

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie r s. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ, PRACE ORYGINALNE. Opis ważniejszych przypadków operowanych w oddziale ginekologicznym szpitala Starozakonnych w Warszawie, oraz ogólny zarys działalności tegoż oddziału w ciągu 1898—1899 roku. Podał d-r J. Rosenthal. — W sprawie krwawienia kiszkowego po odprowadzeniu lub cięciu przepuklin uwięzłych. Skreślił S. Kossobudzki. (Dokończenie). — Kilka uwag o chorobie Thomsen'a (Myotonia congenita). Podał d r med. H. Higier. — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI** 52. O następstwach t. zw. guziczeków strun głosowych u śpiewaków. 53. Sclerema neonatorum. — **Z TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO WARSZAWSKIEGO.** Posiedzenie z dnia 8 kwietnia r. b. — **BIBLIOGRAFIA i KRYTYKA.** W sprawie sanatoryjów ludowych. — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **ZMARLI.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Rosenthal — Description des cas plus importants opérés au service gynécologique de l'Hôpital Juif de Varsovie. Compte-rendu général sur l'activité du dit service pendant 1898—1899. D-r S. Kossobudzki — Sur une hémorrhagie apparaissant après la réduction des hernies ainsi qu'après l'hermiotomie.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak.-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Rosenthal — Beschreibung der wichtigeren Operationsfälle der gynäkologischen Abtheilung des Jüdischen Krankenhauses in Warschau. Eine allgemeine Skizze der Thätigkeit dieser Abtheilung im Laufe von 1898—1899. 2) D-r S. Kossobudzki — Ueber Darmblutungen nach Hernienreduction oder Herniotomie.

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

Opis ważniejszych przypadków, operowanych w oddziale ginekologicznym szpitala Starozakonnych w Warszawie, oraz ogólny zarys działalności tegoż oddziału w ciągu 1898 — 1899 roku.

Podał

D-r JAKÓB ROSENTHAL.

Starszy ordynator, zawiadujący oddziałem.

Pod powyższym nagłówkiem pomieściłem w „Medycynie“ w r. 1898 (Nr. 48—51) opis ważniejszych przypadków, operowanych w ciągu 1896—1897 r., a zarazem naszkicowałem zapatrywania moje i zasady, będące wynikiem doświadczenia, nabytego w ciągu kilku dziesiątków lat w szpitalu Starozakonnych przy materyale nadzwyczaj licznym i różnorodnym. Zapatrywania te dotyczyły głównie rozmaitych rękoczynów operacyjnych i zabiegów leczniczych, dokonywanych u chorych ginekologicznych, i zwracały się głównie

przeciw praktykowanej w wielu razach polipragmazyi. Pomimo zastrzeżenia, iż poglądy te są wyrazem osobistego mego przekonania, opartego na doświadczeniu, i że nikomu ich nie narzucam, i wolno je podzielać lub niepodzielać, stawiano mi w dyskusjach z powodu pracy tej różne zarzuty. Tyczyły się one orzeczenia mego, iż operację EMMET'a uważam za niemającą racyi bytu, że za wskazanie operacyjne dla włókników macicy nie uważam wielkości ich, lecz krwotoki i bóle, które powodują, a także że bezwarunkowo przeciwny jestem dokonywaniu operacji na drodze pochwowej przy ciąży zewnątrz-maciczej.

Otóż w ostatnich czasach przekonałem się, iż nie ja jeden tylko podobne stawiam twierdzenia. BANTOCK przy otwarciu posiedzeń sekcji ginekologicznej dorocznego kongresu British medic. association w Portsmouth miał przemowę, w której gorąco zalecał metody leczenia proste i zachowawcze; jako dowód nadmiernego operowania w ciągu ostatniego trzydziestolecia przytoczył operację EMMET'a i pogląd PÉAN'a, który, każdy włóknik macicy uważając za nowotwór złośliwy, radzi usuwać na drodze operacyjnej. W obronie cięcia brzuszego przy operacji ciąży zamaciczej a także krwisteku zamacicznego występują niejednokrotnie w swych pracach tej wartości operatorowie, jak J. VEIT, THORN, JÉGOND, STRAUCH, KÜSTNER, FEHLING, SCHAUTA, SAENGER, WINTERNITZ i wielu innych, zachowując cięcie pochwowe wyłącznie dla zropiałych krwisteków zamacicznych.

Nie ulega wątpliwości, że w wielu przypadkach operuje się bez koniecznej potrzeby, bez wyraźnego wskazania, kierując się jedynie tem, że operacja jest łatwa i niebezpieczeństwem chorej nie grozi. Otóż i przeciwko temu we wspomnianej powyżej pracy mojej występowałem. Obecnie, jako dowód, słuszność zdania mego potwierdzający, przytoczę słowa, wypowiedziane przez J. VEIT'a. „Rozumie się, mówi on, że zachodzi stosunek między techniką i wskazaniem; operacja np. FREUND'a wskazana być winna tylko w razie jej nieodzowności; lecz powodem wyboru jej, w miejsce wyłuszczenia pochwowego macicy, jest przeświadczenie, że w wielu razach doszczętne wyleczenie raka, a więc uratowanie życia, tylko na tej drodze może być osiągnięte. Nie każde owrzodzenie części pochwowej wymaga odcięcia jej, tak samo jak nie przy każdym pęknięciu szyi należy zastosować operację EMMET'a lub przy każdym niezycie błony śluzowej jamy macicy—wyłyżeczkowanie tejże, jakkolwiek operacje te są łatwe do dokonania i nie są połączone z niebezpieczeństwem; jednakowoż nawet dla tak prostej operacji, jak wyłyżeczkowanie, żądamy nie tylko świadomości, że nie zagrażają one życiu, ale przedewszystkiem przekonania, iż jest wskazana i potrzebna“.

Pogląd ten, wypowiedziany przez jednego z najwybitniejszych i najważniejszych operatorów tegoczesnych, powinien być, zdaniem mojem, bezwzględną wskazówką przewodnią dla operatora przy stawianiu wskazań operacyjnych.

Przystępuję do krótkiego opisu ważniejszych przypadków otworzenia jamy otrzewny, celem usunięcia nowotworów z niej uskutecznionego w oddziale.

a) **Wycięcie nowotworów jajnika** (*Ovariotomia*).

1) G. H. (Nr. K. G. 609. 1898), z Warszawy, lat 55 licząca, zameężna, przed dwoma laty przestała miesiączkować. Rodziła 4 razy, ostatni raz przed 26 laty. Przed 5—6 tygodniami spostrzegła guz w dolnej części brzucha,

szybko rosnący i sprawiający jej ból; oddawanie moczu utrudnione, zaparcie stolca; wychudnięcie i osłabienie znaczne i coraz więcej się wzmagające. Wstąpiła do szpitala dnia 18. I. 1898. Znalaziono płyn wolny w jamie brzusznej i wypełnienie jej guzem w dolnej części. W dniu 20. I. wypuszczono trójgrańcem płyn z brzucha w ilości czterech litrów; płyn był krwawy, nie lepki. Przy badaniu wtedy znaleźliśmy macicę ruchomą, odsuniętą ku przodowi i w górę przez guz twardy, wypełniający dół DOUGLAS'a, mało ruchomy i więcej leżący na lewo. W prawej stronie brzucha wyczuwa się swobodnie leżący guz niewielki, bardzo ruchomy, nie będący w związku z poprzednim guzem; sklepienia boczne są wolne. Rozpoznanie: nowotwór złośliwy obu jajników. D. 23. I. 98. *Coelioovariotomia bilateralis*. Po rozcięciu ścian brzusznych, z trudem wydostano na zewnątrz guz, leżący w dole DOUGLAS'a, który okazał się nowotworem jajnika lewego. Szypułę podwiązano, przecięto i przypalono żegadłem PAQUELIN'a. Z guzem, wychodzącym z jajnika prawego, w podobny sposób się załatwiono. Ranę brzuszną zaszyto szwem KEHRER'owskim, a otrzewną osobno zaszyto katgutem. Stan chorej po operacji z początku był niezły, jakkolwiek ciągle wymioty powodowały coraz większe osłabienie. Wieczorem piątego dnia po operacji ciepłota ciała podniosła się, tętno słabe, około 120 uderzeń, i 7-go dnia nastąpiło zejście śmiertelne przy objawach zapaści. Sekcyi pośmiertnej nie dokonano ze względów od nas niezależnych, badanie zaś guza makro- i mikroskopowe, dokonane przez kol. STEINHAUS'a, potwierdziło rozpoznanie nasze kliniczne guza złośliwego, oparte na szybkim wzroście jego, zebraniu się płynu w jamie otrzewnej, ogólnym wyglądzie chorej i znacznym jej wychudnięciu; rozpoznanie mikroskopowe brzmiało: torbielomięsak obu jajników (*Cystosarcoma ovarii utriusque*).

2) L. H. B. (Nr. K. G. 1597. 1898), z Maryampola, powiatu Kozienickiego, lat 22 licząca, zamężna od 5 lat. W pierwszym roku po zamążpójściu poroniła w 2-gim miesiącu, a w rok później rodziła. Nie karmiła, a regularności nie było przez $1\frac{1}{2}$ roku. Po porodzie spostrzegła w dolnej prawej części brzucha guz, który stopniowo się zwiększał; w 9 miesięcy po porodzie przybyła do szpitala (w listopadzie 1896 r.), gdzie rozpoznałem torbiel jajnika prawego, sięgającą na 2 poprzeczne palce pod pępek; chora wtedy gorączkowała, i wytworzył się wysięk przymaciczny. Po wessaniu tego ostatniego proponowałem chorej usunięcie torbieli na drodze operacyjnej, na co się nie zgodziła i wypisała się 9 lutego 1897 r. ze szpitala. Ponownie wstąpiła do szpitala d 31 marca 1898 r., t. j. po upływie czternastu miesięcy, uskarżając się na bóle w brzuchu, utrudnienie oddychania, wychudnięcie i upadek stopniowy sił. Przy badaniu znalaziono brzuch powiększony, jak w 8-ym miesiącu ciąży, i w nim wyczuwa się guz, wypełniający dolną część jamy brzusznej i sięgający na 3 palce poprzeczne powyżej pępka; guz jest miejscami twardy, miejscami zaś elastyczny, nieruchomy. Macica w tyłopochyleniu, odsunięta w to położenie przez guz, wypełniający także małą miednicę. Regularność od kilku miesięcy pojawia się prawidłowo co 4 tygodnie i trwa 5 dni. Rozpoznanie: Torbiel wielokomorowa jajnika prawego. Dnia 13. IV. 98. *Coelioovariotomia dextra*. Przednia ściana guza zrosnięta w dolnej części z otrzewną ścienną, w górnej zaś części z siecią; przy oddzielaniu zrostów na tępo, ściana guza nadpękła, i wylała się znaczna ilość płynu ropiastego. Po bardzo utrudnionem oddzieleniu zrostów, guz wydobyto w zupełności na zewnątrz, szypułę na 3 palce szeroką podwiązano ciągłymi podwiązka-

mi, przecięto i przypalono żegadłem PAQUELIN'a. Z powodu wylania się płynu ropiastego do jamy otrzewny, a ztąd możliwości zakażenia, przebito od pochwy tylne sklepienie, otwór po przebicu rozszerzono i przeprowadzono przezeń do pochwy pas gazy jodoformowej. Ranę brzuszną zaszyto szwem ósemkowym KEHRER'owskim, a otrzewną osobno zaszyto katgutem. Wycięty guz okazał się torbielą wielokomorową, o zawartości w jednych komorach ropnej, w drugich zaś koloidalnej. Rekonwalescencya przeszła dobrze, pomimo lekkiego kataru oskrzelowego, który chora przebyła. Chora wypisała się zdrową d. 18. V. 98.

3) R. G. (N. K. G. 2945), z Dwińska, Witebskiej gub., lat 28 licząca, zamężna. W 16-m r. życia zaczęła miesiączkować, co 4 tygodnie, przez 6—7 dni. Rodziła trzy razy, ostatni raz przed dwoma laty. Czuła się zawsze najzupełniej zdrową, lecz od 5-ciu miesięcy uczuwa silne bóle w brzuchu. Bóle te, jakoteż powiększanie się brzucha w ciągu ostatnich miesięcy spowodowały wstąpienie jej do szpitala d. 22 czerwca 1898 r. Przez ściany brzuszne wyczuwa się guz, wypełniający dolną prawą część brzucha i dosięgający wysokości pępka. Macica odsunięta na lewo i ku przodowi, sklepienie lewe wolne, sklepienie zaś prawe i dół DOUGLAS'a mieszczą w sobie odcinek guza, wypełniającego dół brzucha. Guz jest równy, ruchomy, sprężysty i chelboczający. Rozpoznanie: Torbiel jajnika prawego o szypule skręconej. D. 25. VI. 98. *Coelioovariotomia bilateralis*. Otrzewna ścienna zrosnięta z przednią ścianą torbieli; zrost lekko się oddziela. Wypuszczenie trójgranicem zawartości torbieli, barwy czekoladowej, a w miarę odpływu i zmniejszania się torbieli, wyciąganie powolne tejże na zewnątrz rany brzusznej. Torbiel okazała się jednokomorową o szypule $3\frac{1}{2}$ razy skręconej. Po podwiązaniu, przecięciu i przypaleniu żegadłem PAQUELIN'a, szypułę opuszczono do jamy brzusznej. Lewy jajnik, usiany małymi torbielami, od wielkości prosa do orzecha laskowego, jakoteż małą torbiel paraowarialną — usunięto. Ranę brzuszną zamknięto szwem KEHRER'owskim z osobnym szwem na otrzewną. Zawartość, pozostała jeszcze w torbieli, po wysunięciu jej nazewnątrz, w ilości 2-ch litrów, stanowiła ciecz koloidalną zmieszaną z krwią (*haemorrhagia in cavum cystidis causa torsione pedunculi*). W 2 tygodnie po operacyi, przy bólach w brzuchu, stwierdzono wysięk przyszypułowy (Stumpfexsudat), który wkrótce się wessał, i chora opuściła szpital zdrowa dnia 30 lipca 1898 r.

4) Ch. F. J. (N. K. G. 4279) z Białegostoku, lat 24 licząca, zamężna. Miesiączkuje od 15-go roku życia, co 4 tygodnie, przez 3—4 dni; rodziła raz przed $1\frac{1}{2}$ rokiem. Od 8-u lat, jak utrzymuje, od czasu do czasu uczuwała bóle w brzuchu, które po porodzie coraz częściej się zjawiały. Przed dwoma tygodniami spostrzegła nagle jakiś guz w brzuchu, którego nagłemu zjawieniu się towarzyszyły bardzo silne boleści. Wstąpiła do szpitala d. 12 września 1898. Przy badaniu znaleziono guz, wypuklający dolną część brzucha, twardej, niechelboczający. Macica odsunięta ku tyłowi i na lewo przez guz z przodu jej leżący, wielkości główki jednorocznego dziecka. Guz jest małoruchomy, jakkolwiek w górę nieco go unieść można. Rozpoznanie: Torbiel skórzasta jajnika prawego; zważając zaś na nagłe zjawienie się guza w brzuchu przy silnych bólach, z wszelkiem prawdopodobieństwem zrobiono przypuszczenie skręcenia szypuły. D. 15. IX. 89. *Coelioovariotomia dextra*. Torbiel na szypule 2 razy skręconej naokoło swej osi zwyczajną metodą usunięta została. Szew na ranę brzuszną KEHRER'owski z zeszyciem otrze-

wny osobno katgutem. W wyciętej torbieli znaleziono w gęstym śmietankowym płynie zwoje blond włosów i szczękę górną z zębami. Szwy zdjęto 6-go dnia, rychłozrost zupełny. Chora zdrowa wypisała się ze szpitala dnia 6. X. 1898 roku.

5) K. A. (N. K. G. 7522) z Białegostoku, lat 31 licząca, zaczęła miesiączkować w 18-ym roku życia, co 4 tygodnie, przez 3—4 dni. Za mężem 8 lat; nie rodziła. W ostatnich trzech latach regularność przychodzi wcześniej i trwa dłużej. Skarży się na bóle w brzuchu. Wstąpiła do szpitala d. 29. IX. 98. Przy badaniu znaleziono macicę niewielką, w przodopochyleniu. Na lewo od macicy wyczuwa się guz sprężysty, ruchomy, wielkości dużej pomarańczy, niebolesny, będący w związku z macicą. Na prawo od macicy znajdujemy zgrubienie nieruchome, będące z nią w związku, niebolesne za uciskiem. Rozpoznanie: torbiel jajnika lewego. D. I. X. 98. Przystąpiono do coeliotomii. Znaleziono macicę prawidłowej wielkości w przodopochyleniu; od niej na długiej szypule odchodzi torbiel z przyrośniętym doń jajowodem. Torbiel, wyprowadzona na zewnątrz, zwykłym sposobem usunięta została. Na prawo od macicy znajdujemy zrosty jajnika i jajowodu z macicą, kiszka i ścianą miednicy. Zrosty oddzielono i wtedy znaleziono rozszerzony jajowód, wypełniony krwią (*haematosalpinx*); wylew krwi w miąższ jajnika (*apoplexia ovarii*). Jajowód nadcięto i przez nacięcie wypuszczono zebraną w nim krew płynną zmieszaną z skrzepami; jajnik powiększony nie daje się wyprowadzić na zewnątrz rany brzusznej, wskutek czego zrobiłem *in situ* głębokie cięcie, przenikające w miąższ jajnika, przyczem odeszła zeń dość znaczna ilość skrzepów krwawych. Nacięcia na jajowodzie i jajniku zamknąłem szwem katgutowym. Ranę brzuszną zaszyłem szwem KEHRER'owskim. W ten sposób dokonano *Coelioovariotomiam sinistram* jakoteż *salpingoectomiam* i *ovariectomiam dextram* (nacięcie i opróżnienie z zawartości, z pozostawieniem narządów).

Po operacji, z powodu znacznego osłabienia, zrobiono wlewanie podskórne 1000 grm. płynu fizyologicznego. W dniu operacji wieczorem ciepota ciała 37,8°C. Tętno 120 uderzeń, nitkowate; bezustanne wymioty krwawe; pomimo przemycia żołądka, podania do wewnątrz morfiny, wymioty krwawe trwały w dalszym ciągu, i chora zmarła d. 2. X. 98., o godzinie 11-ej wieczorem, t. j. w 36 godzin po operacji. Badanie pośmiertne wykazało: *peritonitis ichorosa*. *Sepsis*. *Haemorrhagiae ventriculi*.

6) R. W. (N. K. G. 2291) z m. Lipna, gub. Płockiej, lat 32 licząca, zaczęła miesiączkować w 16-m roku życia, co 3 $\frac{1}{2}$ tygodnia, przez 3—4 dni. Za mężem 5 lat, rodziła 2 razy, ostatnio przed 16 miesiącami. Od roku spostrzegła stopniowe powiększanie się brzucha, które doszło do tego stopnia, że chora nie mogła swobodnie oddychać. Wstąpiła do szpitala d. 30. IV. 99. Brzuch chorej ma wygląd 9-miesięcznej ciąży; żyły podskórne rozszerzone i nastrożone; opukiwanie na całej powierzchni brzucha daje odgłos tępy; chębotanie jasne. Macica wyczuwa się od przodu; na prawo od niej znajduje się guz sprężysty, który wypełnia całą jamę brzuszną i dosięga na 2 palce poniżej wyrostka mieczykowatego. Rozpoznanie: Torbiel jajnika prawego. D. 2. V. 99. *Coelioovariotomia dextra*. Przy rozcięciu ścian brzusznych znajdujemy na wielkiej przestrzeni zrost otrzewny ściennej z przednią ścianą torbieli, który oddzielono natępo i za pomocą noża. Torbiel przekłuto trójgranicem i po odpuszczeniu części zawartości gęstej, koloidalnej, ciemnej barwy, udało się nowotwór wydobyć na zewnątrz. Dość znaczne zrosty górnej i tyl-

nej ściany torbieli z siecią w części podwiązano i przecięto, w części zaś na tępo oddzielono. Po podwiązaniu i przecięciu szypuły szerokiej na dwa palce, torbiel usunięto, szypułę przypalono i opuszczono do jamy otrzewny. Rana brzuszna zamknięta szwem KEHRER'owskim. Przebieg pooperacyjny zupełnie gładki; chora zdrowa wypisała się dnia 16. V. 1899., t. j. w 15 dni po operacji.

(C. d. n.).

W SPRAWIE KRWAWIENIA KISZKOWEGO

po odprowadzeniu lub cięciu uwięzłych przepuklin.

Skreślił

SZYMON KOSSOBUDZKI

b. lekarz krajowy w gub. Orłowskiej.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 16).

KUKULA, rozpatrzywszy krytycznie wszystkie opisane dotychczas przypadki i porównawszy ze swoim, przyszedł do następujących wniosków.

Krwawienie po odprowadzeniu lub cięciu przepuklin należy rozdzielić na dwie grupy.

Do pierwszej grupy należą krwawienia, następujące wkrótce po odprowadzeniu lub cięciu uwięzłych przepuklin. Wywołane być mogą:

a) zgnieciem ścian jelita przy gwałtownem odprowadzeniu, w takich razach nie dochodzą chyba do większego natężenia i przejawiają się w postaci nielicznych skrzepów krwi lub w postaci stolców, zabarwionych na czarno barwnikiem krwi.

b) zaś — obfite krwawienia kiszkowe w większości przypadków zależą od czasowego zaciśnięcia żył pewnej części кишки lub od ostatecznego zakrzepu żył i krwawego zawału, wypływającego z tego zaburzenia w krążeniu. Kiszka uwięzła musi być dłuższa, by krwawienie mogło być obfite.

c) nie można wyłączyć, że krwawienie powstać może wskutek zawału po krótko trwającej zupełnej bezkrwistości jelita, wywołanej przez bardzo mocne zaciśnięcie żył i tętnic.

d) dotychczas dowiedziony jest sposób powstawania krwawienia, przytoczonego pod b), zaś uszkodzenie śluzówki podczas odprowadzania przyczynia się znacznie do powstania zawału krwawego w warunkach, wskazanych pod b).

Do drugiej grupy należą krwawienia późniejsze wskutek złuszczenia i owrzodzenia śluzówki na całej przestrzeni pętli kiszek. Zmiany takie nastąpić mogą:

a) w następstwie zgorzeli śluzówki po słabym, lecz dłużej trwającym, lub też po krócej trwającym, lecz silnym zastoju żylnym i ztąd wynikłych zmianach; krwawienie to może być podtrzymane przez krwawienie z owrzodzeń, rozwijających się często jednocześnie w ramieniu кишки doprowadzającym.

b) w następstwie zgorzeli śluzówki po zakrzepie żył, powstałym po operacji z powodu ucisku żył, który to zakrzep rozszerza się na pewien odcinek jelita.

c) żaden z wymienionych warunków nie jest dotychczas dowiedziony; najczęściej chyba przyczyną bywa zakrzep z ucisku żył w obrączce zaciskającej; przyszłość rozstrzygnie, który z wskazanych trzech momentów najczęściej ma miejsce.

Tyle KUKULA. Jak widzimy w zapatrywaniu się na interesującą nas sprawę stoi on na stanowisku, uwzględniającem dotychczasowe oddzielne poglądy.

Uznaje podział SCHNITZLER'a, nie odmawiając pewnej słuszności ULLMAN'owi. O tyle jest jednakże samodzielny i bardziej od innych rozstrzygający sprawę, że na poparcie swych własnych poglądów ma dokładnie i wszechstronnie zbadany przypadek, który daje mu prawo słusznie twierdzić, że obfite krwawienia kiszkowe w takich razach w większości przypadków zależą od czasowego zaciśnięcia lub ostatecznego zakrzepu żył i następczego krwawego zawału.

Praca KUKUL'i rzuciła duże światło na ciemną sprawę, ale zupełnie jej, jak to sam KUKULA przyznaje, nie wyjaśnia. Są przypadki, nie dające się pomieścić w ramach podziału, podanego przez KUKULĘ. Do takich należy spostrzeżenie, które poniżej przytaczam.

F. Z., lat 39, od lat kilkunastu miał prawostronną pachwinowo-mosznową przepuklinę wielkości dwóch pięści. Przepuklina z łatwością dawała się odprowadzać i dolegliwości żadnych nie sprawiała, wskutek czego Z. nie uważał za potrzebne nawet użycie paska.

8 grudnia r. 1896 o 7 rano przepuklina wyszła, powiększyła się bez żadnego szczególnego powodu i więcej się odprowadzić nie dała.

Gdy w kilka godzin potem zjawily się bóle w brzuchu i w przepuklinie, zwłaszcza przy ruchach, dotykaniu, gdy pomimo chęci ani wiatrów ani stolców nie było, gdy w dodatku wystąpiły wymioty z początku spożytemi potrawami, później żółcią, chory przestraszony przysłał do szpitala po felczera. Ten próbował na miejscu odprowadzić przepuklinę, lecz bezskutecznie. Dał więc choremu kilkanaście kropel nalewki makowca i powiódł go do szpitala, dokąd chory przybył o godzinie 8 wieczorem tegoż dnia.

Chory wzrostu średniego, budowy dobrej, odżywiania średniego; umiarkowany alkoholik. Narządy wewnętrzne prócz nieznacznej rozedmy płuc i niewielkiego stwardnienia naczyń zmian nie przedstawiają. Ciepłota 37,5°, tętno — 90.

Twarz wyraża cierpienie i niepokój; chory chwili nie może być w spokoju; kręci się, jęcząc i chwytając za brzuch i mosznę.

W prawej połowie moszny guz wielkości głowy dziecka; skóra na guzie nie zmieniona, ale gorąca; ściany guza naprężone; przy opukiwaniu — odgłos stłumiony; obmacywanie bolesne, ale pozwalające wyczuć wewnątrz zawartość płynną i guzowatości o nieokreślonych zarysach. Od guza ku górze do zewnętrznego otworu pachwinowego ciągnie się naprężony, twarde, przy ucisku bolesny gruby powrozek, ginący w kanale pachwinowym, którego obrączka zewnętrzna jest na powrozkę zaciśnięta.

Obmacywanie brzucha w dolnej prawej części, szczególnie tuż ponad kanałem pachwinowym, bardzo bolesne.

Z początku zrobiono ostrożną próbę odprowadzenia przepukliny. Gdy zaś to nie dało pożądanego wyniku, postanowiłem wykonać cięcie przepukliny. W czasie przygotowań do operacji choremu dano dobrą ławatywę z wody ciepłoty 16° i ułożono go w łóżku z podniesioną miednicą, tak by przepuklina leżała najwyżej. Zaraz po daniu ławatywy odeszło trochę kału z wodą. Gdy chory poleżał w łóżku bez ruchu w wymienionem położeniu nie dłużej niż pół godziny, przepuklina weszła samodzielnie o godzinie $9\frac{1}{2}$, czyli że uwięźnięcie trwało 14 — do 15 godzin.

W jakiś czas później chory oddał resztę wody, wlanej do odbytnicy. Woda była mocno zabarwiona krwią.

9. XII. Rano ciepłota $37,4^{\circ}$; tętno 86. Chory skarży się na ból w prawym dole biodrowym przy dotykaniu, przy ruchach i mocniejszym oddychaniu. Przepisano nalewkę makowcową, a za pokarm mleko. Wieczorem ciepłota $38,7^{\circ}$, tętno 110. Ból w dolnej prawej części brzucha wzmagą się. Obmacywanie nic szczególnego nie wykazuje.

10. XII. Stolca nie było. Worek z lodem na dolną część brzucha, ciepłota $37,4^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$, tętno 88. Czuje się znacznie lepiej, chociaż łaknienia nie ma. Dwukrotne wypróżnienie bez bólu i bez wydymania się. Stolce składały się z dużej ilości prawie czystej krwi.

Nalewka makowcowa w dalszym ciągu. Prócz tego wewnątrznie podano tanię 4 razy dziennie po 0,3 w keratynowych kapsułkach. Mleko.

11. XII. Ciepłota 37° — $37,9^{\circ}$. Bólu brzucha już nie czuje; obmacywanie prawie nie bolesne. Stolców nie było. Stan podmiotowy coraz lepszy; łaknienie powraca.

12. XII. Ciepłota $37,8^{\circ}$ — $38,4^{\circ}$. Tętno przyśpieszone. W ciągu dnia dwa wypróżnienia bez bólu, składające się z płynnego kału z domieszką krwi. Brzuch nie bolesny. Podano to samo.

13. XII. Ciepłota $37,8^{\circ}$ — $38,0^{\circ}$. Cztery płynne kałowe stolce bez śladów krwi. Podano: *Benzonaphtholi* 0,5; *Opii puri pulver.* 0,015 — 3 proszki dziennie.

14. XII. Ciepłota prawidłowa. Stolec jeden rzadki, bez krwi. Żadnych bólów w brzuchu nie doświadcza. Obmacywanie brzucha żadnego bólu nie sprawia. Podano to samo.

15. XII. Ciepłota prawidłowa. Stan ogólny zupełnie dobry; łaknienie powróciło. Jedno wypróżnienie kałem jeszcze nie zupełnie sformowanym. Benzonaftol z makowcem. Kaszka na mleku.

16. XII. Ciepłota prawidłowa. Chory czuje się zdrowym, ma doskonały apetyt. Stolec kałowy sformowany. Zaprzesztano podawać proszki i, zaleciwszy choremu ostrożność w jedzeniu, wyprawiono do domu. Od tego czasu do końca czerwca 1899 r., kiedy się oń dopytywałem, cieszył się zupełnem zdrowiem, podtrzymując przepuklinę paskiem.

W danym razie spotykamy zbieg następujących warunków. Przepuklina dość znacznych rozmiarów, uwięźnięcie trwało względnie nie długo, bo 14 godzin, próby odprowadzenia, jak najostrożniejsze, wreszcie przepuklina weszła sama, i oto w kilka chwil później w stolcu widzimy wodę z ławatywy mocno zabarwioną krwią. Na 3-ci dzień obfity stolec z czystej krwi, poczem doba przerwy i znowu krwawe stolce (kał z krwią).

Zauważyć muszę, że chory brał makowiec, co mogło do pewnego stopnia opóźnić stolce.

Ponieważ krew się ukazała wkrótce po wejściu przepukliny, przeto można by włączyć ten przypadek do pierwszej grupy krwawień wczesnych, przypuszczając, zgodnie z tłumaczeniem KUKUL' i, że wytworzył się zakrzep żył krezkowych już podczas uwięzienia. Po wejściu przepukliny powstał zawał krwawy i krwawienie do światła jelit, które to krwawienie natychmiast się ujawniło, zabarwiając wodę, wlaną poprzednio do jelita grubego. Następnie, ukształtowanie się zakrzepu w żyłach i zawału tam, gdzie go podczas uwięzienia nie było, a więc całe to olbrzymie zaburzenie w krążeniu mogło łatwo doprowadzić do obfitych krwawych wypróżnień, jak to też w interesującym nas przypadku widzimy. Ale te wypróżnienia nastąpiły 3 i 5 dnia, co znowu kwalifikować może opisany przypadek do grupy drugiej krwawień. Jeszcze większą trudność zaliczenia do tej lub innej grupy znajdujemy, rozpatrując resztę spostrzeganych objawów.

Po krwawych stolcach — na 6 — 7 i 8 dzień bez bólu wystąpiły częste płynne stolce — rozwolnienie biegunka. Wskutek czego? Prawdopodobnie że potworzyły się powierzchowne owrzodzenia, których drażnienie przyspieszało ruch robaczkowy jelit. Rozwolnienie jednakże prędko się uspokoiło. Chory przyszedł do siebie i w przeciągu dwóch następnych lat cieszył się zupełnym zdrowiem: dowód, że nie mieliśmy do czynienia z poważniejszym owrzodzeniem śluzówki, któreby mogło z jednej strony spowodować krwotok, z drugiej bliznowate zwężenie światła kiszki²⁾.

Jeszcze dwa objawy wyróżniają nasze spostrzeżenie od innych, a mianowicie; ograniczona do okolicy biodrowej prawej bolesność i podwyższenie ciepłoty.

ULLMANN, SCHNITZLER, ZAMAZAL są zdania, że gorączka i bolesność brzucha są to objawy głębszych zmian w kiszkiach, mianowicie zgorzeli i owrzodzeń, które sprowadzają krwawienia późne. KUKULA przyznaje im słusność, ale zaznacza, że owrzodzenia na śluzówce nie koniecznie mają wywoływać podwyższenie ciepłoty i ból. Znamy, powiada, wrzody kiszkowe, naprzykład wrzody kałowe, *flexurae sigmoideae*, które się ani bólem, ani gorączką nie zdradzają. Ze swej strony mogą tylko, odwróciwszy twierdzenie KUKUL' i, zauważyć, że podwyższenie ciepłoty i ból niekoniecznie w podobnych razach mają wskazywać obecność wrzodów kiszkowych. Już to, że bolesność brzucha i gorączka wystąpiły na drugi dzień po ustąpieniu objawów uwięzienia, nie pozwala łączyć ich w przyczynowy związek z biegunką i owrzodzeniem śluzówki. Te rzeczy zjawily się znacznie później. Nasuwa się przypuszczenie, czy gorączka i umiejscowiona w dolnej części prawej połowy brzucha bolesność nie były przejawami ograniczonego zapalenia otrzewny?

W danym przypadku wobec znacznych rozmiarów przepukliny, w następstwie silnego zastoj u żylnego, względnie zakrzepu, a po części z powodu chociażby nieznacznego uszkodzenia kiszki przy próbach odprowadzania, w worku przepuklinowym mogła się zebrać większa ilość płynu przepuklinowego. Po wejściu przepukliny płyn ten wlał się do jamy brzusznej, dzia-

2) W spostrzeżeniu KUKUL' i mamy tak wielkie zmiany w śluzówce uwięzłych i skreconych kiszki, że bezwarunkowo prowadzić one mogą do owrzodzenia. Podobne owrzodzenia śluzówki kiszki uwięzłych w przepuklinach zaznaczono oddawna (STREUBEL, CECCHERELLI, ARNAUD, GINSBURG, SAUTH, SANSON) (4). Wiadomo także, że nie rzadko owrzodzenia tworzą się na ramieniu jelita doprowadzającym, a więc znajdującym się w jamie brzusznej przed obręczką zaciskającą.

łając na surowicówkę okolic najbliższych, a więc okolicy biodrowej prawej. Jak zaś wykazują liczne spostrzeżenia, płyn przepuklinowy bynajmniej nie jest płynem obojętnym dla otrzewny. Zawiera on często toksyny, a nawet nieraz żywe jadowite bakterye: paciorkowce, gronkowce, laseczniki okrężnicy i inne, jak tego niezaprzeczenie dowiedli BOENNECKEN, ARND, ZIEGLER, TAVEL i LAUR, TIETZE, SCHLOFFER, STRANIK (4), BRENTANO (5), ZAHRADNICKY (6), i inni.

Przy zastoju żylnym w uwięzłej kiszce drobnoustroje przenikają przez ściany kiszki do płynu przepuklinowego. FRÄNKEL (5) jest nawet zdania, że nagła śmierć po cięciu uwięzłych przepuklin zależy od obecności w płynie przepuklinowym lasecznika okrężnicy i od wessania się jadowitych przetworów życiowych tego drobnoustroju. Jeżeli zaś możliwa jest śmierć, to jeszcze możliwe jest niewielkie, ograniczone zapalenie otrzewny, zdolne jednakże wywołać podwyższenie ciepłoty i bolesność brzucha.

Przypadek opisany nie daje się zupełnie nagiąć do proponowanych przez SCHNITZLER'a, ULLMANN'a i KUKUL'ę podziałów. Stoi on w gruncie rzeczy jak gdyby na pograniczu, na przejściu od krwawień wczesnych do późnych.

Przyznać jednak należy, że wogóle podział ze względu na czas wystąpienia krwotoku, jako zbyt dowolny, jest sztuczny. Przyjmować go można tymczasowo jedynie ze względu na dogodność, ale dążyć się winno do oparcia podziału na podstawach szerszych i naturalniejszych³⁾.

Taki byłby podział na podstawie etiologii. Dotychczas tylko przypadek KUKUL'i daje nam niezbity dowód, że zakrzep żylny i krwawy zawał sprowadzić mogą krwotok kiszkowy po cięciu lub odprowadzeniu uwięzłych przepuklin i, przypuszczalnie, owrzodzenia kiszek, z których znowu krwawienie jest najzupełniej możliwe.

Wszystkie inne możliwości, nie sprawdzone anatomo-patologicznie lub doświadczalnie, są to przypuszczenia mniej lub więcej słuszne, mniej lub więcej dowolne i fantazyjne. Dopiero staranne spostrzeganie i badanie wszechstronne odnośnych przypadków pozwolą nam je sprawdzić, jedne z nich przyjąć, inne odrzucić.

L I T E R A T U R A.

1) Ullmann. Ueber Darmblutung nach Herniotomien. Wien. medic. Wochenschrift. 1897. Nr. 21. 2) Schnitzler: Zur Frage nach dem Zustandekommen von Darmblutungen nach Operationen an Hernien. Wien. medic. Wochenschr. 1897. Nr. 34. 3) Zamazal: O krvácení střevním po reposici kýly inkarcerované. Časopis lékařů českých. 1898. 4) Maydl. Nauka o kýlach čili herních (též průtržích). 1897. 5) Stránik. Nález z případů bakter. vyšetřén. na česk. chirurg. klin. w 92—93 r. Časopis lékařů českých. Nr. 18, 19, 20. 1894 r. 6) Zahradnický. Zpráva o výsledku bakteriolog. vyšetř. proveden. v 94—95 r. Časopis lékařů českých. Nr. 43, 44, 45, r. 1896. 7) Kukula. K aetiologii enterorrhagii po uskřinutých kýlach. Sbornik klinický. Rocznic I. Nr. 4. 1899 r.

³⁾ KUKULA, utrzymując podział na dwie grupy, skłania się jednak do przypuszczenia, że krwawienia późne wskutek złuszczenia i owrzodzenia śluzówki najczęściej powstają na tle zakrzepu żył i zawału krwawego, wywołujących te zmiany w śluzówce. Zgodnie z tem, co i mnie się wydaje najprawdopodobniejszym, etiologia krwawień wczesnych i późnych w gruncie rzeczy najczęściej byłaby jednakowa.

Kilka uwag o chorobie Thomsen'a

(*Myotonia congenita*).

Podał

D-r med. **H. HIGIER.**

(z powodu art. d-ra K. Rzętkowskiego).

Do ogłoszenia notatki niniejszej skłania mnie artykuł kol. K. RZĘTKOWSKIEGO, ogłoszony pod powyższym tytułem w Nr. 14 „Medycyny“. W sprawie tego wielce ciekawego cierpienia u nas żadnych, o ile mi się zdaje, oryginalnych spostrzeżeń nie ogłaszano. Kol. RZĘTKOWSKI, dając dokładny obraz kliniczny choroby THOMSEN'a i przytaczając panujące o niej w piśmiennictwie lekarskiem teorie, ani słówkiem nie wspomina o jednej z nich, która w razie potwierdzenia jej słuszności, zmieni radykalnie poglądy na patogenezę i etiologię i uczyni z tej choroby poważnej, dającej „rokowanie co do wyleczenia całkiem niepewne“, cierpienie uleczalne. Mam na myśli teorię autointoksykacji czyli samozatrucia.

Pisząc przed kilku laty „W kwestyi etiologii i istoty nerwic czynnościowych ze stanowiska historycznego“ („Krytyka Lekarska“), poruszyłem obszerniej sprawę samozatrucia i samozakażeń w etiologii nerwic. Odnośne miejsce, omawiające myotonię i zbliżone do niej sprawy chorobowe, brzmi w artykule: „w niektórych postaciach chorobowych, których etiologii dokładnie jeszcze nie wyjaśniono (*myotonia*, porażenia asteniczne, okresowe porażenia rodzinne, *vertige paralysant*, *kubisagari*), należy również przypuszczać, z mniejszem lub większem uzasadnieniem, samozatrucie lub zakażenie, obok jednoczesnego usposobienia wrodzonego, lub nawet bez niego“.

W tymże duchu wypowiedziałem pogląd na chorobę THOMSEN'a w referacie zbiorowym „O myotonii i stanach pokrewnych“ („Gazeta Lekarska“), opierając się na pewnych danych klinicznych: „W chorobie THOMSEN'a, zarówno jak i w ciemnych pod względem patogenetycznym okresowych porażeniach rodzinnych, jakoteż polioencefalomyelitach funkcyjnych, czyli t. zw. porażeniach niedomożnych (*asthenische Lähmungen*), mamy przed sobą skutki swoistych, aczkolwiek bliżej jeszcze niepoznanych, samozatruc. Przemawia za tem poniekąd samo już, tak często przytaczane, podobieństwo swoistych nieprawidłowości czynnościowych w chorobie THOMSEN'a do stanów patologicznych, jakie wywołujemy doświadczalnie na zwierzętach za pomocą niektórych jądów mięśniowych, jak fizostygmina, digitoksyna, a zwłaszcza weratryna. Nasuwa się przedewszystkiem przypuszczenie, iż nadmiar lub powstrzymane wydalanie pewnych wytworów przemiany materji w mięśniach, staje się przyczyną chorobliwego przestoczenia czynności mięśniowej, podobnie jak t. zw. produkty znużenia (*Ermüdungsstoffe*) pokrewną odgrywają rolę w powstawaniu niektórych postaci zaburzeń czynnościowych natury czuciowej“.

W r. 1897 prof. BECHTEREW, opierając się na własnych spostrzeżeniach, wypowiedział zdanie, że choroba THOMSEN'a jest chorobą przemiany materji, że swoiste zaburzenia ruchowe są objawami samozatrucia. Od tego czasu tenże autor w szeregu licznych artykułów (Obozrenie psychiatrii. 1897, Neurol. Centralblatt. 1897 i 1900) stara się uzasadnić swój odrębny, od ogólnie przyjętego, zasadniczo się różniący pogląd. Warto posłuchać logicznego rozumowania tego, w literaturze neurologicznej skądinąd bardzo chlubnie znanego badacza rosyj-

skiego: rozumowanie to, rzucające zupełnie nowe światło na istotę i leczenie tej nad wyraz ciężkiej choroby, jest pod wielu względami przekonywające.

Myotonię uważają powszechnie od pierwszych autorów, którzy ją dokładnie opisali (THOMSEN, ELIS), za czynnościową anomalię wrodzoną układu nerwowego lub za cierpienie organiczne narządu mięśniowego. Atoli przebieg choroby, dosyć częste wahania i poprawy, przypadki myotonii nabytej, czynią mało prawdopodobną anomalię i to stałą, wskazując raczej stan chorobowy, w dzieciństwie nabyty. Liczne i różnorodne zaburzenia ruchowe w cierpieniu tem nie dają się określić, jak to uczynił THOMSEN sam, jako „*Tonische Krämpfe in willkürlich beweglichen Muskeln*“, lub zgodnie z terminologią francuską BALLET-MARIE'go jako „*Spasme musculaire au debut des mouvements*“, lecz sprowadzają się raczej do jednego podstawowego objawu patologicznego: zwolnienia czyli utrudnionego wykonania skurczu mięśniowego, przewyższającego pewną miarę napięcia, niezależnie od tego, czy ten skurcz wywołany zostaje przez dowolną innerwację, odruchowo, na drodze bodźca mechanicznego lub podrażnienia elektrycznego.

Widzimy w tem określeniu choroby sprowadzenie wszystkich objawów klinicznych do jednego mianownika, uogólnienie, jakiego nie spotyka się u żadnego z dawniejszych autorów, zajmujących się tą sprawą, od lat 15 nie schodzącą z porządku dziennego. Uogólnienie to, wyłączając *a priori* zaburzenia ośrodków nerwowych, kieruje uwagę naszą w stronę układu mięśniowego, względnie obwodowo położonych narządów nerwowych. Istoty choroby THOMSEN'a szukać należy w swoistem upośledzeniu odżywiania i przemiany materii, dotyczącem głównie tkanki mięśniowej i prowadzącem z jednej strony do myotonicznych objawów, z drugiej na drodze samozatrucia do często znajduwanych zmian drobnowidzowych w muskulaturze. Przemawiają za tem liczne badania moczu odnośnych pacjentów i pomyślnie wyniki leczenia środkami, pobudzającymi ustrój do czynniejszej, żywotniejszej przemiany materii. Analizy chemiczne moczu w przypadkach MOŁCZANOWA, BECHTEREWA i WERSIŁOWA, wykazały stałe zmniejszenie ilości kwasu fosforowego, chlorków i mocznika, powiększenie ilościowe produktów rozpadu tkanki mięśniowej w postaci kreatyny i kreatyniny.

Z postępującą poprawą stanu myotonicznego skład chemiczny moczu zbliżał się do normy. Tak przynajmniej rzecz się miała u myotonika, lekarza z zawodu, u którego choroba THOMSEN'a powstała w dzieciństwie na tle dny i wraz z tą ostatnią znikła stopniowo. W kilku przypadkach zastosowane kąpiele letnie, wody mineralne (Vichy), gimnastyka lecznicza i masaż sprowadziły znaczną poprawę lub prawie zupełne wyleczenie.

Ze swojej strony przytoczyłbym jeszcze jako okoliczność, mogącą przemawiać za toksyczno-myopatyczną teorią stare doświadczenia RIEGIER'a i SAINSBURG'a. Autorzy ci stwierdzili, iż pewne sole, a zwłaszcza fosforan potasu — sól, w zmniejszonej ilości wydzielająca się w moczu u myotoników — wywołują u żaby skurcz toniczny i powolny, nader zbliżony do występujących w chorobie THOMSEN'a, i że skurcz ten trwa nie tylko po przecięciu nerwu, lecz nawet gdy zakończenia nerwów wewnątrzmięśniowe ulegają porażeniu przez zastosowanie kurary.

Mytonia bywa częstokroć chorobą rodzinno-dziedziczną, jak to ma miejsce z chorobami ustrojowymi i zaburzeniami przemiany materii. O ile te ostatnie są wrodzone lub we wczesnem dzieciństwie nabyte, mytonia na jej gruncie powstała nosi cechy cierpienia wrodzonego (*M. congenita*), o ile zaś w późniejszym wieku powstają, zwykło się uważać towarzyszącą im mytonię za chorobę nabytą (*M. acquisita*).

Kol. RZĘTKOWSKI nie uważał za potrzebne wspomnieć o stanach pokrewnych chorobie THOMSEN'a, o postaciach poronnych i nietypowych, o formach przejściowych i mieszanych. Wychodząc ze stanowiska teorii autointoksykacji w szerszym tego wyrazu znaczeniu, jestem odmiennego nieco zdania co do tych postaci, zazwyczaj w literaturze lekarskiej niesłusznie zaniedbywanych. Sądzę, że takie właśnie przypadki najbardziej przyczynić się mogą do rozświetlenia patogenezy choroby oraz związku anatomo-patologicznego i etiologicznego z innymi chorobami układu nerwowego. Z tego punktu widzenia wspomniałbym o „paramyotonii wrodzonej“ (*Paramyotonia congenita* — EULENBURG), „paramyotonii bezładnej“ (*Paramyotonia atactica* — GOWERS), „skurczach myotonicznych ograniczonych“ (*M. circumscripta* — SCHULTZE), „myotonii przepuszczającej“ (*M. intermittens* — MARTINS - HANSEMANN), „myotonii ostro powstałej“ (TALMA - JOLLY), „myotonii uleczalnej“ (FUERSTNER) i „porażeniu napadowym i rodzinnym“ (WESTPHAL, GOLDFLAM), posiadającym etiologicznie wiele cech wspólnych z chorobą THOMSEN'a.

Pozwolę sobie wypowiedzieć na tem miejscu kilka słów z powodu uwag kol. HIGIERA o mojej pracy. Przedewszystkiem — jak o tem głosi tytuł pracy mojej „Kilka uwag o chorobie THOMSEN'a i t. d.“ nie miałem najmniejszego zamiaru pisać obszerniej monografii tego cierpienia — monografii, ozdabianej zazwyczaj mnóstwem nazwisk i cytat, co świadczy pochlebnie o czytaniu autorów, ale zgoła nie przyczynia się do wyjaśnienia przedmiotu szerokiemu kołu czytelników czasopisma lekarskiego. Chyba to dostatecznie usprawiedliwi mnie przed zarzutem kol. HIGIER'a, że nie wspomniał o kilku cytowanych przezeń stanach. Jeżeli już kol. HIGIER robi mi z tego zarzut, to przyjemnie mi jest, że wraz ze mną na podobny zarzut ze strony kol. HIGIERA zasłużyłoby mogli ERB i SENATOR pierwszy z powodu swej monografii, przeznaczonej bądź co bądź dla specjalistów, drugi — z powodu wykładu, mianego w roku zeszłym (koniec semestru letniego) w licznym gronie słuchaczy. Obaj ci badacze unikają różnych wspomnień w rodzaju tych, jakie mi kol. HIGIER zaleca i jakie — nie wiem, dla czego mają przyczynić się do wyjaśnienia patogenezy zajmującej nas sprawy.

Co do mnie, to wszelkie podobne wspomnienia uważam za rodzaj „wzmian karstwa“ naukowego i z przyjemnością konstatuje fakt, iż modne do niedawna dziś rzadziej bywa uprawiane....

A teraz — co do teorii autointoksykacji w związku z patogenезą choroby THOMSEN'a. Przedewszystkiem zaznaczyć winienem, że należę do tych, którzy, stojąc wobec stanów chorobowych o patogenезie nieznaną, zawsze pamiętają o możliwości autointoksykacji. Z przykrem rozczarowaniem tedy wyznać mi wypada, że w wielu bardzo razach, a pomiędzy nimi w chorobie THOMSEN'a uważać muszę do dziś teorię autointoksykacji za zgoła nieuzasadnioną naukowo. Przyjmować ją lub nie — jest to rzecz dziś tylko upodobania, ja zaś mam w tym względzie nieco inne upodobanie, niż kol. HIGIER. Przedewszystkiem — nie wiem dla czego kol. HIGIER podnosi fakt, iż w moczu myotników ilość fosforanu potasu jest zmniejszona, wspominając o doświadczeniach RIEGER'a i SAINSBURG'a? Czy ma to coś wspólnego z autointoksykacją? Dla mnie jest to wprost koniecznością fizyologiczną. Przecież łatwiej to i naturalniej wytłomaczyć w ten sposób, że układ mięśniowy myotników — ulegając przerostowi — potrzebuje właśnie tego, co jest dlań nieodzowne, jako główna mineralna część składowa

mięśnia, t. j. fosforanu potasu ¹⁾. Przecież przerost (Ansatz) mięsa wymaga odpowiedniej ilości fosforanów alkali, a w pierwszej linii właśnie fosforanu potasu ²⁾. A w myotonii mamy właśnie ów przerost, o czem kol. HIGIER widocznie wspomina. Cóż więc dziwnego, że ustrój myotonika zatrzymuje w sobie niewielkie ilości fosforanu potasu: to przecież chyba nie autointoksykacja. Sądzę, że te małe ilości fosforanu potasu, jakie ustrój myotonika w swych nowotworzących się lub przerastających włóknach mięsnych skupia, nie dadzą się nawet porównać z ilościami, jakie R. i S. wstrzykiwali sobie. To zatem, że mięśnie żaby pod wpływem zatrucia fosforanem potasu wykazują coś, co ma być zbliżone do objawów mięśniowych myotoniców, może mieć najwyżej niejakię znaczenie ogólnie biologiczne, ale żadną miarą nie powinno służyć na poparcie teorii samozatrucia w patogenezie choroby THOMSEN'a, w której, jak widzimy z powyższego — zmniejszenie się ilości fosforanu potasu w moczu jest objawem czysto fizyologicznym.

Zwróćmy się teraz do ostatniej pracy BECHTEREW'a i do analiz, jakie się w tej pracy znajdują (Neurolog Centralbl. 1900. Nr. 3 „Myotonie eine Krankheit des Stoffwechsels“). Cyfry podane przez BECHTEREW'a od mawiam wprost wszelkiej wartości naukowej. Kardynalną zasadą badań przemiany materji jest ilościowe i jakościowe porównywanie dowozu pokarmów z wydzielinami (kał + mocz). Kto nie robi takiego porównania, ten nie bada przemiany materji, ale robi analizy moczu, co bynajmniej nie jest jedną i tą samą rzeczą. Ilość azotu w moczu, ilość mocznika, nawet — jak to ostatnio i ja sam potwierdziłem w swojej pracy w pracowni prof. von NOORDEN'a ³⁾, ilość kwasu moczowego i amoniaku, jest ściśle zależna od ilości lub jakości dowozu, nie mówiąc o chlorkach, fosforanach, kreatynie ⁴⁾. W pracy BECHTEREWA ani słówka niema o tem, co i ile chorzy spożywali... Z czemże więc mamy porównywać wyniki analiz B. i na jakiej zasadzie mówić, że cyfry ich są za małe lub za duże? Jakiż więc wniosek można z nich wyciągnąć co do biegu przemiany materji u badanych osobników?

Dalej — cyfry te są zresztą zupełnie normalne! Jak koledze HIGIEROWI wiadomo, u zdrowego człowieka ilość składników azotowych w moczu przy zwykłej mieszanej dyecie, rozkłada się w sposób następujący: Na 100 grm. całkowitego N wypada 84—87 grm. N w postaci mocznika, 1—3 grm. N w postaci kwasu moczowego i t. d. Obliczywszy w ten sposób dane BECHTEREWA (str. 100 zeszytu od wiersza 8 z góry począwszy), znajdziemy, że na 100 grm. całkowitego N chory B. wydzieliał około 85 grm. N w postaci mocznika, 2,3 grm. N. w postaci kwasu moczowego. Są to przecież cyfry całkiem normalne, i wydaje mi się wprost niezrozumiałem, jakim prawem BECHTEREW może wobec nich mówić o zmniejszonym wydzieleniu mocznika w moczu badanego przez się osobnika!! A zresztą, gdyby nawet i tak było, to fakt ten przecież zgadzałby się z omówionemi przeze mnie chemicznymi następstwami przerostu mięśni u myotoniców. Szkoda, że kol. HIGIER nie zadał sobie trudu nieco krytyczniej spojrzeć na cyfry B., zanim dojrzał w nich coś, co potwierdzać ma pogląd na chorobę THOMSEN'a, jako na chorobę „przemiany materji“. Co do wrzekomego powiększenia się ilości krea-

¹⁾ Lehrb. der phys. Chem. R. Weumeister. Wyd. II. 1897. str. 421.

²⁾ Por. pracę B. KRUG'a „Ueber Fleischmast beim Menschen“, von NOORDEN'a Beiträge zur Lehre vom Stoffwechsell. II. 1894, oraz MUNK'a i UFFELMANN'a Ernährung des ges. und kr. Menschen II. 1895. Str. 87.

³⁾ Por. pracę moją „o wpływie ekstraktu mięsnego i ksantyny i t. d.“. Gazeta lekarska.

⁴⁾ Por. w von NOORDEN'a Lehrb. der Pathol. des Stoffwechs. Str. 59, oraz Podręcznik do analiz moczu. Neubauer und Vogel. Wyd. 10. 1898. Str. 387.

tyliny w moczu myotoników (muszę wierzyć BECHTEREW'owi na słowo, bo w pracy jego cyfr co do kreatyniny nie znajduję), to wiadomą jest rzeczą, że — z jednej strony—ludzie ze słabą muskulaturą wydzielają mało kreatyniny⁵⁾, z drugiej zaś—że przy wzmożonej pracy mięśniowej, ilość kreatyniny w moczu wzrasta. A myotonicy są to właśnie ludzie z silnie rozwiniętą muskulaturą i z silnie pracującymi mięśniami, bo wchodzącymi w stan mocnego skurczu znacznie częściej, niż mięśnie ludzi zdrowych. Wreszcie co się tyczy przypadku współistnienia u tego samego osobnika dny i myotonii, jedyne zresztą w licznej już dziś kazuistyce obchodzącej nas sprawy, to uogólnienie, jakie BECHTEREW wyprowadza z tego faktu, jest rzeczywiście nader niezwykle i oryginalne.

Rzeczywiście „warto posłuchać tego logicznego rozumowania“, którego osnowa brzmi mniej więcej tak: „ponieważ u myotonika obserwuję dnę, która jest chorobą przemiany materii, zatem mytonia jest również chorobą przemiany materii“. Zupełnie słusznie też twierdzi kol. HIGIER, że jest to całkiem „odrębny, od ogólnie przyjętego zasadniczo różniący się pogląd“....

Oto jak przedstawia się w świetle krytyki teorya, która wciska chorobę THOMSEN'a do szeregu chorób przemiany materii pochodzenia autointoksykacyjnego, a którą kolega HIGIER chciałby znaleźć w mych „uwagach o chorobie THOMSEN'a“. OPPENHEIM w podręczniku swoim (wyd. II, str. 203) wypowiada mniemanie, że w chorobie THOMSEN'a mamy cierpienie spowodowane zaburzeniami rozwojowymi („...auf abnormer Entwicklung beruhende Affection), uważając wprost teorię samozatrucia w mytonii za pozbawioną podstawy.

Sądzę, że uwagi powyższe wyjaśniają dostatecznie, dla czego w pracy mej nie uznałem za stosowne poruszać tych tak mało uzasadnionych i mglistych przypuszczeń.

Przyznaję, że nie przypuszczałem nigdy, aby mi to za błąd poczytane być mogło.....

Wreszcie wyrazić winienem wdzięczność kol. HIGIEROWI za to, że dał mi sposobność do wypowiedzenia powyższych uwag, a Szan.Redakcyi „Medycyny“ że łaskawie udzieliła im miejsca w piśmie swoim.

Warszawa. 15. IV. 1900.

Kazimierz Rzętkowski.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

52. A. ROSENBERG. **O następstwach t. zw. guziczków strun głosowych u śpiewaków.** Budowa histologiczna tych guziczków jeszcze nie została wyjaśniona należycie. Podług B. FRAENKEL'a mają one pewien związek z opisanym przez niego gruczołem struny prawdziwej, którego ujście kończy się tuż pod brzegiem struny w obrębie „pars libera“ w samym środku. CHIARI i ALEXANDER, obserwując przy fonacyi wydzielinę z „guziczków“, potwierdzili dociekania B. FRAENKAL'a.

Jeden z pacjentów autora po silnem nadwreżeniu głosu nagle ochrypl. Przy badaniu pod brzegiem prawej struny prawdziwej można było dostrzedz czerwony guzik wielkości główki od szpilki, guzik ten jednak znacznie zmniejszył się, gdy chory zachowywał się przez pewien czas spokojnie i głosu

⁵⁾ Porów. Lehrbuch der path. des Stoffwechs. von Noorden'a str. 59 i 60, oraz dane Moitessier'a i Ackermann'a w podręczniku Neubauer'a i Vogel'a. Str. 387.

nie nadwyreżał. Prawdopodobnie po nadużyciu głosu następuje zatkanie ujścia gruczołu, co wywołuje nacieczenie tegoż lub wypuklenie ujścia. Gdy chory, któremu w krtani nic nie przeszkadza, nadal nadweręża swój głos, guzik nie zmniejsza się. Ztąd dowód, że śpiewak pomimo obecności „guziczka“ może śpiewać głosem czystym i dźwięcznym. Natomiast gdy następuje tarcie „guziczka“ o brzeg przeciwległej struny lub przerost nabłonka wskutek jakiegoś podrażnienia, wtedy wzniesienie już pozostaje i nie zanika samo przez się. Autor w jednym z obserwowanych przez się przypadków zauważył, że po śpiewie wzniesienie powiększało się, gdy tymczasem po odpoczynku — zmniejszało się. Gdy jedna z pacjentek autora 14 dni z rzędu dużo i z wysiłkiem śpiewała, można było zauważyć stopniowe zmniejszanie się pierwotnego guziczka, cały zaś brzeg struny zajęła powoli łukowata wyniosłość, *resp.* rozszerzenie guzika, który teraz zajął cały wolny brzeg struny, zakreśliwszy łuk wypukły. Po dłuższym wypoczynku i miejscowym leczeniu, śpiewaczka odzyskała dawny tembr swego czystego głosu. W innym przypadku nastąpiło to samo, z tą różnicą, że brzeg struny jeszcze więcej zbliżał się ku środkowej linii, niż w pierwszym przypadku, i utrata głosu była znaczniejsza. Przy fonacji struny w przedniej połowie leżały jedna nieco na drugiej, tak iż wskutek oporu, jaki zdrowa struna stawiała chorej, głośnia w tylnej części nie domykała się kosztem chorej struny: pozostała mianowicie szpara w postaci trójkąta o nierównych bokach. Gdy sprawę podobną mamy na obydwóch strunach, to pozostaje szpara, podobna do równobocznego trójkąta.

W innym znowu przypadku autor widział odosobniony guzik, siedzący na wypukłości między obydwoma brzegami struny prawdziwej. Tłumaczyć to można w ten sposób, że najspierw powstało nacieczenie gruczołu struny — ztąd zgrubienie i wypuklenie jej brzegu. Potem dopiero nastąpiło zatkanie ujścia gruczołu.

Na zasadzie powyższych przypadków i całego szeregu innych autor wnioskuje, że tworzenie się guziczków poprzedza zatkanie ujścia gruczołu; wskutek podrażnienia gruczoł, zawierający większą niż zwykle ilość wydzieliny, rozszerza się, lub też ulega przerostowi skutkiem zastoju wydzieliny. Naturalnie przy podobnym stanie strun następuje zmiana w ich drganiu i niedomykalność głośni. Wydobywanie z krtani tonów staje się niepewnym i szybko następuje zmęczenie głosu.

(*Berliner klinische Wochenschrift*. Nr. 52. 1899).

Marek Koenigstein.

53. O. SOLTSMANN. **Sclerema neonatorum.** Pod nazwą *sclerema neonatorum* rozumiemy cierpienie, polegające na stwardnieniu skóry u noworodków obok znacznego spadku właściwej ustrojowi ciepłoty (*Eigenwärme*) i na surowiczem nacieczeniu tkanki podskórnej — komórkowatej i tłuszczowej.

Pierwszą wiadomość o tej chorobie podał UMBERIUS, lekarz z Ulm, który w roku 1718 mówi o dziecku, urodzonym w 8 miesiącu ciąży, które przyszło na świat twarde, jak kamień, i zimne, jak lód. Od tej pory pisano dużo o tej szczególnej chorobie, co do istoty której jeszcze dziś są zdania podzielone, o czem świadczą, między innymi, liczne synonimy — jako to: *sclerema*, *scleroma*, *oedema neonatorum*, *velerysma*, *sclerodermia*, *algidité progressive*, *induratio telae cellulosaе*, *induratio adiposa* i t. p. Dokładne opisy zaczęli podawać lekarze chorób dziecięcych z początkiem 19 stulecia, jednak dopiero CLEMENTOWSKY i PARROT ugruntowali niejako naukę o tem cierpieniu, rzucając światło na istotę i przyczynę tegoż. Przed nimi łączono zwykle dwa cierpienia w jedno, mianowicie: *sclerema* i *oedema neonatorum*, które nie mają nic wspólnego z sobą. SOLTSMANN w niniejszej rozpra-

wie mówi tylko o *oedema neonatorum*, którą większość autorów do tej pory brało za *sclerema* i radzi nazywać to cierpienie *scleroedema*.

Powstawanie. Z początku stawiano *scleroedema neonatorum* w związku z wrodzonymi wadami serca, a więc — wada zastawek, niezarośnięcie otworu BOTAL'a, niezamknięcie przegrody międzykomórkowej wprost miały prowadzić do stwardnienia tkanki podskórnej. Później stawiano to cierpienie w zależności od zapalenia płuc, zapewne wskutek częstego współlistnienia tych chorób, następnie od niedodmy płuc. BILLARD upatrywał istotę choroby w puchlinie wodnej (*hydrops*), ROGER przeciwnie spotykał przypadki *scleremy*, gdzie żadnego obrzęku nie było, a BOUCHUT twierdził, że obrzęk jest tylko objawem *scleremy* takim samym, jak obrzęk w chorobie serca, lub przy mechanicznej przeszkodzie w krążeniu krwi. Byli znów inni autorzy, którzy uważali chorobę tę jako sprawę zapalną, a ROKITANSKY poszedł jeszcze dalej i wszystkie teorie przeciwne nazywał fałszywymi. Tegoż zdania był i VIRCHOW, który *induratio telae cellulosa neonatorum* porównywał do słoniowatości. CLEMENTOWSKY jest zdania, że przekrwienie w *scleroedema* nie jest czynne, lecz przeciwnie bierne, a uboczne objawy zapalenia ani klinicznie ani anatomicznie wytłomaczyć się nie dają. Jeżeli spotkać można komórki w fazie dzielenia, uważać to można więcej jako fizyologiczny objaw rozwoju jeszcze embryonalnej tkanki noworodka, a jest to tem więcej zrozumiałe, gdy się pomyśli, że skóra noworodka znajduje się pod wpływem bodźca silnie drażniącego, jakim jest powietrze. Takiego samego zdania jest i SOLTSMANN, który w obrzęku towarzyszącym *scleroedemie* nic swoistego nie widzi i twardość obrzękłych części stawia w zależności od ilości, a nie od jakości płynu. Po nakłuciu skóry i wypuszczeniu płynu i twardość się zmniejsza. Pytanie jednak, jakim sposobem zjawia się ten obrzęk? O ile dawniej panowała pewna niezgoda, o tyle teraz zapanaowała pod tym względem jednomyślność, i wszyscy upatrują ostateczną przyczynę *scleroedemy* w przeszkodzie w krążeniu krwi. Według zapatrywania autorów dawniejszych, zaburzenia te były wtórne (BOUCHUT, LÖSCHNER, LETOURNEAU i inni). LETOURNEAU, Ch. WEST i HERVIEUX ostateczną przyczynę widzieli w niedodmie płuc i mniej więcej identyfikowali *scleroedema* z asfiksją, chociaż z drugiej strony dużo noworodków pozornie martwych nie dostaje *scleroedemy*.

LÖSCHNER widzi przyczynę zaburzeń cyrkulacyjnych i oddechowych w złem odżywianiu ogólnem, HENNIG w porażeniu naczyń skórnych, VOGEL w niedostatecznem unerwieniu serca, RIGAL w niedomodze serca i naczyń limfatycznych.

Interesujące są przypadki DEMME'go, który na zwłokach dziecka zmarłego na skleroodemę znalazł stłuszczenie prawego serca, u drugiego myokardyczne zmiany i wrzodziejącą zastawkę.

SOLTSMANN jest zdania, że i słabe krążenie krwi, niedostateczna innerwacja serca, złe odżywianie i zaburzenia w oddechaniu nie wystarczają jednak do wywołania u noworodka *scleroedemy*—twierdzi, że obok tych momentów przyczynowych potrzebna jest jeszcze eine Krankhafte Disposition des Blutlebens i duża przepuszczalność samych ścian naczyń. W końcu MUSMECI d'AGATA uważa *scleroedemę* za nerwicę n. błędnego i rozróżnia skleremę miękką i twardą, ograniczoną i rozlaną, prostą i powiklaną.

Wyżej powiedziane stosuje się tylko do obrzęku noworodków, t. zw. *scleroedema*. Co się tyczy *scleremy* w ścisłym znaczeniu tego słowa — *sclerema adiposum* dawniejszych autorów — to BILLARD uważa ją jako objaw trupi, występujący na krótko przed śmiercią i polegający na krzepnięciu tkanki podskórnej tłuszczowej wskutek silnego spadku ciepłoty ciała. Tegoż zdania jest VALLEIX i BOUCHUT, którzy zapatrują się na *sclerema (adiposum)* jako na objaw po długotrwałej biegun-

ce, po nieżytych żołądka i kiszek, a czasem po zapaleniu płuc. SOLTMANN jest także tego samego zdania i nie uważa *scleremy* za oddzielną postać chorobową, tylko za objaw po dużej utracie płynów jak np. w *cholera infantum*, w letnich biegunkach i t. p. W tych warunkach nietrudno o zastój i zakrzepy w naczyniach włosowatych, o zgęszczenie niejako krwi i wysychanie całego ciała, które jeszcze *in vivo* na błonach śluzowych stwierdzić można. Dla tego właśnie objawu chorobowego SOLTMANN radzi utrzymać nazwę *sclerema* (dawniej *sclerema adiposum*) w przeciwieństwie do *scleroedema* (dawniej *sclerema oedematosum*). Dla obu cierpienie jest jedno wspólnem — wysokie osłabienie, które w *scleroedema* jest wrodzone, w *sclerema* — nabyte, objawowe.

Tu zaznaczyć trzeba, że jedno i drugie nie ma nic wspólnego ze *sclerodermia* dorosłych.

Przyczyny: Większość zapadających na *scleroedema* są to noworodki niedonoszone, wagi niżej 1500 grm., dzieci z wrodzonym osłabieniem. Zapadają one zwykle na 2—4 dzień życia; wyjątkowo tylko rodzą się już dotknięte tem cierpieniem, jak między innymi SOLTMANN spostrzegł dwa takie przypadki u noworodków obarczonych przymiotem dziedzicznym. Momenty, sprzyjające powstawaniu tego cierpienia, są: wilgotne suterenowe mieszkania, źle urządzone domy podrzutków i przepełnienie ich, zimno, nieodpowiednie i niedostateczne odżywianie, wogóle złe społeczne i higieniczne warunki. SOLTMANN nie sądzi, by jakaś swoista przyczyna wywoływała *scleroedema*, chociaż niektórzy starali się dowieść tego na drodze bakteryologicznej.

Zmiany anatomiczne. W *scleremie* skóra jest w zaniku, wyschnięta, brak tłuszczu. Komórki tłuszczowe przedstawiają się jako twory pomarszczone, zgoła bez tłuszczu z wyraźnymi jąderkami. Światło naczyń skórnych zmniejszone do niepoznania.

Zupełnie inaczej rzecz się ma w *scleroedemie*. Tu skóra jest alabastrowo biała, napięta wskutek silnego nacieczenia tkanki podskórnej. Po nakłuciu wypływa płyn surowiczy, który na powietrzu łatwo krzepnie. Wewnętrzne narządy znajdują się w stanie przekrwienia: opony mózgow e, mózg, płuca, wątroba i nerki. Surowicze i krwawe wylewy do komór mózgowych, wynaczynienia do istoty mózgowej należą do wyjątków. Do zwykłych zmian należą: zapalenie płuc obrzękowe, niedodma płuc, podbiegnięcia (*ecchymoses*) na osierdziu i opłucnie—na błonie śluzowej przewodu pokarmowego i pęcherza, surowicze i krwawe wylewy do opłucny i do otrzewny.

Objawy. Objawy ze strony skóry są tak widoczne, tak jaskrawo rzucające się w oczy, że objawy ogólne schodzą na plan drugi. Oddech zwykle jest powierzchowny, nieregularny; tętno małe, trudno wyczuwalne, przyspieszone; tony serca ledwo dosłyszalne. Ciężota ciała znacznie spada i w miarę zwiększania się obrzęku dochodzi do 29°, 25°, 22° C. SOLTMANN najniższą ciepłotę obserwował 29,8°. Ilość moczu zmniejsza się. Skóra przybiera kolor sino-błady, gdzieśgdzie zauważyć się dają sińce. Obrzęk zaczyna się na łydkach i udach, przechodzi stopniowo na części sromne, na pośladki, na grzbiet i tylko w wyjątkowych razach zajmuje szyję i twarz. Jako powikłania spotykają się: zapalenie płuc zastoinowe, żółtaczk a, róża, *pemphigus*, *furunculosis*. Choroba trwa zwykle od 5—8 dni, rzadko dłużej. Rokowanie złe. Śmiertelność dochodzi od 80% do 90%. Ch. WOST zaznacza, że $\frac{5}{6}$ dotkniętych *scleroedemą* w paryskim domu podrzutków umiera. CARMINATI zaznacza, że w Medyolanie $\frac{1}{3}$ chorych takich daje się uratować.

Rozpoznanie: nie przedstawia żadnej trudności. Wątpliwość mogłaby się zrodzić, czy mamy do czynienia z *scleremą* czy też z *scleroedemą*. Lecz pierwszą uważać trzeba jako objaw chorobowy, jako ostateczny wynik całego szeregu chorób wyniszczających, drugą jako *sui generis* chorobę niezależną od innych cierpień. W pierwszej skóra jest w zaniku, matowa, napięta, niedająca się podnieść palcami—twarda, jak kamień lub ciastowata, jak śnieg, tak, że ucisk palca zostawia głębokie wgłębienie; w *sclereodemie* przeciwnie, skóra jakby podniesiona, napięta, lecz elastyczna, ucisk palca śladów nie zostawia. Wspólne jest tu ogólne osłabienie, powierzchowny oddech, śpiączka i utrata ciepłoty ciała.

Leczenie. Ponieważ omawiane cierpienie dotyczy dzieci przeważnie niedonoszonych, przeto SOLTSMANN radzi zawiązać zaraz dzieci takie w watę, napojoną parą z ziół aromatycznych i obłożyć flaszkami z gorącą wodą. Za pożyteczne uważa cieplarki (*couveuses*) lub wanny z podwójnymi ścianami, między którymi przepływa ciągle woda gorąca, a które zaprowadzono w moskiewskim domu podrzutek; nadto wycieranie dzieci wódką lub oliwką migdałową z dodatkiem spirytusu kamforowego, podskórne wstrzykiwanie eteru. Gdy dzieci nie chcą ssać lub nie mogą, należy wlewać im do ust łyżeczkę herbaty z mlekiem, z kroplą rumu lub koniaku, trochę wina bordeaux mocno ocukrzonego z dodatkiem kilku kropel esencji pomarańczowej i wogóle środki podtrzymujące działalność serca. Wraz z wielu innymi radzi i SOLTSMANN masaż i kąpiele aromatyczne.

(*Centralblatt für Kinderheilkunde. Nr. 3. 1900 r.*).

(*Real Encyclopädie der gesammten Heilkunde.*

Rodys.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 8 kwietnia r. b.

Towarzystwa dobroczynności w Radomiu, Płocku, Piotrkowie i Zgierzu w zasadzie postanowiły założyć przytułki położnicze. Łaźnie ludowe powstają w Drobinie i Bodzanowie (gub. Płockiej); kąpiele fabryczne — w Zgierzu (Zachert) i w Warszawie (Kijewski i Scholtze); kąpiele publiczne kosztem miasta w Łowiczu i Płońsku.

Zasłużony na polu higieny ludowej Bokiewicz zostawił rękopis higieny dla inteligencji, napisany według dzieł francuskich, poprawiony około r. 1870, dziś już przestarzały. Na uwagę w nim zasługuje bibliografia prac higienicznych polskich, poglądy na przeciążenie w szkole, na zadanie szkoły (kształcić ludzi, a nie wyłącznie umysł), wreszcie układ dzieła oryginalny. B. szeroko uwzględnia higienę duszy, wykazuje ogromny wpływ religii na higienę, przytacza mnóstwo słusznych uwag higienicznych w dziełach pisarzy chrześcijańskich.

Z powodu odczytu p. Węglińskiego o pomocy lekarskiej dla służby folwarcznej (patrz Nr. 12 „Medycyny“) „Słowo“ w imieniu ziemian niesłusznie się obraziło na p. W., a tem niesłuszniej na Towarzystwo higieniczne. Kwestyonaryusz zebrał i opracował p. W., a nie Tow. hig. Wnioski p. W. są zbyt pesymistyczne i nieściste. Obliczenie jednak p. Zakrzewskiego, że 27% majątków daje służbie pomoc lekarską, równie może daleko, jeżeli nie bardziej jeszcze, odbiega od rzeczywistości. Jakkolwiek bądź służba folwarczna i dziś korzysta z pomocy lekarskiej częściej pewnie, niż włościanie małorolni. Pomoc w chorobie polega nie tylko

na lekarzu i aptece, ale i na troszczeniu się o chorego, o odpowiedni dlań positek i t. p. Braku tej pieczy nikt nie zarzucał ziemianom. Od lat blisko 40 głębokie ekonomiczne i prawodawcze przeistoczenia w kraju zniosły dawny patryarchalny stosunek dworu do włościan i służby. Nowe stosunki jeszcze się należycie nie ukształtowały. Tak samo znika dawny zwyczaj udzielania chorym przez dziedzkę porady i lekarstwa, a nowy zwyczaj wzywania lekarza do chorej służby dopiero się wyrabia i spotyka wielkie trudności. Samo uświadomienie tej nowej potrzeby już dużo znaczy. W rozprawach chodzić nam winno nie o to, kogo oskarżać za dzisiejszy stan rzeczy, ale jak złe poprawić.

Z powodu, że tylko 21% odpowiedzi nadeszło na ów kwestyonaryusz, zarzucano w „Gaz. Polsk.“ lekarzom prowincjonalnym brak obywatelskości. Wobec tego, że i taki procent odpowiedzi rzadko u nas udaje się otrzymać (chyba od lekarzy), że lekarze, zasypywani różnymi kwestyonaryuszami, nie szcędzą czasu a i kosztów nieraz na odpowiedzi, chociaż te czasem marnują się nawet bez ostatecznego opracowania, że niejasna redakcja kwestyonaryusza budziła wątpliwości, kto ma nań odpowiadać, zarzut ten jest całkiem chybiony.

Przy organizowaniu pomocy lekarskiej dla służby najpożądane byłyby zbiorowe umowy sąsiednich dworów (w promieniu jakichś 15 wioś) z lekarzem, i to z jednym, a nie z wieloma. Stała pensja roczna za leczenie służby bardziej jest pożądana, niż płacenie za każdą poradę. (Jeden lekarz w umowie z dworami proponował: 20 kop. za poradę u siebie, 2 rb. za wyjazd, 5 rb. za operację). Nie umawiać do leczenia służby i nie wzywać do niej lekarza, który nie ma na to ani chęci, ani czasu; jeśli się zaś ma do takiego właśnie osobiste zaufanie, to już lepiej nawet mieć go dla siebie i swej rodziny, a innego wzywać do służby. Pośpieszna niedbała porada lekarska „aby zbyć“ mało co więcej byłaby warta od dawnej porady dziedzi.ckiej.

O pomocy lekarskiej dla służby wypowiadają się dotąd przeważnie lekarze, t. j. jedna ze stron interesowanych. Pożądane byłoby usłyszeć o tem głosy strony drugiej — ziemian. Należałoby roztrząsnąć tę sprawę i w towarzystwach rolniczych i w lekarskich prowincjonalnych. Wreszcie trzeba się zwrócić do tych ziemian i lekarzy, którzy już pomoc tę zorganizowali. Ci najprędzej pomogą do wyjaśnienia wielu kwestyi, co do których na posiedzeniu zdania były podzielone. Jak najłatwiej organizować pomoc lekarską dla służby? Co robić, żeby ta pomoc była najpożyteczniejsza? Czy, o ile i jak możnaby przytem uwzględnić higienę służby folwarcznej, daleko ważniejszą od medycyny? Czy możliwe byłyby w naszych warunkach szpitaliki, izolacya i dezynfekcyja w chorobach zakaźnych służby? Czy i o ile pożądane byłyby apteczki podręczne we dworach i u lekarza? Co myśleć o pomocy felczerskiej dla służby pod nadzorem lekarza?

D-r SKAŁSKI odczytał rzecz o kąpielach w Piotrkowie. Są tam: 1) wanny przy mieszkaniach w kilku nowych domach, 2) natrysk i dwie wanny na stacyi osobowej; stacya towarowa nie ma dotąd tych dogodności, 3) łaźnia pułkowa dla wojska, 4) mykwa urządzona niehigienicznie, wreszcie 5) dwie łaźienki. Jedna blisko dworca ma 9 numerów, w tem salę natryskową, 8 wanien miedzianych po 25 kop. i 2 kaflowe po 40 kop. Urządzenie porządne, podłoga terrakotowa, bielizna zostawia nieco do życzenia. Druga łaźienka w mało uczęszczanej dzielnicy gorzej stoi pod względem czystości, przytem mało w niej światła. Ma 6 wanien miedzianych i marmurowych oraz dwie łaźnie (jedną po 20 i jedną po 6 kop). Łażienka pierwsza wydaje 6571 kąpeli rocznie, druga zapewne o połowę mniej. Razem 10 tysięcy kąpeli, czyli jedna rocznie na 3 mieszkańców.

Odczytano opisy łaźni żydowskich w Węgrowie i Międzyrzecu, nadesłane przez d-rów PODOLSKIEGO i WYSOKIŃSKIEGO. Smutne to w gruncie rzeczy, choć chwilami śmiaćby się nawet chciało, czytając, jakie tam brudy, jak kary i areszty nakładane na przedsiębiorcę nie skutkują, jak do łaźni zamkniętej i opieczętowanej za nieporządki, gdy te przeszły pewną granicę, mieszkańcy dostają się oknami na kąpiel, jak w niedoleżnie stawianej nowej łaźni nadmiar pary wysadza okna a kąpiących się przyprawia o omdlenie, jak do łaźni nad rzeką przybudowują pralnię, ale w ten sposób, żeby pompa czerpała do łaźni mydliny spływające rzeką z pralni.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

W SPRAWIE SANATORYÓW LUDOWYCH. O wartości klimatu swojskiego w leczeniu gruźlicy. Łódź 1900. Str. 29.

Jestto broszura powstała z odpowiedzi na kwestyonaryusz rozesłany przez kolegę J. STERLINGA do całego szeregu lekarzy zajmujących się przeważnie leczeniem chorób piersiowych. Że klimatyczne leczenie, a mianowicie postawienie chorego na suchoty w tych warunkach, aby mógł stale przebywać na otwartem powietrzu, stanowi zasadniczy warunek wyleczenia, o tem od dawna żaden z lekarzy nie wątpił. Czy jednakże klimat miejscowy również się do tego nadaje, i czy on może ze skutkiem klimat np. górski, nadmorski i t. d. zastąpić, to w tym względzie do niedawnych jeszcze czasów pewności niezachwianej nie posiadaliśmy. Z teoretycznego punktu widzenia, lub może poprawniej się wyrażając ze stanowiska biologicznego, klimat, w którym się organizm zrodził, wzrósł i rozwinął, powinien być właściwszy do wyrównania spraw chorobowych, gdyż przeniesienie danego ustroju do całkiem nowych klimatycznych warunków wymaga pewnego przystosowania się, co się nie dzieje bez pewnego nakładu sił, zwłaszcza sił chorego, który ich mniej niż osobnik zdrowy posiada. Pogląd ten stanowił poniekąd zachętę do przeprowadzenia odpowiednich spostrzeżeń klinicznych i metodycznego stosowania klimatu miejscowego na większą skalę. Wreszcie i konieczność pod tym względem odegrała tu pewną rolę, gdyż, jeżeli człowiekowi bogatemu możemy zalecić jedną, drugą lub dziesiątą stację klimatyczną w odległych krańcach, to natomiast człowiekowi niezamożnemu a tym bardziej biednemu, prócz swojskiej wsi i lasu, nic więcej zalecić nie możemy. Bezpośrednie wyniki tu na miejscu u nas otrzymane okazały się tak zdumiewającymi, że doniosły niezmiernie fakt możliwości zastąpienia obcych klimatów swojskim bardzo przekonywająco przemówił zarówno do umysłów lekarskich, jak i nie lekarskich. Ale stało się to bardzo niedawno, nie przed rokiem nawet. U nas można jeszcze znaleźć nie mało sceptyków, którzy na wpół wierzą w rzeczywistość przytaczanych wyników. Objaśnia się to jednak w sposób bardzo prosty, mianowicie tem, że sanatoryów ludowych jeszcze wcale nie mamy; nie istnieje więc możliwość naocznego sprawdzenia wyników w Niemczech lub Szwajcaryi za niewątpliwe uznanych. Słusznie więc postąpił kolega STERLING, rozesławszy odpowiedni kwestyonaryusz, na który z rzadką w medycynie jednogomyślnością otrzymał szereg odpowiedzi, mogących w niejednym utwierdzić to przekonanie, iż i my powinniśmy się wziąć do sanatoryów ludowych, i że wydane na ten cel środki nie pójdą na marne. Broszura pomimo jednostronności materiału czyta się z zajęciem i nie jest bez rzetelnej wartości z uwagi, że daną kwestyę oświetla z bardzo

H. D.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= THOMAS opisuje przypadek zniknięcia zezurozbieżnego po usunięciu narośli w jamie noso-gardzielowej i uchu środkowym. (Rev. de laryng. etc. 7. 1. 99).

= CHAUMIER, na zasadzie 1220 przypadków, przytacza cyfry, dotyczące wpływu karmienia na rozpoczęcie chodu u dzieci. W 10-ym miesiącu życia z liczby sztucznie karmionych zaczyna chodzić 5,6%, z karmionych piersią 12,7%; w 11-ym z pierwszych chodzi 12%, z drugich 21%; w 12 z pierwszych 22%, z drugich 40%. Największa liczba dzieci, karmionych sztucznie, zaczyna chodzić w 11-ym miesiącu, gdy karmione piersią już w 9-m. (Klin. therap. Woch. 12. 3. 99).

= Podług HEINRICH'a dionina stanowi najlepszy środek, zastępujący morfinę w leczeniu morfinizmu. Wstrzykiwania dioniny są niebolesne (10%). Środek ten nie wywołuje owego przyjemnego wrażenia, jakie sprawia morfina, i dla tego chory nie odczuwa potrzeby używania dioniny. Po wstrzyknięciu następuje uczucie swędzenia skóry, trwające kilka minut, szczególnie na nogach. (Wien. med. Blätt. 16. 3. 99).

= AMVAUDALE opisuje 12 letniego chłopca, nierozwiniętego umysłowo, który opowiadał o połknięciu szpilek. Nie dowierzano mu, gdyż nie skarżył się na żadne dolegliwości; lecz po podaniu oleju rącznikowego znaleziono w stolcach pewną ilość szpilek prostych i zgiętych. W ciągu następnych 2 tygodni chory wydził ze stolcami następujące jeszcze ciała obce: 52 szpilki, 1 igłę, 5 dużych i 3 mniejsze gwoździe, 1 guzik, 4 bretnale i 3 ćwieki. (Le Médecin 16—98).

= ATKINSON spostrzegł przypadek zupełnego braku żołądka u 40 letniego mężczyzny. Po za tem prącie rozwinię-

te było prawidłowo. Napletek był nadmiernie długi. Otwór cewki był okrągły i mieścił się w środku zakończenia prącia. (New York med. Jour. 5. 11. 98).

= LUCAS-CHAMPIONNIÈRE bardzo zachwala wodę utlenioną jako środek odkażający w chirurgii. W najbardziej zanieczyszczonych ranach, gdy wszelkie inne środki były bezskuteczne, przepłukiwania wodą utlenioną oczyszczały ranę doszczętnie. Pożyteczne jest wypłukiwanie pochwy przed operacją wycięcia macicy lub przy zakażeniach jamy macicznej z gorączką. Autor używa 10—12% roztworów, które przy tem działają także hemostatycznie. (D. M. Zg. 22—99).

= KELSCH badał zawartość laseczników gruźliczych w pyłe koszarowym. 122 świnkom zaszczepił pył z podłogi w pobliżu spluwaczek; z nich 41 zdechło przed 40-ym dniem, a zatem wyłączono je z rzędu gruźliczych; u 11 było otorbione ropne zapalenie otrzewny bez laseczników gruźliczych; 15 zabito po upływie 3—9 miesięcy i nie znaleziono gruźlicy; 58 pozostało przy życiu. (D. M. Z. 22—99).

= JACQUET opisuje przypadek pokrzywki zależnej od glist. 30 letni chory cierpiał od 8 miesięcy na bóle brzucha z wymiotami i dusznością, obok tego pokrzywka. Po zwymiotowaniu glisty, dano mu santoninę, która wydziła jeszcze 6 glist. Odtąd objawy chorobowe znikły. (D. M. Z. 22—99).

= Podług MACDONALD'a psychozy połogowe rozwijają się najczęściej w ciągu pierwszych dwóch tygodni po porodzie, przeważnie pod postacią manii. Z przyczyn usposabiających na pierwszym miejscu stoi dziedziczność. Z przyczyn bezpośrednich zasługują na uwagę: bojaźń podczas ciąży (np. u niezamężnych), gwałtowne krwotoki poporodowe, śmierć dziecka, posocz-

nica, wstrząs i t. d. Częstość spostrzega się w psychozach białkomocz. (D. M. Z. 22—99).

— Przy usypianiu chloroformem mięsień serca zmienia się względnie mało; natomiast w zwojach sercowych spostrzegał SCHMIDT wyraźne zjawiska zwyrodnienia, najwięcej u psów, a także u królików i małp. Zmiany były tem wyraźniejsze, im dłuższa i głębsza była narkotyzacja i im częściej ją powtarzano. Zaczynają się one od znikania ziarnistości; następnie komórki kurczą się, mętnieją, tworzą się wakuole w protoplazmie, która oddziela się od otoczki. Jądra po większej części nie ulegają zmianie. Już po dwukrotnej narkozie psy są bardzo osłabione, (zwłaszcza kończyny tylne); małpy mniej podlegają wpływowi chloroformu i wkrótce wracają do stanu prawidłowego. Usypianie eterem nie wpływa, zdaniem autora, szkodliwie na zwoje sercowe. (Ztschr. f. Biol. T. 37). P.

— Wyszedł z druku Zeszyt I z roku 1900, ogólnego zbioru tom XCVI „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ i zawiera: 1) T. MASZEWSKI. O niektórych warunkach sprawności ptyaliny. 2) F. BIAŁOKUR. O wpływie moszczu winogronowego na trawienie w żołądku. 3) Przyczynek do nauki o refrakcyi dla oka ludzkiego z 20 rycinami. 4) L. KORCZYŃSKI. Poгляд na rozwój balneologii polskiej w latach 1887—1899. 5) W. KOHLBERGER.

Wiadomości bieżące.

O zasadniczych t. j. typowych postaciach chorób umysłowych pojedynczych, złożonych i powikłanych. 6) Protokóły posiedzeń Tow. Lek. Warsz. 7) Ogłoszenia.

— Wyszedł z druku Nr. 133 i 134 „Odczytów klinicznych“ wydawanych przez redakcyę „Gazety Lekarskiej“ i zawiera: „Choroby skóry przez grzybki wywołane“ (*Dermatomycoses*) przez d-ra Roberta RERNHARD'a.

— **Zmarli.** Z niewymownym bólem bierzemy pióro do ręki, aby pożegnać w tem miejscu jednego z najzacniejszych członków naszego gremium, aby uczcić pamięć lekarza, który wśród swoich i obcych najchlubniejszą zostawia po sobie wspomnienie. W dniu 17 b. m. w Warszawie zmarł d-r Czesław Józef STICHE, badając chorego, do którego został wezwany. Ś. p. STICHE urodził się w roku 1852 w Krzyminie, gub. Wołyńskiej. Gimnazjum ukończył w Białocerkwi, a do nauk lekarskich przykładał się w uniwersytecie Jagiellońskim, który chlubnie ukończył w r. 1876. Zgasył był jednym z pierwszych lekarzy polaków, którzy się zajmowali praktyką w Karlsbadzie; rozpoczął ją bowiem jeszcze w r. 1881 i z każdym rokiem jednał sobie coraz większe uznanie i coraz szersze koło pacjentów, dzięki niezmordowanej pracy, wybitnym zdolnościom oraz nadzwyczajnej słodczy i dobroci charakteru. Rodacy też mieli w nim na obczyźnie nie tylko sumiennego lekarza, ale gorliwego i bezinteresownego opiekuna. W r. 1881 po szczegółowem zwiedzeniu Szwajcaryi ogłosił drukiem prace: „Davos am Platz i inne znaczniejsze stacye klimatyczne w Szwajcaryi ze względu na leczenie chorób płucnych pod wpływem klimatu górskiego“ oraz „O higienie kuchni“. Jak ś. p. STICHE był lubiany i szanowany w szerokich kołach naszego miasta, świadczy niezwykle wspaniała uroczystość pogrzebowa, jaką uczczono zwłoki Jego, oraz ten szczery i powszechny żal i smutek, jaki się malował na twarzach uczestników. Spokój Jego prawej i zacnej duszy!

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od 2 rb. do 6 rb. dziennie.

Ambulatoryum od godz. 12 do 1-ej p.p.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

Dom Zdrowia

D-ra Fr. Stepkowskiego

Długa Nr. 8 w Warszawie

przyjmuje na stały pobyt ze wszystkimi chorobami (oprócz umysłowych). Cena w oddzielnym pokoju z całkowitem utrzymaniem wraz z leczeniem na dobę od 1 rb. 50 kop. do 3 rb. dziennie. Bliższa wiadomość w kancelaryi Zakładu.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynow 5, róg Oboźnej,

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Ambulatoryum codziennie od 11—12 (niezamożn. bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1

Zakład Leczniczy dla chorych

na uszy

D-rów K. Benni i L. Guranowskiego

Bracka 20

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od Rb. 3—5. *Ambulatoryum* codziennie od 9—10 i od 11—12.

Cena biletu kop. 50.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.

Chmielna 17.

ambulatoryum codziennie otwartem od 10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Instytut farmaceutyczny



Ludwika Wilhelma Gans

we Frankfurcie n. Menem

JODALBACID

Nazwa zastrzeżona. Patent zameld.

Literatura:

Arch. f. Dermat. u. Syph. 1898. T. XLIV. Dr. Zuelzer. „Neue Vorschläge zur Jodtherapie der Syphilis.“ L'indop. m éd. 21 Juin 1899; Dr. Lefort „Etude expérimentale et clinique sur l'Jodalbacid.“

CHLORALBACID

Nazwa zastrzeżona.— Patentowany.

Literatura:

Münch. med. Wochensh. 1899 Nr. 1. Radca dworu Prof. Dr. Fleiner „Ueber Chloralbacid u. seine therapeutische Wirkung bei Magenkrankheiten u Ernährungstörungen.“

AMYLOFORM

Nazwa zastrzeżona.— Patentowany.

Literatura:

Radca tajny Prof. Dr. Classen. „Ueber Amyloform. Dr. B. Longard. „Ueber den Werth des Amyloforms in der Chirurgie.“ (Therap. Monatshefte. Münch. med. Woch. 1899 Nr. 12). Dr. Heddaeus: „Ueber zwei Ersatzmittel des Jodoforms.“

Literatura i próby darmo za pośrednictwem W. Hoffmanna Moskwa Małyj Zlatoustinskij perełok dom Hirsza.

Pracownia analityczno-lekarska

D-RA STANISŁAWA MUTERMILCHA

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe mocz, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, nalotów dyfterytycznych, mleka kobiecego, wydzielin z narządów moczno-płciowych, kamieni moczowych i żółciowych, ropy wysięków i t. d.

Zielna Nr. 22 (Marszałkowska 127)

Produkta wytworzone ze soli naturalnej Wód Vichy

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Cukierki na trawienie.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Dla przygotowania u siebie wody alkalicznej gazowej.