezpośrednią są drobnoustroje kiszki. Że ten obraz chorobny nie jest złudzeniem, że nie jest to, jak to twierdzą niektórzy, prawie zawsze zapalenie wyrostka robaczkowego, dowodzą tego niewątpliwie spostrzeżenia kliniczne i wyniki operacyi.

Co się tyczy etyologii, przytaczano cały szereg przyczyn ogólnych i miejscowych, jak: wiek, choroby ogólne, ciała obce, nadużywanie środków czyszczących i ławatyw, robaki kiszki, wreszcie zaparcie stolca. Zdaje się jednak nie ulegać wątpliwości, że wszystkie czynniki powyższe odgrywają głównie rolę usposabiających, gdy prawdziwą przyczyną choroby tkwi w anatomicznych i fizjologicznych właściwościach okrężnicy esowatej. Przedewszystkiem należy zaznaczyć, że topografia esicy nie jest jednolita, zarówno pod względem długości tego odcinka, jak i długości jego krezki oraz umiejscowienia. Niekiedy krezka esicy bywa tak długa, że esicę spotykamy pod wątrobą, w małej miednicy, lub prawym dole biodrowym. W innych znowu przypadkach krezka jest tak krótka, że *S romanum* tworzy prostą rurę, co znakomicie

przyczynia się do prawidłowego wydalania mas kałowych. Również i średnica okrężnicy esowatej podlega znacznym wahaniom; obok prawdziwych megakolonów, jak w chorobie HIRSCHPRUNGA, spotykamy częściowe rozszerzenie esicy, dochodzące do 60 cm. na obwodzie i niewątpliwie sprzyjające zaleganiu kału. Wiadomo, że masy kałowe najdłużej przebywają w *S romanum*, dłużej niż w odbytnicy; koprostacie sprzyjają jeszcze liczne zagłębienia i przegięcia, zwiększające się skutkiem długiej krezki. Za ważny czynnik etyologiczny w patologii zapalenia *S romani* uważać dalej należy jego uchyłki. Pierwszy opisał je CRUVELHIER pod nazwą „*hernie tuniquaires*“; zdaniem jego, uchyłki te powstają w ten sposób, że mięśniówka rozstępuje się, a przez szparę wypukła się śluzówka i na powierzchni jelita ukazuje się wyniosłość, pokryta otrzewną. Uchyłki takie spotyka się przede wszystkim u chorych, którzy przekroczyli czterdziestkę i cierpią na zaparcie stolca. Wielkość tych uchyłków dosięga rozmiarów ziarenka grochu, a umiejscowione są przeważnie na wypukleniach i wzdłuż taśm okrężnicy esowatej, nadając jej wygląd żyłakowaty. Barwa ich jest czarniawa, a zawartość stanowi kał. Co się tyczy ich budowy, to istotnie warstwa mięśniowa jest bardzo cienka, śluzówka również ulega zanikowi, a tylko surowicza nie przedstawi żadnych zmian. Nie ulega kwestyi, że powstawaniu tych uchyłków sprzyja zaparcie stolca i atonia mięśniówki okrężnicy.

Spróbujmy teraz objaśnić sobie powstawanie zapalenia esicy. Przedewszystkiem za pewnik należy przyjąć, że podobnie, jak w zapaleniu wyrostka, tak i tu główną rolę odgrywają drobne stroje kiszki, głównie *bacterium coli* potem *bacillus fluorescens* i *proteus vulgaris*. Do przyczyn, usposabiających do zapalenia trzeba przedewszystkiem zaliczyć koprostazę; nie należy przez to rozumieć, ażeby każde nadmierne nagromadzenie kału miało wywoływać zapalenie, ale nie ulega wątpliwości, że może ono odegrać podobną rolę, jak zatrzymanie moczu w rozciągniętym pęcherzu, z tą różnicą, że w tym ostatnim przypadku potrzebne jest jeszcze zakażenie z zewnątrz, gdy zalegające masy kałowe same przez się obfitują we florę zakaźną. W tym znaczeniu tylko mowić można o „*sigmoiditis stercoralis*“. Masy kałowe mogą wywoływać zaburzenia odżywcze śluzówki, która wtedy łatwo już ulega zakażeniu; to ostatnie potem przenosi się na warstwy pozostałe. Wszystkie czynniki powyższe potęgują się jeszcze w razie obecności uchyłków esicy. Zakażeniu sprzyja bądź jakiegokolwiek ciało obce w uchyłku, bądź też obrzęk śluzówki, prowadzący do t. z. „*cavité close*“; niekiedy uchyłki ulegają skrętowi i martwieją, a dokoła nich wytwarzają się ropnie. Dlatego też można taką esicę z uchyłkami porównać z kątnicą i wyrostkiem; i tu i tam etyologia zakażenia jest podobna; kto wie nawet, czy w każdym przypadku „*sigmoiditis*“ nie mamy do czynienia z prawdziwą „*diverticulitis*“.

Rozpatrzmy teraz kolejno postaci choroby, o której mowa, z punktu widzenia klinicznego. Odróżniamy postaci następujące:

- A) *Sigmoiditis acuta non suppurativa.*
- B) *Perisigmoiditis suppurativa.*
- C) *Sigmoiditis et perisigmoiditis chronica:*
 - 1. *Sigmoiditis chronica.*
 - 2. *Perisigmoiditis chronica.*
 - 3. *Perisigmoiditis subacuta.*
 - 4. Zwężenia zapalne.
- D) *Sigmoiditis z ogólnem zapaleniem otrzewnej.*

A) *Sigmoiditis acuta non suppurativa.*

Autor spostrzegł dwa przypadki, z piśmiennictwa zebrał 17.

Choroba dotyczy przeważnie osobników młodych, cierpiących na zaparcie stolca, nadużywających laxatyw i środków czyszczących. Chorzy ci często-kroć przechodzili bezpośrednio przedtem ostrą chorobę ogólną, jak grypa, szkarlatyna, gorączka pługowa. Z początku występuje ostry ból w lewym dole biodrowym, przeważnie bez wymiotów; towarzyszy mu zaparcie stolca i wiatrów; objawów otrzewnych brak, natomiast ciepłota dochodzi do 39° i 40°. Brzuch bolesny, *défense musculaire* nie pozwala na dokładne omacanie części głębokich. Po upływie paru dni objawy powyższe, pod wpływem zwykłych środków, ustępują, natomiast wtedy wyraźnie wyczuwa się nacieczenie nad lewym więzłem pachwinowym, które znika dość wolno. Niekiedy chory szybko powraca do zdrowia, po odejściu obfitych stolców ze śluzem zmieszanych, w innych przypadkach cierpienie przechodzi w „*perisigmoiditis*” lub też przybiera postać przewlekłą. Anatomicznie postać ta cechuje się nacieczeniem grudek chłonnych i gruczołów oraz zgrubieniem mięśniówki i podśluzówki.

B) *Perisigmoiditis suppurativa*.

Autor widział trzy przypadki, z literatury zebrał 16.

Punktem wyjścia tej postaci jest ropień śródścienny esicy. Jak wielką rolę odgrywają tutaj uchyłki, dowodzi np. przypadek ROTTER'a, w którym duży ropień w krezce okrężnicy esowatej łączył się z tą ostatnią zapomocą sześciu przedziurawionych uchyłków. Umieszczenie ropnia zależy, rzecz prosta, od siedliska owrzodzenia pierwotnego jużto w części wolnej esicy, już też w nieruchomości, na powierzchni przeciwkrezkowej, albo przy krezce. Przebieg w przypadkach typowych odpowiada opisowi jednego z przypadków JABOULAY'a. Chory 22-letni, dawniej zawsze zdrow, narażony dostał silnych bólów z lewej strony brzucha, wymiotów i dreszczów. Po upływie dwu dni zjawilo się z lewej strony nacieczenie, a po tygodniu przy ciepłocie 39° czkawka i ponowne wymioty. Brzuch wzdęty, lewy dół biodrowy zajęty przez duże nacieczenie, dochodzące do lewego mięśnia prostego. Operacja wykryła na wewnętrznej stronie esicy ropień, wychodzący z pomiędzy listków krezki. Jednakże początek niezawsze bywa tak burzliwy, jak w przypadku opisanym; natomiast odczyn otrzewny zawsze jest wyraźny. Pod względem umiejscowienia ropnia mamy dużą różnorodność, tak, jak w zapaleniu wyrostka. Wszystko zależy od kierunku pętli i siedliska ogniska pierwotnego. Autor odróżnia pięć postaci ropnia:

1) Ropień, przylegający bezpośrednio do więzła pachwinowego i spojenia lonowego, leżący tuż pod ścianą brzuszną. Ropnie te są wewnątrzotrzewne i wychodzą prawdopodobnie z wypukłej powierzchni nieruchomego odcinka esicy.

2) Ropień pod pępkiem, przy zewnętrznym brzegu mięśnia prostego lewego, również przylegający do ściany brzusznej, wewnątrzotrzewny, biorący początek z przeciwkrezkowej powierzchni wolnego odcinka esicy. Zdaniem autorów, jest to typ najczęstszy.

3) Ropień, mający siedlisko między listkami krezki. Są to ropnie pozaotrzewne, wychodzące z krezkowego odcinka ruchomej części esicy.

4) Ropnie, rozwijające się w luźnej tkance krezki esicy, przytwierdzające ją do tylnej ściany brzusznej. Nacieczenie sięga okolicy lędźwiowej, jest rozlane i daje względnie łagodne objawy otrzewne.

5) Ropnie lędźwiowe, nie wiele różniące się od poprzednich. U jednego z chorych JABOULAY'a ropień wypukłał się w „*trigonum Petiti*”.

Dalszy przebieg *perisigmoiditidis* jest ten, że ropnie otwierają się bądź na zewnątrz, bądź do кишки, albo też do otrzewnej, lub pęcherza. Z powikłań opisano dotychczas tylko *phlebitis venae femoralis*.

Rozpoznanie może niekiedy nastrożać pewne trudności różniczkowe. Tak np. gruźlicze zapalenie otrzewnej, wychodzące z przydatków, dać może naci-

czenie z gorączką, dalej pamiętać należy o *salpingitis* i o *oophoritis suppurativa*, o zropiałych torbielach śródwężowych lewostronnych. Wreszcie, jak to widział sam autor, rak esicy z przedziurawieniem również dać może ropień i nacieczenie w lewym dole biodrowym.

C) *Sigmoiditis et perisigmoiditis chronica.*

Tu autor odróżnia cztery typy:

1. *Sigmoiditis chronica.* Jest to typ częsty, widywany wszakże przeważnie przez terapeutów. Anatomicznie przedstawia się on pod postacią przewlekłego nieżytu śluzówki, klinicznie daje obraz *entero-colitidis membranaceae mucosae*, w którym chorzy na zmianę mają zaparcie stolca i rozwolnienie. Prócz tego u wielu chorych spostrzegamy dość bolesne nacieczenie. Rektoskopia obok zmian powyższych wykazuje niekiedy przerosty śluzówki, dające obraz, opisany przez ROSENHEIM'a pod nazwą „*sigmoiditis proliferans polyposa*”. Postaci tej nierzadko towarzyszy krwawienie.

2. *Perisigmoiditis chronica.* Forma ta, klinicznie nie wiele różni się od poprzedniej, tylko, że bóle i zaparcie bywają silniejsze. Nadto towarzyszy jej stale twarde, bardziej rozlane nacieczenie. Co wszakże jest ciekawe, to zmiany anatomiczne, spostrzegane podczas operacji i na sekcjach. Cechą ich wspólną jest to, że nie ograniczają się do ściany jelita, lecz dotyczą otrzewnej sąsiedniej. Zmiany te można podciągnąć pod kilka typów:

a) Dokoła esicy i na obwodzie jej znajdujemy liczne pasma włókniste przeważnie w części nieruchomej; pasma te doprowadzić mogą do zagięcia w miejscu przejścia okrężnicy zstępującej w esowatą, i występują zwłaszcza jako *residua* ostrych napadów, ale też i samorzutnie.

b) Cała esica bywa przyrośnięta do otrzewnej ściennej, tak, że wydaje się pozbawioną krezki.

c) BOAS i ROSENHEIM opisują przypadki, w których krezka esicy nacieczona jest wysiękiem surowiczym, ciastowatym, podobnym do obrzęku w sąsiedztwie ognisk ropnych.

d) Sprawa ogranicza się przeważnie do uchyłków, o których była mowa i prowadzi w końcu do zwężenia światła esicy.

3. *Perisigmoiditis subacuta.*

Postać tę cechują podostre napady z gorączką i nacieczeniem na tle dawnych zaburzeń nieżytowych, albo też infiltrat biodrowy, bolesny, przy stanie bezgorączkowym, lub podgorączkowym.

4. Zwężenia zapalne esicy.

Postać tę uważać należy za ostateczny wynik *perisigmoiditidis*. Spostrzeżenia odnośnie do licznych nie należą. Autor z piśmiennictwa cytuje 8 przypadków. Klinicznie, zwężenie zapalne mało się różni od zwężenia na innym tle. Tu również, obok zwykłych objawów zwężenia, spostrzegamy upadek siły, wzmoczoną perystaltykę podczas napadów bólu; niekiedy występują objawy ostrej niedrożności. Tylko daleko wolniejszy przebieg pozwala odróżnić tę postać od nowotworów. Badanie anatomiczne wyciętych guzów zapalnych, wykonane przez GÉRARD-MARCHAN'a, wykazuje kolosalny przerost *submucosae* i *subserosae* i nacieczenie ich przez komórki okrągłe. Zmiany powyższe z biegiem czasu doprowadzają do wytwarzania tkanki łącznej i zwężenia bliznowatego. Cały szereg autorów przypisuje je sprawom zapalnym w uchyłkach esicy.

Że rozpoznanie *persigm. chron.* do prostych nie należy, jest rzeczą pewną. Jeżeli pominąć guzy sterkoralne z umiarkowanym zapaleniem ścian esicy, guzy znikające po przeczyszczeniu lub lawatywie i dlatego zwane — *abcès fantômes*, to wchodzi tu w grę przedewszystkiem gruźlica, a zwłaszcza rak. Istotnie, niektóre postaci dają obraz ładząco podobny do raka. Chorzy chudną, wpadają w charłactwo, występują objawy niedrożności, a w dodatku guz zdaje się po-

twierdzać rozpoznanie sprawy złośliwej. Wprawdzie twierdzą, że w *perisigmoiditis* guz jest rozlany, względnie gładki, bolesny przy omacywaniu, gdy tymczasem rak jest ograniczony, niebolesny, o powierzchni nierównej, — jednakże różnice te niezawsze zaznaczają się wyraźnie: rak rdzeniasty może dawać guz rozlany, a np. rak włóknisty może prawie nie dawać odporności.

D) *Sigmoiditis*, powikłana rozlanem zapaleniem otrzewnej.

Zapalenie otrzewnej może być następstwem pęknięcia ropnia do wolnej jamy brzusznej, albo też skutkiem owrzodzeń esicy dziurawiących, którym autor nadaje nawet miano „*mal perforant intestinal*“, zaznacza jednak zaraz sam, że większość autorów owrzodzenie to przypisuje tylko gruźlicy i dyzenteryi. Istotnie, ten typ owrzodzeń zapalnych nie jest częsty. Dwa odnośne przypadki przytacza PAVIOT, dotyczą one kobiet 80 letnich, które szybko zmarły wśród objawów otrzewnych. Badanie pośmiertne wykazało, że przyczyną były owrzodzenia i przedziurawienia uchyłków, wypełnionych kałem, który, być może, był też przyczyną owrzodzeń odleżynowych.

Leczenie zarówno *sigmoid. acut. non suppurat.*, jak i postaci przewlekłej nie podpada pod kompetencję chirurga, którego pomocy wymagają li tylko *perisigm. suppurativa*, niedrożność esicy i *peritonitis perforativa*.

(*Revue de Chirurgie*. 1907. N. 10 i 12).

Aleksander Wertheim.

ODCINEK.

W sprawie Komisji Przemysłowo-Lekarskiej oraz pracowni przy Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich w Warszawie.

Napisał ¹⁾

Józef Jaworski.

Akcya, rozgrywająca się na całym obszarze Królestwa Polskiego, mająca na celu ograniczenie przywozu towarów niemieckich, powstała z myśli i chęci odwetu za czyny, skierowane przeciwko naszym rodakom przez Prusaków. Ta myśl i chęć, właściwie rzeczy biorąc, jest tylko zarzewiem w tej sprawie, istotą zaś akcji pozostać musi usiłowanie emaucypacji ekonomicznej Królestwa Polskiego z pod przewagi Prus.

Potrzeba jednak na to pracy bardzo rozumnej, bardzo celowej i opartej nie na przemijającym entuzjazmie, lecz na cichych, zmuśnych i trudnych wysiłkach, na zabiegach, które swą wytrwałością zapewniają posuwanie się stale naprzód ku osiągnięciu zamierzonych celów.

Tylko właściwą organizacją, obejmującą w pewien całokształt nasze usiłowania i zabiegi w tym kierunku, zdobyć zdołamy wyniki powolne, ale pewne.

¹⁾ Według przemówienia w dniu 18-m stycznia r. b. w Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich w Warszawie.

Organizacją taką dla naszych stosunków lekarskich może być stała Komisya Przemysłowo-Lekarska przy Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich w Warszawie. Do Komisji tej weszliby przedstawiciele poszczególnych działów medycyny z uzupełnianiem się każdorazowo, w razie potrzeby, przez przedstawicieli innych nauk, oraz przemysłu i handlu.

Pierwszem zadaniem Komisji byłoby zastanowienie się, o ile to jest możliwym, bez szkody dla chorych i nauki, nad ograniczeniem sprowadzania, szczególnie z Prus, przetworów farmaceutycznych leczniczych, odżywczych, dyetetycznych, higienicznych, wód mineralnych, oraz narzędzi chirurgicznych, środków opatrunkowych, urządzeń dla szpitali, przyrządów elektrycznych, przyrządów do pracowni i t. p.

Powtórę, Komisya zajęłaby się ułożeniem planu i programu, oraz wskazaniem sposobów popierania już istniejącej w kraju w pewnych działach wytwórczości lekarskiej.

Wreszcie, podjęłaby starania, aby powstać mogły w kraju, przynajmniej pewne działy wytwórczości przemysłowej lekarskiej. Rzecz naturalna, że wszystkie te cele i zadania ściśle się łączą i kojarzą, oraz pozostają we wzajemnej od siebie zależności.

Pierwsze zadanie, przynajmniej w części, będzie wypełnione, gdy ułożymy dokładne wykazy porównawcze ze ściśłem podaniem ceny przetworów farmaceutycznych, chemicznych, jak i wód mineralnych, narzędzi i t. p. zarówno pochodzenia krajowego, jak i zagranicznego, mianowicie francuskiego, szwajcarskiego, angielskiego, wreszcie niemieckiego.

Praca taka już dawniej była podejmowana.

Wykazy powinny być stale, peryodycznie sprawdzane i w miarę okoliczności uzupełniane, a ogół lekarzy naszych o tem powiadamy.

Samo jednak, że tak powiem, katalogowanie z oznaczaniem nazwy środka, firmy z której pochodzi i ceny nie jest wystarczające. Nierozłącznym, a nieodzownym uzupełnieniem być musi ściśła, naukowa i praktyczna ocena danego przetworu leczniczego lub przedmiotu, czy przyrządu, przez lekarzy używanego. Co do środków leczniczych, odżywczych, wypadałoby zawsze, o ile dany środek jest nowy, mieć na uwadze i względnie czystość preparatu, jego trwałość, jego działanie fizjologiczne i lecznicze. W tym celu wypadałoby przedsięwziąć nieraz badania na zwierzętach, badania kliniczne, przeprowadzać rozbiór chemiczny.

Pragnąc spełniać tak rozległe i odpowiedzialne zadanie, Komisya rozporządzać musi pracownią chemiczno-farmakologiczną i techniczną.

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w Warszawie, aczkolwiek według ustawy swojej ma prawo posiadać pracownię takie, pracowni jednak dotychczas niema. Jestem zdania, że brak pracowni nie powinien stanąć na przeszkodzie do podjęcia akcyi tej już obecnie, przeciwnie utworzenie wzmiankowanej Komisji Przemysłowo-Lekarskiej przy Stowarzyszeniu naszym może być zapoczątkowaniem do powstania pracowni Stowarzyszenia. Przypuszczam, że Stowarzyszenie, na razie, wejść może w porozumienie i zawrzeć umowę na odpowiednich warunkach z jedną z istniejących już pracowni w Warszawie. Pewne zyski, pewne odsetki, jakieby w udziale z umowy, za wydawanie zaświadczeń, za udział w pracach Komisji na rzecz Stowarzyszenia przypadały, możnaby kapitalizować, a z czasem obrócić pieniądze te na założenie pracowni własnej.

Pracownia taka, rzecz naturalna, podejmowałaby się rozbiórów, oceny nadsyłanych preparatów wytwórców krajowych, a także w razie wątpliwości preparatów zagranicznych, i ewentualnie, by je zalecała, lub przeciwnie.

Wogóle, brak u nas pracowni do takich celów, mającej za sobą powagę korporacyi naukowo-zawodowej, nasamprzód utrudnia, wprost udaremnianiem raz przeprowadzenie chociażby najprostszych doświadczeń nad działaniem

danego preparatu, powtórę, udaremnia sprawdzenie własności leczniczych preparatu, co przeszkadza do jego upowszechnienia, albo naraża chorego i lekarza na zawód z powodu braków oczekiwanego wyniku.

Przykładów co do niedogodności pod tym względem, wynikających z braku pracowni o takich celach i zadaniach, o konieczności podejmowania rozbiorów przetworów farmaceutycznych, na nasz rynek aptekarski wprowadzanych—nie brak.

Gdy w r. 1893 prof. M. NENCKI zaproponował mi zbadanie kliniczne środka przez siebie wynalezionego dla firmy Heydenowskiej z grupy aromatycznej, mianowicie apolizyny, co też skutecznym, to z badań nad działaniem fizyologicznym na zwierzęta, środka tego, tutaj, w Warszawie podejmowanych, o tyle był niezupełnie zadowolony, że zapragnął, aby je powtórzono w Instytucie Medycyny Doświadczalnej w Petersburgu, czego istotnie dokonał dr DZIERZGOWSKI. Często zdarza się, że z powodu braku sprawdzianu, co do właściwości danego przetworu farmaceutycznego, używamy go, zalecamy, nie podejrzewając jego bezwartościowości leczniczej.

W ten sposób się rzecz miała, np. z przetworami zyminy, do użytku ginekologicznego, wprowadzonymi u nas przez jednego z aptekarzy. Przy rozbiorze porównawczym przetworów tych z zagranicznymi okazało się, że działać leczniczo one nie mogą, ponieważ, nasamprzód, posiadają żywe komórki drożdżowe i bakterye, powtórę, nie posiadają siły fermentacyjnej, a co najważniejsza, że zamiast cukru gronowego, który pod wpływem zymazy rozszczepia się *in statu nascendi* na alkohol etylowy i kwas węglowy, co w tym razie jest istotną sprawą, w przetworach znajduje się cukier zwyczajny.

Zdarza się, że przychodzą do nas z zagranicy preparaty wprost szkodliwe. Przypomnę, iż ŁOGUCKI i NENCKI w tuberkulinie KOCH'a wykryli w swoim czasie żywe laseczniki gruźlicze; że bardzo niedawno w t. zw. surowicy przeciwpłoniczej, która nie zawiera białka, podawanej do wewnątrz, z fabryki drezdeńskiej, stwierdzono istnienie pewnych związków aromatycznych, nieobojętnie działających na czynność nerek.

Z drugiej strony, nie posiadając pracowni odpowiedniej, bardzo często zmuszeni jesteśmy zaufać rozbiorom i zaświadczeniom obcym, a fabryki, które na rynku naszym operują, zwracają się o analizy i rekomendację do pracowni w Petersburgu, lub Moskwie. Na tej drodze np. świeżo rozstrzygnięta została sprawa sporu o wartość preparatu *ammonium sulfo-ichthyolicum*, który do oceny przedstawiali cztery fabryki go wyrabiające. Ostatecznie, dopiero dwie pracownie w Petersburgu i „dla nas“ rozstrzygnęły, jakiego pochodzenia preparat ten jest czysty, a jakiego, przedstawia tylko surrogat, nie obojętny w znaczeniu ujemnym przy użyciu.

Ostatecznie, w myśl tego, co proponowałem, gdym pisał: „O stosunku lekarzy polskich do wytwórczości niemieckiej produktów lekarskich”¹⁾, złożyłem Zarządowi Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie, na ręce prezesa, dwa wnioski w tej sprawie do rozważenia.

1^o Przy Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich w Warszawie powstaje stała Komisya Przemysłowo-Lekarska, złożona z kilkunastu członków z pośród stowarzyszonych, przedstawicieli różnych działów medycyny, z prawem, w razie potrzeby, każdorazowo, uzupełniania się przedstawicielami innych nauk, oraz przedstawicielami przemysłu i handlu. Rzeczoną Komisya podejmie pracę, o ile to jest możliwym bez szkody dla chorych i nauki, nad ograniczeniem wprowadzania, szczególnie z Prus, przetworów farmaceutycznych, leczniczych, odżywczych, dyetetycznych, higienicznych, wód mineralnych, narzędzi chirurg-

¹⁾ „Gazeta Lekarska“ 1908 r. Nr 1.

gicznych, środków opatrunkowych, urządzeń dla szpitali, przyrządów elektrycznych, przyrządów do pracowni.

2^o Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w Warszawie, nim zdobędzie się na otwarcie własnej pracowni chemiczno-farmakologicznej i technicznej, wchodzi w porozumienie i zawiązuje umowę na warunkach uprzednio ułożonych z jedną z istniejących już pracowni w Warszawie, która na zlecenie Komisji Przemysłowo-Lekarskiej przy Stowarzyszeniu Lekarzy podejmować będzie rozbiory i badania przetworów używanych w lecznictwie, w celu popierania w tym kierunku wytwórczości krajowej, a także wydawania rzeczoznawczej opinii o środkach, używanych w lecznictwie.

Najogólniejsze zasady, na jakich rzeczona Komisja powstaćby mogła a następnie—działać, przypuszczam, iż przedstawiałyby się w sposób następujący:

Komisja powstaje z łona Stowarzyszenia, składa się z kilkunastu członków o różnej specjalności, którzy wybierają biuro prezydyalne.

Komisja nie jest ciałem samodzielnym ze względu na ustawę Stowarzyszenia, lecz—doradcem, rzeczoznawczem. Wnioski przez nią przedstawione na podstawie referatów, Zarząd Stowarzyszenia ewentualnie zamienia w uchwały.

Uchwały te drukowane są w pismach lekarskich, a wytwórcy uprawnieni, w formie określonej, do ich rozpowszechniania.

Komisja zajmuje się badaniem przetworów, lub przedmiotów, gdy wytwórca sam się zgłasza o to, lub też, niezależnie, z własnej inicjatywy, podejmuje badanie takie.

Producent wykazać się winien upoważnieniem odnośnych władz do prowadzenia przedsiębiorstwa.

Środki uniwersalne, specyfiki o niewiadomym składzie chemicznym, przetwory, które jako objęte farmakopeą każda apteka sporządzać według przepisu lekarza winna, Komisja nie przyjmuje do oceny.

Szczegółowy projekt statutu Komisji Przemysłowo-Lekarskiej, oraz pracowni podam do druku po rozważeniu go w ściślejszem gronie.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

SEKCJA GINEKOLOGICZNA.

Posiedzenie dnia 25-go października 1907 r.

Przewodniczący NEUGEBAUER w odpowiednim przemówieniu uczcił pamięć ś. p. kol. PISZARZEWSKIEGO.

LEŚNIEWSKI przedstawił na epidiaskopie mikroskopowy preparat z kawałka części pochwowej macicy, wyciętego w celu zbadania. Preparat ten prócz cech charakterystycznych dla nadzerek części pochwowej, przedstawiał tę osobliwość, że w pobliżu wolnej powierzchni, tuż pod częściowo złuszczonego nabłonkiem, było widać twór soczewkowaty, posiadający wszelkie ce-

chy t. zw. mieszka chłonnego. Do pokazu dodał L. kilka uwag odnośnie rozpowszechnienia mieszków chłonnych (*fol. lymphatici*) w ustroju ludzkim w warunkach prawidłowych i chorobnych, z których to uwag wynikało, że znane są mieszki chłonne w śluzówce pochwy. Co się zaś tyczy śluzówki macicy, to w dostępnym mu piśmiennictwie L. nie napotkał ani jednego przypadku obecności tam mieszków chłonnych.

MONSIORSKI opisał sposób modyfikacji, zastosowany przez niego w stomatoplastyce macicznej Pozzi'ego. Operacja Pozzi'ego, stosowana w zwężeniach otworu zewnętrznego macicy, polega na przecięciu obu spoidel szyjki i wyłobieniu 4-ch otrzymanych powierzchni rannych; w ten sposób można ponad wyłobionymi powierzchniami spoidel szwami śluzówkę części pochwowej ze śluzówką szyjki i otrzymać rychłozrost.

Otóż MONSIORSKI podkreśla, że Pozzi nie wyłabia kątów, znajdujących się pomiędzy oddzielenymi od siebie cięciem przednią i tylną wargą szyjki. Oczywiście, wtedy Pozzi musi otrzymywać zagojenie tej części rany *per secundam*, musi otrzymywać bliznę, która może dawać takie same objawy, jak i pospolite rozdarcie szyjki. Chcąc tego uniknąć, M. wyłabia spoidła tak, że od razu wycina nożem klin z rany przedniej i tylnej wargi; otrzymuje zamiast 4-ch wyłobionych powierzchni tylko dwie, zeszywa na całej długości śluzówkę części pochwowej ze śluzówką szyjki, nie zostawiając ani minimalnej części rany nieprzykrytej śluzówką. W ten sposób otrzymuje plastycznie takie samo rozszerzenie otworu zewnętrznego macicy, jak Pozzi, ale unika wytworzenia się blizny.

M. ilustrował swoją modyfikację rysunkami celem jaśniejszego oświetlenia różnicy między swoją modyfikacją a operacją Pozzi'ego.

MONSIORSKI opisał przypadek ciekawy z dwu względów: 1) chora dotknięta była obustronną torbielą skórzastą: ze strony lewej torbiel była wielkości melona i zawierała oprócz masy tłuszczowej włosy [warkocz długi na 1 i pół łokcia], dwie płaskie kosteczki nieprawidłowej formy, tkankę tłuszczową i chrząstkę; ze strony prawej jajnik był zupełnie torbielowato zwyrodniały, a jedna z torbieli, wielkości orzecha włoskiego, zawierała włosy i również masę tłuszczowo-rozpadową. Obie torbiele należały do rzędu mieszanych. Sciana ich wewnętrzna wyraźnie dzieliła się na dwie części różnych kolorów: na tle szaro-różowej ściany guza, pochodzącej prawdopodobnie z innych części pęcherzyka GRAAF'a, odznaczała się wyraźnie część skórzasta, jako wytwór samego jajeczka.

2) Ta sama chora dotknięta była zupełnem wypadnięciem macicy: obrzmiała szyjka sterczała ze sromu; długość macicy wynosiła 13 ctm. Po usunięciu drogą laparotomii obu torbieli, MONSIORSKI przyszył macicę do rany brzusznej (*ventrofixatio* sposobem CZERNY'ego).

W jakiś czas po operacji M. mierzył powtórnie macicę i znalazł długość jej tylko 7 ctm.

Zestawiając fakt ten z innymi, w których zwykle założenie wianka wpływało na znaczne zmniejszenie się macicy, M. zaznacza, że teoria HUGUIER'a, jakobyśmy przy wypadnięciach macicy zawsze mieli do czynienia z przerostem szyjki, jest przesadzona. Usuwając na bok przypadki wrzekomego wypadnięcia macicy, symulowanego przez pierwotny przerost szyjki, M. uważa, że często w tak zwanych wtórnych przerostach nie spotykamy nie ponad obrzęk i przekrwienie bierne. Mikroskopowe badanie owego rzekomego przerostu dawało jednym badaczom obraz właściwy przewlekłym zapaleniom macicy, innym zaś—zmiany sklerotyczne w tętnicach; słowem—w tym względzie panuje pewien chaos. M. formułuje praktyczny wniosek ze swojego spostrzeżenia w następujący sposób: nie należy słuchać rad wielu auto-

rów, zalecających amputację szyjki macicznej w każdym przypadku wydłużenia szyjki macicznej; trzeba bądź przez założenie wianka, bądź tamponowanie pochwy i ułożenie chorej do łóżka unieść macicę ku górze i przeko-
nać się, drogą kilkodniowej obserwacji, czy mamy do czynienia z przero-
stem prawdziwym, czy też z wrzekomym, polegającym tylko na przekrwieniu
i obrzęku szyjki. W dyskusji brali udział: LEŚNIEWSKI, KARZEWSKI, NEU-
GEBAUER, JAWORSKI.

St. Cykowski.

List otwarty do Redakcyi „Gazety Lekarskiej“.

Kilka słów o solance ciechocińskiej, używanej do picia, z powodu odcinka kolegi JAWORSKIEGO, drukowane-
go w N-rze 1-y „Gazety Lekarskiej“ pod tytułem „Sto-
sunek lekarzy polskich do wytwórczości niemieckiej
produktów lekarskich“.

W odcinku tym, będącym bardzo na czasie, kolega JAWORSKI mówiąc
o zastąpieniu obcokrajowych, szczególnie niemieckich wód krajowemi, wspo-
mina o Ciechocinku, który ma posiadać dwa źródła solanki: 3‰ i 1½‰,
używanej do picia.

Otóż uważam za właściwe pod tym względem zrobić małe sprostowanie
przez zwrócenie uwagi na to, że solanka 3‰ jako za silna i skutkiem tego
do picia w celu leczniczym nieodpowiednia, została już dawniej słusznie usu-
nięta z pijalni w parku zakładowym i wycofana prawie zupełnie z wewnętr-
znego użycia.

W ostatnich znowu czasach wykryto nowe źródło solanki, zawierające
1‰ chlorku sodu, które zostało przeprowadzone do pijalni w parku na miej-
sce dawniejszej 1½‰-ej. Solanka ta, zwana zwyczajną, jest dziś głównie uży-
wana w Ciechocinku wewnątrznie przy różnych cierpieniach i jest w rzeczy-
wistości najodpowiedniejszą ze względu na swe własności tak fizyczne, jak
i lecznicze.

Solanka ta, jak to już dziś wnioskować można z niedokończonych je-
szcze prób doświadczalnych kol. RÓBINA z Warszawy nad wpływem jej na
trawienie żołądkowe i czynność kiszek i wspólnych ze mną nad chorymi spo-
strzeżeń, które wkrótce w specjalnej pracy będą przez kolegę RÓBINA po-
dane do wiadomości, bardzo się nadaje do leczenia niektórych chorób żo-
łądka i kiszek i w zupełności zastąpić może, a często nawet okazać się
skuteczniejszą od analogicznych solanek niemieckich: Kissingen, Homburg
i t. p., tak często przez lekarzy naszych przepisywanych.

Byłoby bardzo pożądanym, aby ordynatorzy naszych oddziałów szpitalnych
przeprowadzili kliniczne próby z tą solanką, którą w tym celu jestem w mo-
żności im dostarczyć bezpłatnie.

W końcu winienem dodać, że oprócz solanki 1‰-ej tak zwyczajnej, jak ga-
zowanej, wewnątrznie używaną jest i druga solanka 0,3‰, która butelkowana
i nasycona kwasem węglowym, znajduje się w handlu pod nazwą „solanki naj-

słabszej 0,3% gazowanej Nr. 8ⁿ. Solanka ta, bardzo odpowiednia w praktyce dziecięcej, może z pożytkiem zastąpić niektóre wody niemieckie, używane jako stołowe u chorych artrytyków i prawdopodobnie w pewnych postaciach nie strawności

Warszawa dnia 15-go stycznia 1908 r.

Feliks Arnstein.

Odpowiedź dra Jaworskiego.

Ponieważ autor listu, wchodząc w szczegóły mego bardzo ogólnikowego z konieczności, przeglądu wszystkich mineralnych źródeł w całej Polsce, czyni ubocznie pewne uwagi, zmusza mnie przeto do odpowiedzi.

Ciechocinek usunął słusznie z pijalni w parku zakładowym solankę 3%-ą, jako za silną i skutkiem tego do picia w celu leczniczym nie odpowiednią.

To pewna, że łatwiej bywa dany źródło usunąć, aby z niego nie użytkowano, niż go wszechstronnie wyzyskać na korzyść chorych. Taki Reichenhall, na przykład, ma więcej źródeł niż Ciechocinek, a jednakże swego Edelquelle, który o wiele więcej bez porównania zawiera NaCl, nie zamknął, lecz podaje solankę z niego w rozcieńczeniu od 1/2 do 1 1/2 uncji na szklankę wody zwyczajnej. W tak tłumnie odwiedzanym dziś Naucheimie pijamy wodę z Kurbrunnen i Salzbrunnen albo z wodą zwyczajną, albo z wodą ze źródeł Ludwigsbrunnen i Schwalheimermineralbrunnen z powodu zbytnej ilości części stałych. W ten sposób zakład ten wodę ze wzmiankowanych źródeł sztucznie zbliża do Kissingen-Rakoczy.

I w Ciechocinku źródło z solanką 3%, przy odpowiednim, stosownie do wskazania, rozcieńczeniu jej wodą gorącą, oddawałby i nadal niezaprzeczenie usługi chorym. Wszak właśnie solanki ciepłe mają duże zastosowanie i działają na ustrój inaczej niż zimne, a sposób ogrzewania przez dodawanie wody gorącej, jako bardzo uproszczony, zasługuje i w Ciechocinku na rozpowszechnienie.

Powtórę, źródło z solanką 3%-ą bardzo się nadaje do przepłukiwania gardła i nosa. Chorzy, którzy do Ciechocinka się udają, najczęściej potrzebują takich przepłukiwań. Dlatego jednak potrzeba nie tylko otworzyć na nowo najniewłaściwiej zamknięty źródło z solanką 3%, lecz możliwie udostępnić korzystanie wszechstronne z niego leczącym się. W tym celu, zdaniem mojem, potrzeba zarządzić:

1) Otwarcie na nowo w parku zakładowym źródła z solanką 3%, oraz zaprowadzenie przez ustawienie odpowiedniej instalacji, tuż przy źródłach [t. j. przy źródłach z solanką 1% i 3%] ogrzewania solanki, bądź bezpośrednio, bądź przez dodawanie wody gorącej. Urządzenia takie istnieją w wielu zdrojowiskach zagranicznych, a nawet w małym Bad-Elster widziałem przy dwu źródłach, tuż obok nich, kuchenki do ogrzewania wody mineralnej, lub dodatków np. mleka, serwatki do niej.

2) Urządzenie „płukalni“, gdzieby mogli chorzy, nawet, w razie potrzeby, parokrotnie na dzień, przepłukiwać gardło i nos. Płukalnie takie, jak wiemy, również istnieją w większości zdrojowisk niemieckich, t. zw. Spülenhallen, Gurgelhäuschen.

Oto uwag kilka, mających na celu rozwój i postęp w pewnych urządzeniach leczniczych Ciechocinka.

Warszawa 16 stycznia 1908.

J. JAWORSKI.

Wiadomości bieżące.

— W ostatnich dniach w szpitalu Dzieciątka Jezus zanotowano ponownie, po paromiesięcznej przerwie, kilka przypadków tyfusu powrotnego. Wobec panowania w mieście epidemii grypy, należy liczyć się z tego powodu z możliwością pomyłek rozpoznawczych. Zupełny brak miejsc w szpitalu Św. Stanisława, zapelnionym wciąż jeszcze chorymi na ospę, zmusza do pozostawiania chorych na tufus powrotny w ogólnych oddziałach szpitalnych. Stąd też, podobnie jak na jesieni, spostrzegano już wypadki zarażenia się chorych na sali szpitalnej. Pogłoski o zarządzeniach miejskich, projektowanych na wypadek epidemii, które przez pewien czas ukazywały się w pismach codziennych, od niedawna ucichły. A jednak już obecny stan rzeczy uważać należy za rozpaczliwy, a z biegiem czasu—ku wiosnie—obawiać się można chyba tylko pogorszenia stanu dzisiejszego.

— W klinice chirurgicznej prof. RYDYGIERA wakuje posada elewa z pensją 600 k. rocznie. Dla kolegów pragnących się oddać chirurgii jest to doskonała okazja; o ile wiemy, dyplom jednego z uniwersytetów państwa Austriackiego nie jest konieczny.

NEKROLOGIA.

— + — + —

Ś. p. Feliks Ficki.

W dniu 26-ym stycznia r. b. po kilkotygodniowej chorobie zmarł w Warszawie znany lekarz chorób kobiecych i akuszer ś. p. FELIKS FICKI, w wieku lat 54.

Działalność F. FICKIEGO w Warszawskim Instytucie Położniczym przypadła mniej więcej w epoce przełomowej dla położnictwa, mianowicie operacyjnego. Wprawdzie dzieło SEMMELWEISS'a wydane zostało

w r. 1861, lecz wiemy, iż upłynęło jeszcze dużo czasu, nim myśli i idee przezeń głoszone weszły w życie, wcielone zostały. Z drugiej strony odkrycia PASTEUR'a i wyniki ich zastosowania do chirurgii przez LISTER'a, również powolnem tempem wprowadzane były do zakładów porodowych. W każdym razie, klinika położnicza warszawska wprawdzie powoli i stopniowo, lecz w miarę sprzyjających okoliczności stale przyswajała sobie nowe zdobycze naukowe i starała się je zastosować w praktyce.

FELIKS FICKI, jako wychowaniec, a następnie jako asystent kliniki położniczej w Warszawie w latach 1878—1880 ma tytuł do figurowania w historii położnictwa u nas, w Polsce.

Dięń 21 maja 1876 r. jest dniem epokowym w rocznikach akuszeryi. W tym dniu i roku profesor paduański Ed. PORRO pierwszy wykonał, dokładnie na samprzód obmyślaną, amputację macicy oraz jajników w połączeniu z cięciem cesarskim. Wynik operacyi był znakomity: matka i dziecko zostały uratowane, co zwróciło uwagę całego świata lekarskiego na operację tę, jako zastępującą klasyczne cięcia cesarskie.

Wkrótce dokonano jej dwa razy we Włoszech, raz w Niemczech, lecz z zejściem śmiertelnem dla matek.

Dopiero w następnym roku prof. SPAETH w domu porodowym w Wiedniu dokonał szczęśliwie dla matki i płodu operacyi PORRO.

Następnie operacya ta coraz częściej dokonywana była w różnych krajach.

W Królestwie Polskiem pierwszy dokonał operacyi PORRO w Warszawie 21. X. 1880 r dr FELIKS FICKI, na kobiecie 27-letniej, 1-szy raz rodzącej, z miednicą krzywocowatą; poród przed operacją trwał trzy doby. Operacya wykonana była przy zastosowaniu spraya i trwała 45 minut. Dziecko wydobyto żywe. Opatrunek LISTER'a. Położnica zmarła 5-go dnia przy objawach *pistothonus*.

W Rosyi z podobnym wynikiem operowano później, mianowicie w r. 1881 w Kazaniu, r. 1882 w Charkowie.

Podnoszę szczegóły te w życiorysie zmarłego kolegi, świadczą one bowiem, iż pracując w epoce z wielu względów mniej korzystnej niż czasy późniejsze, starał się On przyswajać nowe zdobycze wiedzy i przeszczepiać na grunt swojski. Nawiasem dodam, że stosunki ówczesne, acz nie zbyt od nas odległe, były w porównaniu z obecnymi bardzo różne. Sam prof. PORRO bardzo nieśmiało przystępował do operacyi swojej, która uwiecznić miała imię jego, obawiał się bowiem oskarżeń natury etycznej, że „okaleczy“ kobiety; dlatego uprzednio prosił o błogosławieństwo biskupa paduańskiego.

FICKI przypadek swój ogłosił w w Gaz. Lek. i Pamiętniku Tow. Lek., Oprócz tego ogłosił: Cięcie cesarskie i owariotomie. Przegl. Lek. 1880. Rak czy przerost mięszsu i błony śluzowej macicznej. Medycyna. 1895.

FICKI jako pierwszy asystent kliniki zostawił wspomnienie u kolegów, którzy podówczas studia odbywali, pochlebne: zawsze był gotów służyć młodszym radą i wskazówkami. Następnie ś. p. FICKI nie miał sposobności stałego i systematycznego stykania się z kolegami w szpitalu, oddał się więc uciążliwym obowiązkom lekarza praktyka, zaskarbiając sobie uznanie licznych chorych, którym był zawsze gorliwie oddany, oraz cenną opinię kolegów, którzy w Nim widzieli godnego współtowarzysza zawodu.

Zmarły był dłuższy czas lekarzem poczty warszawskiej, lekarzem zakładów gazowych na Czystem, a także lekarzem Warszawskiego Oddziału Czerwonego Krzyża.

Ś. p. FICKI szerszego udziału w życiu publicznem nie brał, poświęciwszy się rodzinie i pracy dla dobra chorych.

JÓZEF JAWORSKI.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

SPECYALNE PRZETWORY „ROCHE”

*Asterol***Digalen Thiocol***Aneson**Thigenol*

Stały rozczyń w oryginalnych fiakonach po 15 c. sz. (1 ctm sześć. rozczyńu=0,3mgr. **Digitoxin. solub. Cloetta**).
Użycie per os, per rectum, do tętnic lub do mięśni.
Brak działania komulacyjnego.

Pochodny guajakolu.
Działanie przeciwgrzyźlicze stwierdzone doświadczalnie i klinicznie.
Zupełna rozpuszczalność, brak zapachu i własności drażniących, łatwo ulega wchłanianiu.

*Protilyn**Thigenolseife**Brom-Protilyn**Sulfosotsirup***Arsylin****Airol***Eisen-Protilyn**Sirolin*

Przetwór białkowy
Zawiera fosfor i arsen w postaci nietrującej.

Środek zastępujący jodofarm, nietrujący, bez zapachu.

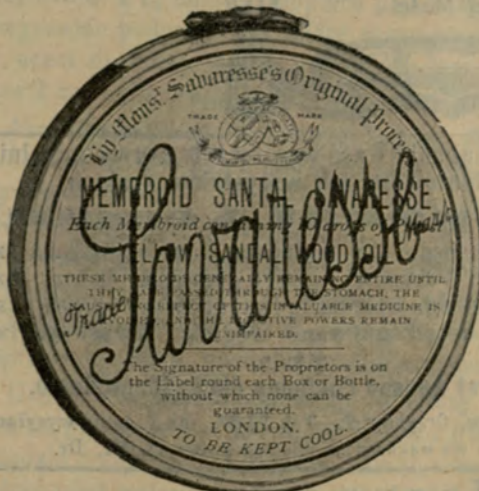
pulv. & tabl.

Na żądanie dostarcza się prób i literatury.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & C^{IE}, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)

Pozwolenie Nr. 7338.

Membroid Santal Savaresse



Jedyne kapsułki z błony zwierzęcej, zabezpieczającej je od pęknięcia w żołądku. Olejek wydziela się dopiero w jelitach. Chory nie odczuwa odbijań i mdłości - niema odrazy do leczenia. Zaburzenia w trawieniu.

Olejek jest bezwzględnie czysty, destylowany w Anglii w laboratorium

Evans Sons Lescher Webb
L-tđ, Londyn Liverpool &
New-Jork

Kapsułki Savaresse'a mieszczą się w pudełkach cynowych po 24 szt.; w każdej kapsułce znajduje się po 10 kropel olejku santalowego.

No 4711
Raptol

Najlepsza woda do włosów, do oczyszczania, odświeżania i wzmocnienia skóry na głowie. Specjalnie zaś przeciwko łupieżowi i połączonemu z nim wypadaniu włosów, przygotowana podług przepisu D-ra med. L. Bichhofs w Elberfeldzie

✿ **Raptol** ✿
nie zawiera żadnych ukrytych środków.

Ferd. Mühlens

Kolonia $\frac{1}{R}$ Ryga.
Dostawca Dworu Jego Cesar-
skiej Mości.



Problem kąpieli kwaso-węglowych usuwa zupełnie
Patentowany we wszystkich krajach

Apparat Aeosan

Apparat Aeosan demonstrowany w szpitalach zagranicą i w Warszawie wobec gremium lekarzy uzyskał jednogłośną aprobatę, iż stanowczo przewyższa wszystkie dotąd używane węgielki kwaso-węglane i t. p.

Apparat Aeosan dostępny dla każdego domu.

Wyłączna sprzedaż S. Landsztek, Warszawa, Grzybów 7. Tel. 77-57, na żądanie wysyłam prospekty. Demonstruje u siebie lub we wskazanym miejscu wobec pp. Dr. Dr.

Dr Heryng
wyjechał do Mentony

Powraca 15 kwietnia.