

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	rocznie.....	rs. 6
	półrocznie.....	" 2 " 50		półrocznie.....	rs. 3
	kwartalnie.....	" 1 " 25			

TRZEŚĆ: Spostrzeżenia szpitalne. Przypadek ruchomej trzustki. Opisał dr. H. DOBRZYCKI, lekarz szpitala w Mieni. (Dokończenie).—Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenia Styczeniowe r. b. — Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. Zaburzenia czucia w skutek chorób mostu WAROL'A. Przez L. CONTY. Podal dr. DUNIN. — O doszczętnem leczeniu przepuklin. Przez SCHNEDE'GO. Podal dr. WI. MATIAKOWSKI.—Streszczenia i wyciągi. Istota ostrego obrzęku płuc. — Kronika zagraniczna. Wykład praktyczny Medycyny sądowej w Paryżu. Zmarli.—Z widowni wojny. Durzyca w szpitalach na Kaukazie. Przepelnienie w szpitalach rządowych i pustki w szpitalach prywatnych.—W e z w a n i e lekarzy do służby w szpitalach wojskowych. Ogłoszenia.—W Dodatku: Assenizacyja miast. Tymczasowe środki assenizacyi miast naszych Przez d-ra St. MARKIEWICZA, z Soczewki. (c. d.)

SPOSTRZEŻENIA SZPITALNE.

Przypadek ruchomej trzustki (*pancreas*)

Spostrzeżenie H. **Dobrzyckiego**, lekarza szpitala w Mieni.

(Dokończenie.— Zob. N. 8).

W przytoczonym dotąd opisie, zaznaczyć wypada następujące fakta nie ulegające wątpliwości, a mianowicie: guz pojawił się bezpośrednio po podziałaniu przyczyny traumatycznej; powtórne, co do objętości, umiejscowienia, pojawiania się i sztucznego odprowadzania guza, od dwóch miesięcy, to jest od początku choroby żadna nie zaszła zmiana; i nareszcie potrzebie, płyn od czasu do czasu z żołądka wyrzucany, stale przedstawiał cechy soku trzustkowego. Najważniejszym było ściśle oznaczenie natury guza, czyli innemi słowy, odpowiedź na pytanie: czem właściwie był guz będący tu niewątpliwie punktem wyjścia całej choroby. Że przypuszczenie przesunięcia się (*dislocatio*) któregoś z trzewiów brzusznych najprzód się tu nasuwa, na to, sędzę każdy się ze mną zgodzi; przynajmniej przypuszczenie to miało najwięcej za sobą, jeżeli nie ścisłych danych, to prawdopodobieństwa. Z uwagi, iż w każdym, a tem bardziej wątpliwym przypadku, tylko ściśle przedmiotowe badanie może rzecz wyświecić, zajęłem się ściśłem zbadaniem narządów jamy pierśiowej i brzusznej i natychmiast po pierwszym odprowadzeniu guza wziąłem się do opukania serca, wątroby, śledziony i nerek, naznaczywszy ołówkiem dermatograficznym granice bezwzględnej tępości każdego z tych narządów. Granic żołądka oznaczyć było niepodobna (chory z obawy męczących wymiotów, pić wcale nie chciał, nie można więc było zastosować sposobu BAMBERGER'A). Ponieważ obmacywanie brzucha przy różnych położeniach ciała, wobec wiot-

kości ścian brzusznych u danego osobnika, ze względu na rozpoznanie, w podobnych przypadkach jest rzeczą niepośledniego znaczenia; przeto dla udokładnienia i uprzystępnienia tego ostatniego sposobu badania, zaleciliśmy choremu kilka enem drastycznych, aby przez dokładne opróżnienie przewodu pokarmowego zapewnić sobie możność wykrycia podejrzanej nieprawidłowości w układzie trzewiów brzusznych, jeżeliby takowa istniała. Gdy guz na nowo się pojawił, co w kilkanaście godzin po jego pierwszym odprowadzeniu nastąpiło, znalazłem chorego z nogami mocno do brzucha przyciągniętymi, na zwykły ból się skarżącemu. Zastrzyknąłem mu $\frac{1}{6}$ grana chlorku morfiny *in loco*, co natychmiastową ulgę sprawiło; a użyłem tu tego środka dla tego, abym nie był skutkiem trwającego bólu skłoniony przez chorego do odprowadzenia guza, gdyż oczywiście jest rzeczą, iż w celu rozpoznawczym pozostawienie tegoż guza choć czas pewien na tem nowem, acz nieprawidłowem miejscu, było mi potrzebne.

Nie odprowadzając go zatem, powtórzyłem z całą drobiazgowością opukiwanie i obmacywanie. Podobnego rodzaju badanie, to jest, raz gdy guza w okolicy nadpępkowej nie było i drugi raz, gdy takowy w tejże okolicy wyczuć się dawał, powtarzałem bardzo wiele razy, a to w celu przekonania się czy zjawiska opukowe w pierwszym i drugim razie otrzymywane, nie przedstawiają jakowejś pomiędzy sobą różnicy, a któraby ze sprawą pojawiania się i znikania, czyli ruchomością guza związek mieć mogła. Wszelako zjawiska opukowe najmniejszej nie ulegały zmianie, bez względu na to, czy opukiwania w pierwszym czy w drugim razie się dokonywało. Granice bezwzględnych tępości pierwotnie narysowane pozostały bez żadnej zmiany i wszystkie narządy znajdowały się na miejscu. Zatem żadna zmiana w anatomicznych stosunkach powyższych narządów nie zaszła. Innemi słowy: że guzem owym nie był żaden z powyższych opukowi dostępnych narządów, jak również nie była żadna z nerek (które to przypuszczenie byłoby najprawdopodobniejszym), bowiem te ostatnie zawsze na właściwych miejscach znajdowaliśmy tak w czasie obecności guza w nadbrzuszu, jako i wtedy gdy go tam nie było; a wiadomo iż za pomocą opukiwania nieobecność nerki stanowczo wykazać jesteśmy w stanie ¹⁾. Zestawiając przebieg w mowie będącego zaburzenia z wynikami bezpośredniego przedmiotowego badania, w danym przypadku, dochodzimy do przekonania, iż guzem owym ruchomym była trzustka, która skutkiem mechanicznego gwałtu z miejsca swego stałego pobytu wypartą została, a nie jakikolwiek inny narząd, lub też wytwór chorobny (nowotwór, ograniczone zapalenie, obrzmienie gruczołów i t. d.). Sam sposób (*modus*) przyjscia do skutku podobnego poruszenia trzustki z miejsca i, że się tak wyrażę, jej wyluszczenia, zrazu nie łatwo daje się pojąć ze względu na jej głębokie położenie i ze względu na ten fakt, że przyczyna mechaniczna,

¹⁾ Patrz BARTELS'A: *Frankheiten des Harnapparates* w zbiorowym dziele ZIEMSEN'A. Tom IX. Cz. I str. 7 i nast. lub GERHARDT'A: *Lehrbuch d. Ausc. u. Percus.* Wyd. 3-cie str. 150 i nast. r. 1876.

będąca tu punktem wyjścia, prawdopodobnie powinna być dość silną, aby najprzód uszkodzić części na które bezpośrednio podziałała (ściany brzuszne). Wszelako na tę ostatnią okoliczność, nie trzeba kłaść zbyt silnego nacisku i nie przeceniać jej, ze względu, iż kazu istyka chirurgiczna, a jeszcze bardziej sądowo-lekarska niemało dostarcza nam takich spostrzeżeń, w których bez obrażenia części zewnętrznych, znajdujemy przy badaniu pośmiertnem często naruszenie całości (pęknięcia, zmiażdżenia i t. d.) narządów głęboko w jamach ciała położonych. Zatem, w danym przypadku całość ścian brzusznych, *resp.* brak śladów podziałania na takowe przyczyny traumatycznej, nie wyklucza bynajmniej tego, aby pewne zakłócenie w narządach jamy brzusznej nie przyszło do skutku. Że chory upadł (z pewnej wysokości) na brzuch, jest to fakt nie ulegający zaprzeczeniu. Szczegóły przypadku nie są wiadome, jednakże bardzo jest możebnem, iż chory upadł na jakiś przedmiot wypukły, na jakąś belkę, krokiew, kamienie, lub cegły, na których to przedmiotach przy budowie domu, zapewne nie zbywało.

Co się zaś dotyczy pierwszego punktu, to bliższe zbadanie stosunków anatomiczno-topograficznych wykazuje, iż wyłuszczenie trzustki bez obrażenia części z nią sąsiadujących nie należy do niemożebności i że owszem, anatomicznie objaśnić się daje. Wiadomo bowiem, że chociaż trzustka należy do narządów, mających sobie zapewnione stałe, rzec można nawet stalsze niż inne narządy położenie za pomocą licznych połączeń, to jednakże część tylko jej zwana głową (*caput pancreatis*) w podkowowatym zagłębieniu dwunastnicy umieszczona, silnie z tą ostatnią jest połączona, podczas gdy pozostała jej część t. j. część średnia (*corpus*), a szczególnie część ogonem (*cauda*) zwana, do wnęki śledziony i nerki (i przyniercza) lewej docierająca, na całej swej przestrzeni tylko za pomocą w i o t k i e j t k a n k i łączonej z temi ostatniemi narządami i innymi sąsiadującymi jest połączoną, tak, iż bardzo małej trzeba siły, aby od tej strony (lewej) trzustkę wyluszczyć, co na trupie sprawdzić można. Z wyjątkiem silniejszego przytwierdzenia głowowej części trzustki, reszta jej łączno-tkankowych przyczepów, chociaż licznych (nawet z otrzewnią jak wiadomo) bardzo jest wątpl. Jeżeli zatem w danym przypadku, przyczyna mechaniczna podziałała w ten sposób, iż następstwem jej było rozerwanie przyczepów łączno-tkankowych, zapewniających trzustce jej stałe położenie, to możebność uruchomienia jej w takim przypadku bez trudności da się wyjaśnić. Prawdopodobnie część, którą przez ściany brzuszne wyczuwaliśmy, była częścią trzustki środkową, ku górze łukowato się wypuklającą, za czem wymiary guza przemawiały. Wobec ruchomości trzustki nietrudno wytłomaczyć sobie pojawianie się jej nie w innem miejscu, a ponad krzywizną mniejszą żołądka; trzustka bowiem jak wiadomo w stosunku do żołądka zajmuje takie położenie, iż nie wielkiego potrzeba jej przemieszczenia (*dislocatio*) ku górze, aby ją w opisanej powyżej anatomicznej okolicy wyczuć było można. Natomiast obsunięcie się trzustki ku dołowi chociażby i istniało, a prawdopodobnie istnieć ono w danym przypadku mogło i do pewnego stopnia

istnieć musiało), to że względu na stosunki anatomiczne nie mogłoby być rozpoznaniem, trzustka bowiem jak w stanie prawidłowym, tak też i wtedy znajdować by się musiała po za żołądkiem.

W liczbie tych silnych dowodów, przemawiających za tem, iż guzem od czasu do czasu się pojawiającym była trzustka, mieliśmy w danym przypadku obecność tego rodzaju zaburzeń czynnościowych (funkcyjnalnych), jakie tylko od chorobliwie pobudzonej czynności trzustki zależnemi być mogły, a chcemy tu mówić o wydzielaniu się soku trzustkowego. Jeżeli faktem jest, iż dla pobudzenia czynności wydzielniczej utworów gruczolowych, potrzeba pewnego podrażnienia odpowiednich nerwów (co jak wiadomo, bezpośrednio na śliniankach wykazaniem zostało), czy to na drodze naturalnej (obecność pokarmów w przewodzie pokarmowym) czyli też sztucznej (drażnienie za pomocą elektryczności, ciałami nieobojętnymi i t. d.), to obecność soku trzustkowego w płynach wyrzucanych świadczyła o istnieniu warunków pobudzających czynność trzustki, to jest o istnieniu bodźca chorobnego. Takimi warunkami, bodźcami, mogły być: najprzód zmiana w stosunkach krążenia spowodowana przesunięciem się narządu; powtóre jakiś stan zapalny samej trzustki (*pancreatitis traumatica*) wywołany jej stłuczeniem, za czem bolesność szczególnie przy energiczniejszym obmacywaniu guza, przemawiałaby się zdawała. Prawdopodobnem wielce jest istnienie obydwu tych warunków działających w danym przypadku jako bodźce, tak na czynność wydzielniczą samej trzustki, jak też zarówno i na zjawiska odruchowe (wymioty). Zbytecznymby było zwracać tu uwagę, iż wymioty w opisanym przez nas przypadku stanowiły objaw zupełnie różny od wymiotów (rannych) zwanych wodnistymi (*Wassererbrechen*), które według pojęć dawniejszych miały stanowić swoisty (patognomiczny) objaw cierpienia trzustki. FRERICHS ¹⁾ wykazał, iż wyrzucany płyn jest prosto połkniętą śliną i że podobne wymioty, jak to wreszcie już oddawna zauważono, towarzyszą przewlekłemu nieżyłowi żołądka (ranne wymioty u pijaków) jakoteż wrzodowi dziurawicemu (*ulcus perforans*). W naszym przypadku wymioty miały całkiem inny charakter, chory nasz aż do chwili wypadku był na żołądek zdrów zupełnie. Wreszcie rozbiór chemiczny wszelkie wątpliwości usunął i za każdym razem obecność soku trzustkowego w wyrzuconym płynie wykazał.

Szereg objawów, upoważniających nas do twierdzenia, iż w danym przypadku mieliśmy do czynienia z ruchomą trzustką, daje się streścić w sposób następujący: 1^o Guz powstał nagle, jako skutek mechanicznego gwałtu wywartego na okolicę pępka. 2^o Fakt powyższy wyklucza w danej chwili: nowotwory, ograniczone zapalenia, obrzmienie gruczolów i t. d. słowem wszystkie sprawy na wytworzenie się których albo potrzebą dłuższego czasu, albo też które stanami gorączkowemi i zgoła innym prze-

¹⁾ Patrz BAMBERGER'A: *Krkhtn d. Pancreas*, str. 676. Tom VI część I r. 1855. *Hndb. d. Spec. Path. u. Ther.* (Znane zbiorowe dzieło VIRCHOW'A).

biegiem się wyróżniają. 3^o Umiejscowienie, kształt i głębokie położenie guza, ginącego wglęb' przy zastosowaniu odpowiedniego nacisku. 4^o Stwierdzenie tego faktu, iż wszystkie inne narządy mogące uleść przemieszczeniu, mianowicie zaś nerki zarówno przed jak i po odprowadzeniu guza stale znajdowały się na swem miejscu. 5^o Obecność soku trzustkowego w wyrzuconych płynach; nareszcie 6^o Nieobecność w danym przypadku takich chorobnych stanów, które mogłyby utrudnić rozpoznanie, lub też je wątpliwem uczynić.

Dla uzupełnienia obrazu dodać należy, iż chory w szpitalu był przedmiotem mych spostrzeżeń w ciągu dni 34-ch. Mniej więcej w półtora miesiąca po wypisaniu się przybył do mnie na poradę, zachęcony prawdopodobnie moją troskliwością, jaką pod względem zbadania jego stanu musiał zauważyć. Nie mogło go bowiem zachęcić leczenie, gdyż prawie żadnej mu ulgi nie sprawiło, z wyjątkiem zastrzykiwań chlorku morfiny, które na każde jego zażądanie wykonane było. Opaska założona w celu przytwierdzenia watowego kłębka, umieszczonego w dołku sercowym, także mu się na niewiele co przydało. Otóż, w ciągu owego czasu przynajmniej o tyle nastąpiła zmiana ku lepszemu, że chory zaczął odzyskiwać łaknienie, a wymioty prawie ustały. Guz musiał zyskać na możności poruszenia się z miejsca, czyli na ruchliwości, która dla ustroju widocznie stała się habitualną, ponieważ daleko łatwiej można go było odprowadzić. Guz niejednokrotnie, pojawiwszy się na czas krótki, sam znikał. Na usilne moje żądanie chory został kilkanaście godzin w szpitalu. W przeciągu tego czasu przekonałem się, iż obmacywanie i szczypanie guza, który w temże samem co i poprzednio miejscu się pojawił, nie wywoływało już teraz żadnego bólu; ztąd sędzę można wyprowadzić wniosek, iż owo zniknięcie bólu i złagodzenie innych objawów (prawie zupełne ustanie wymiotów) objaśnić można ustąpieniem stanu zapalnego, w jakim trzustka na początku choroby skutkiem podziałania przyczyny traumatycznej się znajdowała. Tego ze wszech miar ciekawego chorego pragałem koniecznie przedstawić szerszemu kołu kolegów, na którym z posiedzeń W. T. L. Wszelako, wszelkie usiłowania z mej strony w tym względzie, okazały się bezskuteczne. Chory ze mną do Warszawy pojechać nie chciał, z obawy aby na niem jak mówił „dochory jakiej praehytyki nie zrobili (*sic*)”.

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie Styczniowe z r. b.

Przedstawienie chorego z guzem w brzuchu zagadkowej przyrody. Wyziwy ziemne.

Smutne doświadczenie stwierdziło, że po każdej noworocznej przerwie w naukowych zajęciach Towarzystwa, powodowanej administracyjnymi i kassowemi czynnościami, trudno jest zawsze przyjsć do należytego porządku. Stąd też posiedzenia Styczniowe bywają zazwyczaj jałowe; to nas pewnego zawsze nabawia kłopotu, pozbawiając nas materyjału do na-

szych sprawozdań. I tak z dwóch posiedzeń zwyczajnych d. 6 i 22 Stycznia oraz biologicznego d. 22, zaledwie dwa następujące możemy podnieść przemówienia, zasługujące więcej na ogólniejszą uwagę.

Kolega Franciszek ORŁOWSKI przedstawia chorego noszącego guz wielkości pomarańczy powyżej prawej pachwiny i poddaje ocenie kolegów rozpoznania jego przyrody, oraz plan swego leczenia. Chory 38 lat mający, blondyn, wątej ciała budowy, w r. 1870 miał wrzód szankrowy na prawcu, który po użyciu pigułek DŻONDIĘGO zagoił się wprawdzie, lecz pozostawił po sobie długotrwałe stwardnienie. W kilka miesięcy później zjawilo się zapalenie gardła i obrzmienie gruczołów podżuchwowych, które trwało pięć z górą miesięcy i znikło raptownie po użyciu przez omyłkę 20 gran *protoid. hydrargyri* na raz. W roku następnym chory doznawał bólów w okolicy nadpachwinowej prawej i wkrótce objawił się tamże guz będący przedmiotem niniejszego opowiadania, oraz często odtąd objawiające się biegunki krwawo-ropiaste, które ogólny sił upadek wkrótce spowodowały. W końcu zeszłego roku ORŁOWSKI stwierdził osłabienie dobitnie wyrażone: tkanką tłuszczową nader skąpo rozwiniętą, wyglądem niedokrwistym i barwą skóry woskową. Łaknienie słabe, bardziej przymusowe jak rzeczywiste, język obłożony, wypróżnienia stolcowe bolesne krwawo-ropiaste, brzuch wzdęty, znaczne wysunięcie błony śluzowej z otworu stolcowego. Guz w okolicy prawej nadpachwinowej zajmuje przestrzeń między dolnym i wewnętrznym końcem wiązadła POUPART'A i linią białą, jest w tem miejscu okrągławy wielkości średnicy pomarańczy, nierówny i ma dwa odrostki: jeden za którym ściany brzuszne daleko isć nie pozwalają, idzie wprost ku tyłowi, w kierunku stołu kręgowego; drugi zaś bardziej z głową guza zlany, idzie łukowato nad wiązadłem POUPART'A, a dalej w kierunku jelita grubego wstępującego podnosi się do góry, niedochodząc do żeber na szerokość trzech palców. Cała przestrzeń zajęta guzem zarysowuje się na zewnątrz i tworzy obrzmienie rozlane. Wszystkie inne twory oprócz wątroby która od dołu jest powiększoną, na szerokość palca, są w stanie prawidłowym. Po dwutygodniowym spostrzeganiu kol. O. przyszedł do przekonania iż ma do czynienia z zajęciem przymiotowym jelit, na mocy czego d. 11 Listopada r. z. zrobił pierwsze zastrzykanie podskórne s u b l i m a t u. Od tego czasu wszystkie objawy tak podmiotowe jak i przedmiotowe zaczęły się nagle zmniejszać i ogólny stan chorego widocznie się poprawił.

Po zbadaniu stanu rzeczy kol. Henr. STANKIEWICZ utrzymuje, że guz ten albo da się zaliczyć do gummatów w mięśniach brzucha, albo może to być *perityphlitis*, lub *enteritis visceralis syphilitica*. Co do tego ostatniego cierpienia takowe zdaniem mówcy przytrafia się przeważnie u dzieci i odznacza się owróżdzeniami gruczołów PAYER'A i wika się zwykle z gummatami jelita odchodowego. Kol. STANKIEWICZ skłonny jest przyjąć, że w danym przypadku mamy do czynienia *cum myositidide syphilitica*.

Kol. KLINK powiada że niewiadomo nawet czy w danym przypadku istnieje zakażenie przymiotowe, gdyż brak dokładnego spostrzegania nad przebiegiem choroby nie pozwala nie stanowczego orzec w tym względzie. Skuteczność rtęci nie tu nie stanowi, gdyż ta następuje we wszystkich wysiękach przewlekłych. Co się zaś samego guza dotyczy, to zdaje się że ten nie jest umiejscowiony w mięśniach brzucha, gdyż nie ma nic wspólnego z pokrywaniami skórnymi; siedliskiem jego nie jest również sieć brzuszna (*ementum majus*), gdyż przeciw temu przemawia zupełna guza nieruchomość. Najprawdopodobniej odnosi on się do jelita ślepego.

Kol. DOBRSKI sądzi, wnosząc z całego przebiegu choroby, iż mamy w tym przypadku do czynienia *cum perityphlitis*.

Kol. SZNABL który miał sposobność spostrzegania tego chorego od po-

czątku choroby, przemawia za jej przyrodą przymiotową wspierając się na n i e z w y k l e p r ę d k i e m d z i a ł a n i u s u b l i m a t u , p o p i ą t e m b o w i e m j u ż z a s t r z y k i w a n i u z m i a n a b y ł a o g r o m n ą k i e d y p r z e z l a t 5 p o p r z e d n i e c h , n i e m o ż n a j e j b y ł o o s i ę g n ą ć . K o l . K L I N K s ą d z i ż e w ł a s n i e g u z y t a k u p o r e c z y w e j a k i e m i s ą g u m m a t a , a w d a n y m p r z y p a d k u n i e i n n e g o p o d e j r z y w a ć n i e m o ż n a , n i g d y n i e u l e g a j ą t a k n a g l y m z m n i e j s z e n i o m p o k i l k u z a s t r z y k a n i a c h , a n a d t o d o d a j e ż e g u m m a t o d l a t 5 ż a d n e j n i e u l e g a j ą c y z m i a n i e , n i e p o w i n n e n b y b y ć p r z y j ę t y z a g u m m a t i z a w y w ó r p r z y r o d y p r z y m i o t o w e j p o c z y t y w a n y m b y ć n i e m o ż e . Ż d a n i e t o t a k ż e p o d z i e l a k o l . S T A N K I E W I C Z i p r z y z n a j e , ż e i s t n i e j e w ą t p l i w o ś ć c o d o p r z y m i o t o w e g o p o c h o d z e n i a c h o r o b y , p o m i m o w s z e l k i e c h z a t e m p r z e m a w i a j ą c y c h p o z o r ó w .

Posiedzenie biologiczne d. 22 Stycznia zajęte było w głównej części pięknym wykładem prezydującego HOYERA, o i n n e r w a c y i s e r c a . B y ł t o d a l s z y c i ą g j e g o d y d a k t y c z n e g o w y k ł a d u o k r ą ż e n i u k r w i p r z e d s i ę w z i ę t e g o n a w y r ą z n e ż ą d a n i e T o w a r z y s t w a . N i e t a m w p r a w d z i e n i e w y g ł o s z o n o n o w e g o , l e c z z e s t a w i e n i e l o g i c z n e z n a j o m y c h f a k t ó w w ś r ó d c i ą g l e d o p e ł n i a j ą c e g o s i ę r o z w o j u w i e d z y , j e s t n a d e r p o ż ą d a n e m d l a p r a k t y c z n e g o l e k a r z a , n i e m o g ą c e g o c i ą g l e p o d ą ż a ć z a s z c z e g ó l a m i b a d a n i a . W ł a s n i e t e g o r o d z a j u w y k ł a d y z d a j ą s i ę n a j b a r d z i e j o d p o w i a d a ć c e l o m t o w a r z y s t w l e k a r s k i e c h , k t ó r y c h z d a n i e m b y ć p o w i n n o n i e t y l k o p r z e c z y n i a ć s i ę d o r o z w o j u w i e d z y , a l e t a k ż e w z a j e m n i e s i ę u c z y ć i o s w i e c a ć .

W dalszym ciągu posiedzenia kol. SZOKALSKI zwrócił uwagę na wymianę gazów między ziemią a powietrzem atmosferycznym, ze względu na higieniczny stosunek. Wiadomo, że powietrze przenika głęboko ziemię, lecz jeżeli się płycej lub głębiej w nią cewkę zapuści, powietrze pompuje i takowe chemiczemu poddaje rozbirowi, to znajdujemy w nim oprócz znacznego powiększenia ilości kwasu węglowego (20—30 razy więcej) inne jeszcze gazy np. węglowodor, siarkowodor, gazy amoniakalne, fosforyczne i t. d. Przy wysokim ciśnieniu atmosferycznym powietrze podziemne jest na uwięzi trzymane pod ziemią ale przy niskim, mocą swej sprężystości wydostaje się nad jej powierzchnię, miesza się z atmosferycznym i stanowi to co zowiemy w y z i e w e m . W y z i e w z a l e ż y o d d w ó c h w a r u n k ó w : o d s t a n u a t m o s f e r y i o d s t a n u z i e m i . N a s t a n a t m o s f e r y c z n y p r ó c z c i ś n i e n i a b a r o m e t r y c z n e g o w y w i e r a ć b ę d z i e w p l y w w i e l k i c i e p ł o t a , i s p o k o j n o ś ć l u b w i e t r z n o ś ć , s t a n z a w i l g o c e n i a i t . p . I m p o w i e t r z e n a d z i e m s k i e j e s t w i ę c e j r o z g r z a n e i r o z r z e d z o n e , t e m l ą t w i e j w y z i e w y s i ę z i e m n e p o d n o s z ą : n a j s i l n i e j s z e i c h p o d n i e s i e n i e s i ę j e s t w d z i e n , a n a j s ł a b s z e w n o c y , t a k i ż r u c h t e n d o r ó w n y w a j ą n i e k t ó r z y z o d d ę c h a n i e m c h o c i a ż o c z y w i s c i e t a k i e p o r ó w n a n i e s i ę g ą z a d a l e k o . P o n i e w ą z m i a n y c i ś n i e n i a b a r o m e t r y c z n e g o i o c i e p l e n i a d o t y k a j ą g ł ó w n i e z n a c z n y c h z a g ł ę b i e n i g r u n t u , s t ą d t e ż w y z i e w y s ą z y k l k e s i l n i e j s z e w d o l i n a c h , a w y ż y n y w i ę c e j w y s t a w i o n e n a d z i a ł a n i e w i a t r ó w s ą o d n i c h w o l n i e j s z e , w i a t r b o w i e m z d m u c h u j e w y z i e w , o d d a l a g o z m i e j s c a i n a p r o w a d z a j ą c n a n i c o r a z n o w ą w a r s t w ę p o w i e t r z a . W i l g o ć z a w a r t a w d o l n y c h w a r s t w a c h a t m o s f e r y u z d a l n i a j e t e m b a r d z i e j j e s z c e d o n a p a w a n i a s i ę w y z i e w e m , a j e ż e l i n i e j e s t w i a t r e m r o z d m u c h i w a n a , t o p r z e c z y n i a s i ę d o t a k z w a n e g o z a p o w i e t r z e n i a , w ł a s c i w e g o n i e k t ó r e m p o ł o ż e n i o m , p o s i a d a j ą c e g o w s z y s t k i e w a r u n k i d o r o z w o j u p l e ś n i i i n n y c h n i ż s z y c h u s t r o j ó w r o ś l i n n y c h i z w i e r z ę c y c h , n a d e r s z k o d l i w y c h d l a n a s z e g o z d r o w i a . D r u g i m g ł ó w n y m w a r u n k i e m w y z i e w ó w j e s t p r z y r o d a g r u n t u . N a p i e r w s z e m m i e j s c u s t o i j e g o p r z e w i e t r z l i w o ś ć , t o j e s t m n i e j s z e l u b w i ę k s z e j e g o u s p o s o b i e n i e d o w d r ą ż a n i a w e n p o w i e t r z a . W p i a s e k w d r ą ż a o n o n a j l ą t w i e j , a n a j t r u d n i e j w g l i n ę g r u n t a i ł o w a t e p r z e s y c o n e s z c z ą t k a m i g n i ą c e m i c i ą ł o r g a n i c z n y c h s t o j ą w e ś r ó d k u . P o w i e t r z e w y c i ą g n i ę t e z p o k ł a d ó w p i a s k u m a ł o s i ę r ó ż n i o d a t m o s f e r y c z n e g o ,

z gruntów zaś iłowatych przedstawia największe zmiany, napawa się bowiem gazami powstającymi z gnicia. Oprócz wdrażania powietrza atmosferycznego w ziemię owo gnicie podtrzymującego i oprócz wychodzącego z ziemi wyziewu, ze zmianami wzywz wymienionych wpływów, na krążenie gazów pod ziemią wielki wpływ wywierają jeszcze prądy wód zaskórnych, porywające ze sobą poniekąd podziemne powietrze które je otacza. Że zaś prądy te właśnie wśród piaszczystych pokładów najłatwiej przychodzą do skutku, stąd też i takowe dla zamieszkań ludzkich nie małe przedstawiają korzyści, zwłaszcza jeżeli są położone na pokładach glinianych lub skalistych nieco pochyłonych i odpływ wód zaskórnych ułatwiających. Przemoknięcie ziemi wodą tamuje do pewnego stopnia jej wymianę gazów z powietrzem i to tem więcej jeżeli woda cienką warstwą na powierzchni ziemi zalega, a mianowicie jeżeli po niej płynie. Stąd też bagna są najniebezpieczniejszymi jeżeli podeschną, a najmniej szkodliwe jeżeli są wodą zalane. Jeżeli zaś ziemia jest zmarzłą skorupą pokryta, to wtedy także wymiana gazów jest powstrzymana ale zato domostwa na takiej ziemi stojące, w których sztucznie wyższy stopień ciepła jest utrzymywany, stają się niejako wentylami przez które wyziewy z ziemi odchodzą. Okoliczność ta wielką jest wagi, objaśnia nam bowiem zapowietrzenie nader często się przytrafiające podczas zimy wiejskich dworców i chałup, w których uporczywie nieraz utrzymują się zaraźliwe choroby, z pominięciem domostw piętrowych i na piwnicach starannie wzniesionych.

Że wzywz przytoczone domieszki wyziewowe do atmosferycznego powietrza dla zdrowia szkodliwymi być muszą, żadnej wątpliwości podlegać nie może. Działając na krew zmniejszają jej pożywność i przywodzą osłabienie całego ustroju. Usposabiają do mallaryi, a w części same ją powodują, ale ażeby przyjsć mogło do jakiegokolwiek z chorobowych postaci zakaźnych, na jej gruncie wykwitających, to na to potrzeba jeszcze właściwych zarazków, któremi według obecnie panujących pojęć są różnorodnego rodzaju grzybki (NEGELI). Wpśród powyższych zapowietrzeń mogą one wprawdzie nader łatwo powstawać i swobodnie się rozradzać, jak to na bagnach, w nieprzewietrzanych chałupach, zawilgoconych i ściśnionych miejskich zaułkach zapewne się dzieje. Dostają się one następnie do naszego ustroju z pokarmem, napojem lub z oddychaniem powietrzem i tem łatwiej wywołują odpowiednie zakłócenie im mniej znajdują odporności osobistej. Najważniejsze zatrucia przychodzą zapewne do skutku za pośrednictwem dróg oddychowych, ale to wtedy tylko może nastąpić, jeżeli rzeczone zarodki wyschną i w kształcie najdrobniejszego pyłu rozejdą się w powietrze. To nam też tłumaczy dla czego pory roku suche i gorące są właśnie uprzywilejowaniami dla wielu chorób zakaźnych i dla czego bagna najwięcej szkodzą gdy je słońce na powierzchni wypali. * *

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

Zaburzenia czucia w skutek chorób mostu Warol'a ¹⁾.

Przez d-ra Ludwika CONTY'EGO.

Streścił dr. T. Dunin.

Pomimo olbrzymich postępów, jakie patologia chorób nerwowych w ostatnich poczyniła czasach, pomimo drobiazgowej oceny wszystkich im

¹⁾ „De l'hémianesthésie mésocéphalique”. (Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Nr. 30, 34, 36, 38 r. z. i. „Sur quelques troubles sensitifs d'origine mésocéphalique” (ibid. N. 1, 3 i 4 r. b.)

towarzyszących objawów, cierpienia mostu WAROL'A małą, albo powiedzmy lepiej, wcale na się uwagi uczonych nie zwrócili. W rzeczy samej autorzy, którzy się zajmowali kwestyją zaburzeń czucia, czy to przy chorobach rdzenia kręgowego, jak BROWN-SEQUARD, VULPIAN, ROSENTHAL, czy też przy cierpieniach mózgu, jak CHARCOT, autorowie ci, zaledwie w kilku słowach wspominają o udziale, jaki w tych zaburzeniach most WAROL'A brać może. Braki te postanowił wypełnić i w zupełności wypełnił dr. CONTY, autor powołanej pracy.

Dotychczas nikt nie zadawał sobie nawet pytania: czy choroby mostu WAROL'A mogą spowodzić zaburzenia czucia i w jakim stopniu; a jednak, na podstawie dziś już istniejącego materiału klinicznego, można przedstawić dość nawet pełny obraz chorób, w mowie będących. Zaburzenia czucia, będące następstwem uszkodzeń mostu WAROL'A, tak jak wszystkie inne, mogą nosić na sobie cechę znieczulenia (*anesthesia*) albo też nadczułości (*hyperesthesia*), stosownie jednak do rozprzestrzenienia bywają rozmaite. Najwłaściwiej dają się one ująć w następujące grupy: 1) znieczulenie połowiczne jednostronne (*hemianesthesia unilateralis*); 2) znieczulenie połowiczne skrzyżowane (*hemianesthesia alternans*); 3) znieczulenie ogólne (*anesthesia generalis*); 4) znieczulenie ograniczone (*anesthesia circumscripta*); 5) nadczułość ogólna (*hyperesthesia generalis*); 6) nadczułość połowiczna (*hemihyperesthesia*).

I. Ze wszystkich wyszczególnionych postaci zaburzeń najwięcej budzi zajęcia pierwsze, t. j. znieczulenie połowiczne jednostronne, raz dla tego, że najczęściej się wydarza, a powtórę dla tego, że posłużyć może do wyjaśnienia wielu ciemnych stron budowy i czynności mostu WAROL'A. Jako przykład tego rodzaju znieczulenia posłużyć może następujące spostrzeżenie autora:

II. D., kupiec korzenny, w połowie Marca 1877 r. poczuł silny ból w tylnej okolicy głowy, który go przez parę dni niepokoił, po upływie tygodnia chory nagle, bez utraty przytomności, stracił władzę i czucie w prawej połowie ciała. Porażenie połowy ciała, aczkolwiek w pierwszej chwili zupełne, prędko znikać zaczęło, tak że w kilka dni chory już porażeniami członkami mógł pewne ograniczone wykonywać ruchy, a w 2 miesiące ze wszelką swobodą chodził i sprawami swemi zajmować się począł. Natomiast czucie nie powracało wcale: jak z początku choroby, tak i po powrocie władzy najsilniejsze nawet ukłucie nie wywoływało bólu; chory porażoną ręką mógł wszystko wykonywać, ale wtedy tylko, gdy ruchy swoje kontrolował wzrokiem. Inaczej przedmioty wypadaly mu z ręki bez jego wiedzy i nie raz chory, skutkiem tego na liczne oszustwa i grabieże był wystawiony. We dwa lata od początku choroby autor, badając chorego, znalazł zupełną utratę czucia w prawej połowie ciała, przytępienie smaku i sluchu po odpowiedniej stronie, a prócz tego obniżenie ciepłoty w chorej połowie ciała i ślady przebytego porażenia n. twarzewego po stronie lewej. Natomiast zmysły wzroku i powonienia żadnych nieprawidłowości nie przedstawiały.

Spostrzeżenie to jest jednym z najpiękniejszych i najzupełniejszych, jakie w piśmiennictwie odnośnie do danego przedmiotu spotkać można; wraz z kilkoma innymi znanymi pozwala ono na następujące skreślenie objawów w mowie będącej choroby: Bez objawów udarowych, bez utraty przytomności, chory nagle lub powoli traci czucie w jednej połowie ciała; znieczulenie to jest tak zupełne jak w chorobach mózgo-rdzeniowych, ogranicza się ściśle do pośrodkowej linii ciała i zresztą samo przez się nie szczególnego nie przedstawia. Utrata czucia dotyka tylko jednej połowy ciała i może rozprzestrzenić się na niektóre zmysły, jako to: sluch i smak; natomiast w zrok i powonienie nigdy zaburzeniom nie ulegają i to stanowi najważniejszą cechę, odróżniającą dane cierpienie od znieczuleń, będących następstwem chorób mózgowych. Bardzo

charakterystycznym objawem jest współczesność zaburzeń ruchowych; prawie zawsze że znieczuleniem spotykamy i porażenie połowiczne (*hemiplegia*), z tem wszakże zastrzeżeniem, że porażenie to jest skrzyżowane, t. j. dotyczy tułowia i kończyn po stronie znieczulonej, twarzą zaś po stronie przeciwnej; ta ostatnia okoliczność wyklucza możebność siedliska choroby w rdzeniu kręgowym. Porażenia wspomniane albo wkrótce znikają, albo też mogą być stałemi, co jak zobaczymy, zależy od rodzaju zmian anatomicznych. Wreszcie zasługuje na uwagę i to, że w wielu przypadkach danej choroby znajdowano obniżenie ciepłoty ciała po stronie chorej, co także do pewnego stopnia może posłużyć do odróżnienia rozbieranego znieczulenia od takiegoż, będącego następstwem chorób mózgu lub rdzenia.

Taki jest mniej więcej obraz kliniczny znieczulenia połowicznego, towarzyszącego chorobom mostu WAROL'A; co się tych ostatnich tyczy, to badania pośmiertne w większej liczbie przypadków zdołały wykryć wylewy krwiste, albo, co rzadziej bywa, nowotwory w samym moście WAROL'A powstałe. Natomiast obie te sprawy t. j. wylew krwisty i nowotwór, jeżeli powstaną na zewnątrz mostu i tylko ucisk na niego wywierac będą, bardzo tylko rzadko dają nam taki obraz choroby, jaki powyżej podaliśmy; również i zator tętnicy (*embolia*), któremu, jeżeli się w półkulach mózgowych wydarzy, tak często znieczulenie towarzyszy, tutaj podobnych następstw nigdy nie sprowadza. Badania pośmiertne uczą nas dalej, że choroby rdzenia przedłużonego (*medulla oblongata*) nigdy nie wywołują zaburzeń w czuciu, a przynajmniej nigdy tak charakterystycznych jak te, które powyżej opisaliśmy. Zgadza się to zresztą z danemi doświadczalnymi, których nam prace LONGET'A, VULPIAN'A i SCHIFF'A dostarczają: wspomnieni uczeni, przecinając w poprzek rdzeń przedłużony, nigdy przy tem zaburzeń w czuciu nie widywali. Tak więc most W. i odnogi mózgowe (*pedunculi cerebri*) są jedynymi częściami śródmózdzia, których uszkodzenie za sobą znieczulenie pociąga. Prócz tego we wszystkich przypadkach znieczulenia, uszkodzenie mostu W. dotyczyło bocznych jego części; raz uszkodzenie to ograniczone było tylko do górnej warstwy, w innych przypadkach zajmowało całą grubość narządu, ale zawsze miało miejsce po jego stronie zewnętrznej. W tych przypadkach, gdzie zniszczeniu uległy tylko zewnętrzne części mostu, tam znieczulenie było czyste, t. j. bez porażenia; albo te ostatnie jeżeli z początku choroby istniały, bardzo prędko znikaly; przeciwnie jeżeli ognisko choroby zajmuje przeważnie wewnętrzne części tego narządu, tam na pierwszy plan występuje porażenie, a zaburzeń czucia, albo może nie być wcale, albo też stanowią one objaw podrzędny. Te dane, które autor na licznych spostrzeżeniach gruntuje, pozwalają nam wniknąć głębiej w budowę mostu W. i zawyrokować, że włókna czuciowe przebiegają w jego bocznych, a ruchowe w środkowych częściach. Na dziś pozostaje jeszcze wątpliwem, czy włókna czuciowe przeważnie w zwierzchnich warstwach, czy też w całej grubości tego narządu są umieszczone. Toż samo, cosmy o przebiegu włókien w moście W. powiedzieli, da się zastosować i do odnóg mózgowych: i tu także włókna czuciowe przebiegają po zewnętrznej, a ruchowe po wewnętrznej stronie. Na poparcie powyższego twierdzenia o rozkładzie włókien w moście W. można przytoczyć i to, że znieczulenia w skutek zatoru tętnicy, doprowadzającej krew do mostu W., nigdy się nie wydarzają, gdy tymczasem porażenia bardzo często wspomnianej przyczyny są następstwem. W rzeczy samej wiadomo, że most W. otrzymuje krew z tętnicy mózdkowej dolnej (*a. cerebelli inferior*), która nie jest, jak inne tętnice mózgowia, gałęzią końcową, ale się spaja z naczyniami bocznymi. Skutkiem tego w razie jej zatoru, krew z są-

siednich naczyń może jeszcze zaopatrywać boczne części mostu, ale do jego środka nie dopływa i tym sposobem boczne części pozostają nienaruszone, środkowe zaś zgorzeli i rozmiękczeniu ulegają. Tej okoliczności zaważdzić należy, że znieczulenia skutkiem zatoru do rzadkich należą wyjątków.

Jak to już wyżej powiedzieliśmy, jedną z najważniejszych oznak znieczulenia jednostronnego w skutek chorób mostu W. jest to, że utrata czucia dotyczy tułowia, kończyn i twarzy po jednej stronie, a co główna, po stronie przeciwnej uszkodzeniu; okoliczność ta zniewała nas do przypuszczenia, że włókna czuciowe, wszystko jedno czy dochodzą one do rdzenia kręgowego (nerwy rdzeniowe), czy do przedłużonego (n. czaszkowe), ulegają skrzyżowaniu pierwej, aniżeli do mostu W. się dostaną. Gdzie jednak skrzyżowanie to ma miejsce? w rdzeniu przedłużonym, czyli też już w moście WAROLA? Co się dotyczy nerwów czucia rdzeniowych, to te, jak wiadomo z doświadczeń BROWN-SEQUARD'A, VULPIAN'A i SCHIFF'A, do pewnego stopnia już w rdzeniu kręgowym się krzyżują, choć miejsce tego skrzyżowania anatomicznie wykazać się nie daje. Idzie więc tylko o nerwy czaszkowe, a właściwie mówiąc o ostatnie 10 par tych nerwów (nerw węchowy i wzrokowy tutaj nie należą), które, jak wiadomo kończą się w jądrach istoty szarej, zawartych w rdzeniu przedłużonym. Zarówno doświadczenia, jak i fakta kliniczne, o których później będzie mowa, przekonały, że uszkodzenie wspomnianych jąder wywołuje znieczulenie po stronie odpowiedniej; mamy zatem prawo przyjąć, że jądra te łączą się wprost, bez skrzyżowania, z obwodowymi częściami ciała. Ponieważ jednak z drugiej strony uszkodzenie mostu W. powoduje utratę czucia po stronie przeciwnej, a więc nie ulega wątpliwości, że skrzyżowanie włókien czuciowych może mieć miejsce nie gdzieindziej, jak tylko pomiędzy owymi jądrami rdzenia przedłużonego, a mostem WAROLA. Skrzyżowanie to odbywa się prawdopodobnie tak jak i w rdzeniu kręgowym, w istocie szarej, skutkiem czego pobudzenia czuciowe, w razie zniszczenia ich zwykłych dróg w miejscu skrzyżowania, mogą sobie wytwarzać nowe, a rozległe nawet uszkodzenia niekoniecznie znieczulenie spowodować muszą. Wreszcie anatomo-patologiczne dane, o których w dalszym ciągu wspomnimy, przemawiają za tem, że skrzyżowanie to odbywa się w istocie szarej, leżącej na tylnej powierzchni mostu W., na wysokości dna czwartej komórki mózgowej.

Zpomniędzy innych objawów danej choroby, zboczenia w zakresie zmysłów stanowią ważny, choć nie zawsze stały objaw. Już wyżej powiedzieliśmy, że, w przeciwstawieniu do znieczuleń pochodzenia mózgowego, zmysły wzroku i powonienia nigdy tutaj zaburzeniom nie ulegają, a okoliczność ta nas dziwić bynajmniej nie powinna, wiemy bowiem, że nerwy wspomnianych zmysłów, z rdzeniem przedłużonym i mostem W. nie wspólnego nie mają. Inne zmysły raz porażone bywają, drugi raz nienaruszone pozostają; autor rozmaitość tę starał się wytłumaczyć rozmaitą wysokością uszkodzenia, przypuszczając, że włókna czuciowe, należące do zmysłu smaku i słuchu, wyżej od innych przebiegają; zresztą poszukiwania jego nie doprowadziły go do żadnych stanowczych wyników. Podobna rozmaitość i w znieczuleniach pochodzenia mózgowego się wydarza.

Porażenia mniejsi, t. j. połowiczne porażenia skrzyżowane (*hemiplegia alternans*), jakie danej chorobie towarzyszy, jest objawem rozpoznawczym niezmiernie wagi, nie wydarza się bowiem przy żadnym innym rodzaju znieczulenia. Daleko mniej znaczenia ma sama trwałość porażen, ta bowiem zależy jedynie od tego, czy włókna ruchowe, leżące w wewnętrznych częściach mostu, zupełnie zniszczone zostały, czy tylko chwilowo,

skutkiem zmian krążenia, podrażnienia zapalnego i t. d., w czynnościach swych zaburzeniom uległy.

Wreszcie zasługuje na uwagę obniżenie ciepłoty ciała po stronie znieczulonej. Chociaż objawu tego za stały uważać nie można, w wielu bowiem razach może go zupełnie brakować, w każdym razie w wątpliwych przypadkach przemawia na korzyść siedliska choroby w moscie W., a to z powodu, że przy cierpieniach mózgowych, jak to CHARCOT wykazał, raczej podniesienie, aniżeli obniżenie spotykamy. Zresztą i to twierdzenie CHARCOT'A nie jest bezwzględnie słuszne, albowiem MAGNAN, jedyny autor który na tę rzecz bliższą zwracał uwagę, w chorobach mózgowych obniżenie ciepłoty ciała po stronie chorej widywał. Dla tego też wypadnie nam powrócić do dawnego zapatrywania się ROSTAN'A i ANDRAL'A i przyjąć, że znieczulenia raz z podwyższeniem, drugi raz z obniżeniem ciepłoty przebiegać mogą. Co się tyczy samego powstania tego obniżenia, to dziś wytłumaczyć go niepodobna, zważywszy jednak na brak wszelkich zaburzeń w zakresie n. naczyńioruchowych, przyjąć należy, że te ostatnie żadnego w danym zjawisku udziału nie biorą. (d. n.)

O doszczętnem leczeniu przepuklin ¹⁾.

Przez SCHEDE'GO. Podał w streszczeniu Wł. Matlakowski.

Jak z jednej strony wraz z pojawieniem się leczenia przeciwnielegnego i poznaniem jego dobroczynnych skutków, powstały nowe operacyje, lub nowe sposoby dawniejszych, tak z drugiej powrócono do operacyj zarzucanych z powodu niebezpieczeństw, jakie za sobą pociągają, a jednak racjonalnych w zasadzie i nader potrzebnych w praktyce. Do tych ostatnich należy doszczętnie leczenie przepuklin. Próby w tym kierunku robiono od bardzo dawna. Jeszcze Paweł AEGINETA i ABULCASIS obnażywszy worek przepuklinowy, podwiązywali go wraz ze sznurkiem nasiennym. Ambroży PARÉ nauczył, jak należy ten ostatni na boku pozostawiać. Inni jak FABRYCY ab AQUAPENDENTE zaszywali worek. O nowożytnych sposobach, nie mamy co mówić. Wszystkie one nie pozyskały sobie prawa obywatelstwa, pociągały bowiem zbyt groźne niebezpieczeństwa, na które bez ostatecznej konieczności, któżby śmiał narażać życie chorego? Leczenie przeciwnielegne dodało nowego bodźca do ruchu w tym kierunku. SCHEDE zdaje sprawę ze swoich spostrzeżeń i z obecnego stanu zadania dotyczącego doszczętnego leczenia przepuklin.

Najnowsze sposoby mają na celu: albo zwężenie otworu przepuklinowego, albo zamknięcie worka, albo nakoniec i jedno i drugie razem. Zwężenie otworu starano się osiągnąć zesztywiając sposobem podskórnym ze sobą oba ramiona (*columnae s. crura*) obrączki pachwinowej (*Subcutane Naht*) (DOWELL, WOOD); przeciw temu sposobowi istnieje jednak słuszny zarzut, że nigdy się nie wie napewno, co się zeszywa, a chodzi tu przecież o powrózek nasienny. STEELE obnażał ramiona obrączki pachwinowej, obrabiał ich brzegi i łączył je katgutem starając się nie zranić otrzewni. Następnie zeszywał skórę i nakładał opatrunek przeciwnielegny. Nastąpiła jednak recydywa i uwięźnięcie, które było powodem powtórnej operacyi. Zamknięcie worka uskutecznia się podwiązując szyjkę przepuklinową, a następnie wycinając lub zostawiając sam worek. Sposób ten okazał się skutecznym i doprowadził do

¹⁾ Zur Frage der Radicaloperationem der Unterleibsbrüche. „Centralblatt f. Chirurgie” 1877. Nr. 44.

żądanego celu w wielu przypadkach (SCHMUCKER, LANGENBECK, NUSSBAUM, BELL, ANNANDALE).

Nakoniec CZERNY i RISEL łączą podwiązanie, lub zeszywanie szyjki ze zwężeniem otworu (*Bruchpforte*) za pomocą zeszywania ramion. SCHEDE jednak powątpiewa o skuteczności tego postępowania. Według niego tworząca się blizna, póki świeża skutkiem ustawicznych skurczów mięśni brzusznych i ruchów kończyn, ulega rozciągnięciu. Z drugiej strony przy mocniejszym ciśnieniu wewnętrznym, jedwabne lub druciane nitki wrzynają się w tkanki, które ściagnąć do siebie i zbliżyć mają.

Po takim krytycznym przedstawieniu SCHEDE wyluszcza swoje zapatrywanie się, oparte na 8 dokonanych operacjach. Wskazaniem było: 5 razy uwięźnięcie, 3 razy zaś niezdolność do pracy. W 5 przypadkach SCHEDE szyjkę podwiał katgutem, a worek wyciął, 3 razy zaś osiągnął zniszczenie worka drogą ziarninowania. Najskuteczniejszym zatem okazuje się podwiązanie szyjki przepuklinowej. Przytem zwraca uwagę, że postępowanie nasze musi odpowiadać właściwościom danego przypadku. Jeśli wskazaniem do operacji jest uwięźnięcie, przypadek świeży, a worek nieprzyrośnięty mocno do sąsiednich tkanek, w takich razach najlepiej jest podwijać: tu bowiem udaje się wyciągnąć worek z obrączki i podwijać szyjkę tak wysoko, że prawie nie pozostaje potem lejkowate zagłębienie od strony otrzewni, które stanowi główną przyczynę usposobienia do recydywy. Podwiązka wypada w takich razach prawie na wysokości obrączki wewnętrznej (*annulus internus*). Następnie wycinamy worek przepuklinowy, w przewód tegoż imienia wprowadzamy dren i zeszywamy ranę w skórze aż do samego drenu. Jeśli zaś worek i szyjka przepuklinowa są poprzyrastale do części otaczających, należy albo utworzyć pierwszy, a w drugą włożyć dren, albo też część worka przepuklinowego zeszyć z skórą tak, aby utworzyło się wargowate ich połączenie, a w powstały otwór wsunąć dren. Powoli ziarnina wypełnia przewód, z ziarniny powstaje bliznowata masa, sięgająca aż do powierzchni skóry i w ten sposób zamyka się i znika przewód przepuklinowy. Swobodny dostęp powietrza do jamy brzusznej nie grozi niebezpieczeństwem dla życia, byleby stosować jak najściślejszy opatrunek przeciwny. Jeśli w przepuklinie znajduje się sieć (*omentum*), najlepiej jest ją podwijać i odciąć; pozostały kawałek można nawet przyszyć i w ten sposób zużytkować go do tem ściślejszego wypełnienia przewodu.

Rozumie się, że upoważnieni jesteśmy do operacji tych, jedynie w razie uwięźnięcia, lub gdy przepuklina jest nieodprowadzalną albo też skoro pasek jej w brzuchu utrzymać już nie jest w możności. Gdzie przepuklina odprowadzić się daje, gdzie pasek wystarcza do utrzymania trzewiów w brzuchu, tam nie należy robić operacji, póki nie przyjdzie czas, kiedy wynaleziony zostanie sposób pewnego uwolnienia chorego od kalectwa. Nie godzi się bowiem igrzać z życiem chorego. Żeby operacja pozyskała prawo obywatelstwa, winna zadosyć czynić (dwom wymagom: 1) żeby niebezpieczeństwo z niej wynikające było jak najmniejsze; 2) żeby wyleczenie było radykalne. Co się tyczy pierwszego, to na mocy dotychczasowych cyfr, śmiertelność jest bardzo małą. Na 26 ogłoszonych przypadków, gdzie robionem było podwiązanie szyjki i opatrunek przeciwny (NUSSBAUM 2, ANNANDALE 2, CZERNY 5, RISEL 7, SCHEDE 8, MAYER 2) umarł jeden tylko chory temu ostatniemu. Trzeba jednak wiedzieć, że dokładny opatrunek przeciwny na okolicy pachwinowej należy do najtrudniejszych zadań techniki przeciwny i stanowi prawdziwy kamień probierczy zręczności chirurga w tym względzie. Należy bowiem nie tylko zabezpieczyć ranę od dostępu powietrza, lecz także zapewnić

swobodne oddawanie kału i moczu, co przy wielkich przepuklinach mosznowych niekiedy bywa nader trudnem. pręcie bowiem całe schowane jest w fałdzie skórny. Wiele zatem zależy od uwagi i bacności samego chorego. Jeszcze atoli więcej zależy od zręczności chirurga. Kto pewien jest, że władza wysmienienie techniką opatrunkową, ten może bezkarnie robić operacyją tam, gdzie innemu robić jej nie wolno.

Co się tyczy drugiego zadania, t. j. skuteczności danej operacyi, to jak na teraz otrzymujemy ten skutek z podwiązania szyjki że pasek lekko nałożony jest w stanie zabezpieczyć chorego od powstania powtórnej przepukliny; kwestyja zaś zupełnego i stałego uleczenia pozostaje dotychczas nierozstrzygniętą. Że dla chorego, dotkniętego przepukliną nieodprowadzalną, lub też taką, iż jej pasek w brzuchu utrzymać nie jest w stanie, stanowią już i ten wynik prawdziwe dobrodziejstwo, to samo się przez się rozumie.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

Istotę ostrego obrzęku płuc starał się na drodze doświadczalnej wykazać prof. COHNHEIM („*Deutsche med. Wochenschrift*“ N. 2 1878). Szereg doświadczeń w tym celu przeprowadzonych wykazał, że ani raptowne tętnicze przekrwienie płuc, ani nagle występujące osłabienie działalności serca (*Herzschwäche*) nie jest w stanie wywołać ostrego obrzęku. W dalszym więc ciągu doświadczeń C. podwazywał podstawę aorty, spostrzegając następowe zmiany w obrębie naczyńowym płuc; wówczas okazało się, że po podwiązaniu aorty wstępującej ciśnienie w naczyniach płucnych (*Pulmonaldruck*) raptownie i niezmiernie wysoko podnosiło się. Zwężenie podstawy aorty (zaciśnienie) wywoływało jednakże raczej zwiększenie ciśnienia w t. szyjowych, aniżeli w układzie naczyńowym płucnym. Przy podwiązaniu gałęzi aorty t. j. aorty zstępującej, lewej podobojczykowej i jednej z dogłowych (*carotis*), ciśnienie w naczyniach płucnych nie zwiększyło się, przeciwnie zaś przy podwiązaniu nawet tętnicy podobojczykowej prawej, lecz poza miejscem odejścia *A. vertebralis dextra* następowało zawsze raptowne podniesienie się ciśnienia w naczyniach płucnych z następowym szybkim śmiertelnym obrzękiem płuc. Obrzek ten autor uważa za obrzek ostry zastoinowy (*acutes Stauungsodem*), wywoływał on go bowiem również zawsze przy zaciśnięciu lewej komórki sercowej, lewego przedsionka, a nawet przez podwiązanie znaczniejszej ilości żył płucnych. Ta ostatnia okoliczność byłaby w pozornej sprzeczności z tem, co spostrzegamy klinicznie przy wadzie zastawki dwudzielnej (głównie zwężeniu), w tym przypadku jednakże zastoinowy obrzek płuc występuje dopiero wtedy, gdy przeczyżoną została czynność prawego serca, która ułatwiała utrudniony odpływ krwi żył płucnych. Takż obrzek musi również występować zawsze tam, gdzie istnieje porażenie lub stan paretyczny lewej komórki, podczas gdy prawa komórka dalej czynność swą odbywa; i w samej rzeczy autorowi udawało się przez silne krótkie naciśnienie lewej komórki u królika wywołać stały spokój (*Stillstand*) też w stanie rozkurczu, podczas gdy prawa komórka pracowała dalej, wówczas jednakże wkrótce wszystkie zwierzęta ginęły skutkiem ostrego obrzęku płuc. Wreszcie autor twierdzi, że większa liczba przypadków ostrego obrzęku płuc daje się wyjaśnić przez wystąpienie raptownego osłabienia lewej komórki sercowej, jeśli zwrócimy uwagę na to, że zawsze znajdujemy u zmarłych na obrzek płuc, w płynie obrzękowym czerwone ciała krwi, oraz znaczne napełnienie i rozszerzenie prawej komórki sercowej. Wreszcie autor przypomina, że w przypadkach ciężkiego obrzęku płuc tętno promieniowe przedstawia się bardzo małym, a nawet niewyczuwalnem, zważywszy nadto, że zawsze u umierających, co jeszcze HALLER utrzymywał, prawe serce później bić przestaje aniżeli lewe.

A. Sokolowski.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Wykład praktyczny Medycyny Sądowej w Paryżu. Oddawna już powstawały głosy żądające, by liczne wypadki sądowo-lekarskie, jakich jest świadkiem codziennie stolica Nadsekwainska zużytkowane zostały dla nauki. Dopiero jednak w tym roku brak w nauczaniu Medycyny Sądowej w Szkole lekarskiej Paryżkiej został wypełnionym przez otwarcie 9 Stycznia 1878 r. wykładów praktycznych tej gałęzi nauk lekarskich. Otwarcia dokonał BROUARDEL, prof. *agrégé* przy katedrze Medycyny Sądowej, gdyż sam prof. TARDIEU, oddawna już zadawalnia się samą nazwą profesora. Na miejsce wykładów, przeznaczyła prefektura dep. Sekwany truparnię *Morgue*, miejsce najstosowniejsze, bo, jak wiadomo, przeznaczone na wystawienie wszystkich, którzy zmarli śmiercią nienaturalną i bardzo dobrze położone, bo blisko samej szkoły lekarskiej, w *Cité*, niedaleko szpitala *Hôtel-Dieu* z tyłu kościoła *Notre Dame de Paris*, w miejscu, gdzie Sekwana dzieląc się na 2 odnogi tworzy wyspę Ś-go Ludwika t. j. *Cité*. Materiał więc do rozporządzania będzie ogromny, wykład jednak mimo to nie może być systematycznym, bo trzeba korzystać z materiału jaki się znajdzie na razie (otrucie, powieszenie, utopienie, zatonięcie i t. p.)— a tylko wspólnym łącznikiem wykładów, ma być nauczanie techniki sekcji sądowo-lekarskiej i spisywanie protokołu. Naturalnie jak łatwo się domyślić, podobne wykłady, wbrew zwyczajowi francuzkiemu, nie mogą być publiczne, lecz li tylko przeznaczone dla lekarzy i studentów medycyny, i to tylko tych którzy przeszli już trzeci egzamen lekarski. Ograniczenie to było koniecznem dla uniknięcia wszelkich nadużyć i gadatliwości, któreby przeszkadzały czynnościom sądowym, wymagającym niekiedy tajemnicy pod każdym względem. Aby pogodzić szczupłość miejsca z ogromną liczbą potrzebujących obznajmienia się z najpotrzebniejszymi wiadomościami z dziedziny Medycyny Sądowej, podzielono wszystkich słuchaczy na grupy po 30, odnawiające się co miesiąc, tak iż tym sposobem, ponieważ wykłady mają miejsce 2 razy tygodniowo, każdy ze słuchaczy będzie obecnym na 10 lekcjach. Sekcją robi sam profesor, a każdy ze słuchaczy musi robić notatki jej, a na następne posiedzenie przynosi protokół własnoręcznie spisany, który zostaje odczytany głośno i publicznie poprawionym, aby wykazać z jaką starannością i z jaką uwagą, lekarz ekspert winien postępować w podobnych przypadkach. Na pierwszym posiedzeniu B. robił sekcją pederasty, który się sam powiesił i mężczyzny zgniecionego przez tramway. Karty wejścia wydają się w biurze sekretarza szkoły lekarskiej i mogą służyć tylko dla osoby, na imię której została karta wydana.

Obecnie myślą nad tem, jakby zaradzić brakowi pracowni, w którejby słuchacze mogli się wprawiać w badanie płam krwistych i innego rodzaju, rozbiór ciał spożytych i t. p.

W. G.

Zmarli: W. STOKES prof. patologii wewn. w Uniwersytecie Dublińskim, † tamże, w wieku lat 73, znany patriota irlandzki, jeden z największych klinicystów angielskich, autor słynnych prac o chorobach narządów piersiowych, o chorobach serca i aorty—tłomaczonych niemal na wszystkie języki.

GINTRAC, dyrektor szkoły lekarskiej w *Bordeaux*, znany autor dzieła p. n. *Traité de Pathologie et de Therapie médicale*, zmarł w podeszłym wieku.

RUHMKORFF, sławny fizyk, wynalazca przyrządu elektrycznego jego imienia, za który otrzymał w swoim czasie wielką nagrodę 50000 franków, † w 75 roku życia w Paryżu.

ROLLER Christian, od lat 50-ii dyrektor zakładu dla obłąkanych w Illenau w W. Ks. Badeńskim; jeden z najzdolniejszych i najpracowitszych psychiatrów niemieckich, † 4 Stycznia w 76 roku życia.

HIRTZ prof. kliniki lekarskiej niedługo w Strasburgu † w Paryżu.

Ernst Heinrich WEBER, znany fizjolog lipski, † w Lipsku w 82 roku życia.

Francya straciła nado w ostatnich kilku tygodniach trzech znakomitych uczonych:

BECQUEREL, znany całego światu naukowemu fizyk, zmarł w Paryżu w 89 roku życia.

REGNEAULT niemniej sławny chemik.

Claude BERNARD najznakomitszy fizjolog tegoczesny, zmarł 10 Lutego r. b. w 65 roku życia. Obszerniejszy życiorys jego podamy w jednym z następnych N-rów.

Z WIDOWNI WOJNY.

Durzyca. W N-rze 3-m „*Lelopisi Wraczebnoj*” z r. b., wydawanej przez moskiewskie tow. chirurgiczne, podana jest wiadomość o czasowych szpitalach wojennych na Kaukazie, w których większa część lekarzy i służby sanitarnej wymarła lub zachorowała na durzyce.

Szpitalę. Toż samo czasopismo podaje, że w różnych guberniach Rossyi, niektóre szpitale są nadzwyczajnie przepelnione, inne a zwłaszcza prywatne, lub też utrzymywane kosztem Towarzystwa Krzyża Czerwonego — stoją pustkami, tak że od czasu ich założenia połowalówek pozostaje niezajętych. Skutkiem tego utrzymanie chorego w takich szpitalach kosztuje przeszło rubla dziennie, nie licząc w to wydatków na lekarzy i służbę sanitarną, którą, spodziewając się nadesłania chorych, — trzeba utrzymywać ciągle w komplecie.

To niejednostajne rozdzielenie chorych z uszczerbkiem dla Towarzystwa Krzyża Czerwonego i dla samych chorych, pochodzi ztąd, że Ministerium wojny płaci Towarzystwu Krzyża Czerwonego za każdego chorego leczonego w szpitalu tegoż Towarzystwa po 40 kop. dziennie. — Ponieważ wiadomo, że na wszelkie stosunki pieniężne mało wpływają jakieś względy uczuciowe, nie więc dziwnego, że dla Zarządu wojennego lepiej jest pomieszczać jak najmniej chorych w szpitalach Towarzystwa Krzyża, Czerwonego a przedewszystkiem zapełniać swoje wojskowe szpitale czasowe. Zmienić możnaten stosunek niekorzystny tak dla Tow. Czerw. Krzyża jak i dla chorych, dwójakim sposobem, t. j. albo Tow. powinno rozwinąć swoją działalność w tych miejscowościach, gdzie konkurencja jest niemożliwą jak np. utworzyć duże szpitale w Bułgarii nad Dunajem i w miastach nadmorskich lub też Towarzystwo powinno się zrzec 40 kopiejkowego wynagrodzenia, wydawanego za każdego chorych przez ministerium wojny. Konkurencja wtenczas stanie się niemożliwą, a Towarzystwo Krzyża Czer. jako instytucja prawdziwie filantropijna i pomocnicza Zarządu wojennego, mogłaby przez zmniejszenie swej działalności szpitalnej, rozwinąć takąową w innym kierunku, jako to tworząc znaczną liczbę ruchomych lazaretów, punktów posilania zgłodniałych żołnierzy i t. p.

Wezwanie. Warszawski Zarząd Towarzystwa Krzyża Czerwonego wzywa lekarzy kraju tutejszego, mających chęć udać się niezwłocznie do armii czynnych na Kaukazie i za Dunajem, ażeby z dokumentami kwalifikacyjnymi zgłosili się do Zarządu na Saskim placu Nr. 6, z kąd będą odesłani do St.-Petersburga do rozporządzenia Głównego Zarządu Krzyża Czerwonego. Udającym się do armii lekarzom będzie wydawanem jednorazowe na kosztu uekwipowania rs. 400, na stałe zaś utrzymanie po rs. 200 miesięcznie; to ostatnie będzie za granicą wypłacane w zlocie.

OGŁOSZENIA.

KLIMATOLOGJA „HYÉRES”


jako stacyi leczniczej zimowej dla chorych, opisał Dr. M. MALCZ.

Osobne odbicie z Pam. Tow. lek. zeszyt I z r. 1878. Str. 10, cena kop. 30. Broszurę tę można nabyć za pośrednictwem Redakcyi Medycyny, oraz w księgarniach warszawskich.

Do miasta powiatowego Piaseczna, w którem znajduje się apteka, potrzebny zaraz

L E K A R Z

z pensją roczną wyznaczoną od Gminy rs. 150, w bliskości jest fabryka dająca pensyi stałej 250 rs. na rok. Oprócz tego w okolicy praktyka liczna i bardzo korzystna, życzący zająć pomienioną posadę zechcą zgłosić się po bliższą informacją do Apteki W-go KUCHARZEWSKIEGO, Senatorska Nr. 11.

 Do tego Nru dołącza się bezpłatny **Dodatek**, z 4-ch stronice z 2-ma drzeworytami, zawierający ciąg dalszy pracy d-ra St. MARKIEWICZA, p. n. A s s e n i z a c y j a m i a s t.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. ROGOWICZ.

Biurow Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 57.