

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			

TREŚĆ: Spostrzeżenia ze szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie. Zwężenie żołądka i poprzecznicy. Opisał dr. T. DUNIN. (dok.)—Rozprawy. O sztucznym żywieniu noworodków i niemowląt. Podał dr. J. SZNABL. dok.—Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. Przyczynki do operacji nowego leczenia wola, przez prof. BILLROTH'A. Sprawozdanie d-ra E. MODRZEJEWSKIEGO.—Odcinek. PETERSEN'A. Rozwój historyczny terapii lekarskiej. Podał dr. G. FRITSCHE.—Streszczenia i wyciągi. O zastosowaniu mikrofonu do celów chirurgiczno-rozpoznawczych.—Przypadek stłuszczenia sklepienia czaszkowego z wylaniem się płynu mózgowo-rdzeniowego pod części miękkie głowy. Listy otwarte do Redaktora. Jeszcze co do zagadnienia: na czem polega klarowanie mętnej wody aluinem? d-ra SZOKALSKIEGO—Ogłoszenia.

SPOSTRZEŻENIA ze SZPITALA DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

Zwężenie żołądka i poprzecznicy (*colon transversum*).

Opisał dr. Teodor Dunin, Assystent kliniki terapeutycznej.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 37).

Pozostaje nam obecnie jeszcze rozpatrzenie sposobu powstawania i objawów zwężenia w danym razie.

Pierwotnej przyczyny zmian w żołądka i poprzecznicy szukać należy w pęcherzyku żółciowym. Ten ostatni, jak to z badania pośmiertnego widać, był zanikły, zawierał parę małych kamyczków żółciowych, ścianki zaś jego zamienione były w bliznowatą tkankę, w której znikły wszystkie prawidłowe składowe warstwy pęcherzyka. Jednym słowem mieliśmy do czynienia z tą sprawą, którą CHARCOT¹⁾ nazywa „*Cholecystite scléreuse*”, a której punktem wyjścia były kamienie żółciowe. W dalszym ciągu sprawa zapalna, nie ograniczając się na ściankach pęcherzyka żółciowego, przeszła na otrzewnię sąsiednich części i spowodowała ich przyrośnięcie do dolnej powierzchni wątroby. Takie przyrośnięcie pęcherzyka do sąsiednich jelit nie ma w sobie zresztą nic szczególnego i zdarza się przy opisanem bliznowatym zwyrodnieniu ścian jego, a jeszcze nierównie częściej przy owrzodzeniach i wytwarzaniu się przetok żółciowych. Osobliwość jednak naszego przypadku polega na miejscu zróżnienia i na jego następstwach. Pęcherzyk żółciowy w prawidłowych warunkach leży na prawo od linii środkowej wątroby i styka się z górnym końcem drugiej części dwunastnicy i z poprzecznicą w pobliżu jej zagięcia (*flexura hepatica*). Ztąd też przyrośnięcia i przetoki pęcherzyka żółciowego najczęściej otwierają się do

¹⁾ *Leçons sur les maladies du foie et des reins. 1877 str. 187.*

dwunastnicy, a potem do poprzecznicy. Zdarza się jednak czasami, że pęcherzyk żółciowy leży więcej na lewo tak, że przytyka do początku dwunastnicy, a nawet do odźwierniczej części żołądka. Jeżeli wtedy zdarzy się przyrośnięcie i przedziurawienie, to następuje przetoka pęcherzyko-żołądkowa, rzecz, jak powiada CHARCOT ¹⁾ niezmiernie rzadka, tak że jej MURCHISON zaledwie 11 naliczył przypadków. Takie właśnie położenie pęcherzyka żółciowego istnieć musiało i w naszym przypadku i dla tego przyrośnięta była do jego dna odźwiernicza część żołądka i środek poprzecznicy.

Jeżeli, jak to wyżej mówiliśmy, przyrośnięcie pęcherzyka żółciowego do sąsiednich jelit, w następstwie zapalenia ścian jego, wydarza się dość często i zaznaczane bywa przez rozmaitych autorów (BAMBERGER ²⁾ KLEBS) ³⁾, to natomiast nigdzie nie mogłem znaleźć, aby toż przyrośnięcie spowodować miało zwężenie światła jelit. Nie wspomina o tem ani ROKITANSKY ⁴⁾, ani BAMBERGER, ani HENOCI, przy wyliczaniu przyczyn zwężenia jelit, nie mówi wreszcie nie o tem i CHARCOT, opisując zmiany, jakie kamienie żółciowe sprowadzają w przewodzie pokarmowym (zagłoba, owrzodzenia i przedziurawienia jelit i t. d.). Jeden tylko LEICHTENSTERN ⁵⁾ bardzo pobieżnie wspomina, że zapalenie otrzewni może przejść z dolnej powłoki wątroby na zagięcie poprzecznicy (*colon*) i jej zwężenie sprowadzić. I te jednak przypadki, choć tu pierwotnym punktem wyjścia nie jest pęcherzyk żółciowy, także częste być nie muszą, albowiem KLEBS, wyliczając następstwa takiego rozszerzenia się zapalenia otrzewni z wątroby, wspomina jedynie o ucisku i zwężeniu przewodu żółciowego, żyły wrotnej i głównej dolnej, nie wspominając nie o jelitach. Ta rzadkość zwężenia jelit, przy zapaleniu pęcherzyka żółciowego lub dolnej powłoki wątroby, zależy prawdopodobnie od tego, że dla jego wywołania nie wystarcza samo zrośnięcie odpowiednich części, ale potrzeba jeszcze, aby zapalenie rozszerzyło się w kształcie pierścienia na około jelita; dopiero wtedy wytworzona tkanka bliznowata, kureząc się zaciska światło jelit (*constringende Peritonitis*). Tego rodzaju zaciesniające zapalenie otrzewni wydarza się czasami przy owrzodzeniach błony śluzowej jelit, lub w razach długotrwałego nagromadzenia kału, który drażniąc ścianki jelit, sprowadza zapalenie wszystkich warstw lub tylko otrzewni; w ogóle jednak do rzadkich należy przypadków i mało uwzględniane bywa przez autora ⁶⁾. Pomijając nawet ten szczególny rodzaj zwężenia, jaki istniał w naszym przypadku, to i tak zapalenia otrzewni w ogóle rzadko bywają przyczyną rzeczywistego zwężenia, dając natomiast często początek rozmaitego rodzaju taśmom i błonom, które sprowadzić mogą nie już zwężenie ale za-

¹⁾ l. c. str. 192.

²⁾ *Krankheiten des chylopoëtischen Systems*. 1864. str. 570.

³⁾ *Handbuch der pathologischen Anatomie* (w rosyjskim przekładzie str. 343).

⁴⁾ *Lerbuch der pathologischen Anatomie*. 1861 str. 185.

⁵⁾ w ZIEMSEN'A, *Handb. der spec. Path. u. Ther.*, T. VII. C. II. str. 519.

⁶⁾ Patrz, LEICHTENSTERN, l. c. str. 518.

cisnienie lub zgięcie (*Knickung*) jelit. Również i zdarzyć się mogące zwężenie w skutek tak nazwanego przez MÉNIÉR'A i KLEBS'A ¹⁾ „*peritonitis deformans*” polega na zmianach w błonie otrzewnej nie jelit, ale krezki i nie jest zwężeniem w ścisłym tego słowa znaczeniu. Dla tego też BAMBERGER ²⁾ wprost przeczy, aby zapalenie otrzewni mogło być przyczyną zwężenia światła jelit i powiada że nawet w tych przypadkach, w których jelita zlepione są w jedną masę, tak że ich przebiegu wysledzić nie można, nawet w tych przypadkach krążenie kału nie natrafia na żadne ważniejsze przeszkody. Że w słowach tych jest nieco prawdy, o tem przekonać się możemy z najnowszej statystyki COUPLAND'A i MORISS'A, przedstawionej w roku zeszłym na zjeździe Brytańskiego Towarzystwa lekarskiego: znaleźli oni mianowicie, że w 63 przypadkach rzeczywistego zwężenia, 38 było następstwem raka, w 15 przypadkach zwężenie było w kształcie pierścienia i zależało od zagojonych owrzodzeń, w 4-eh znaleziono zwężenie i owrzodzenie razem, w 2-eh zwężenie skutkiem zagojenia wrzodów przymiotowych, w 1 wrzodu gruźliczego, a w 2-eh z niewiadomych przyczyn. Jak widzimy, o zwężeniach skutkiem zapalenia otrzewni powstałych nie ma tu mowy, pomimo że zapalenie to tak często się przytrafia.

Jeżeli teraz pozostawimy na stronie rzecz o przyczynach zwężeń jelit i zajmijemy się rozpatrzeniem ich samych, jako już istniejących, to przekonamy się, że siedlisko zwężenia zażwyczaj zupełnie odmienne bywa, aniżeli w naszym przypadku miało miejsce. Wszysey mianowicie zgadzają się na to, że najczęstszem siedliskiem zwężenia bywa jelito proste i zgięte, z powodu że w dwóch tych oddziałach sadowią się zwykle dwie najczęstsze przyczyny zwężenia, t. j. rak i owrzodzenia błonkowe (dysenteryczne). Na drugim planie stoją zwężenia obydwóch zgięć poprzecznicy (*flexurae*), gdy tymczasem zwężenia jelita ślepego i jelit cienkich do nadzwyczaj rzadkich należą przypadków. Z przytoczonej już wyżej statystyki COUPLAND'A i MORISS'A widać, że na 63 przypadków zwężeń jelit w ogóle, 58 razy istniało ono w grubych (45 w jelicie prostem i zagiętem, 9 w poprzecznicy, 3 w okrężnicy zstępującej, a 1 w jelicie ślepem), a tylko 5 w jelitach cienkich. Podobneż cyfry podaje i BRINTON, według którego na 47 przypadków zwężeń tylko 2 istniały w jelitach cienkich. Co się tyczy tych ostatnich, to w 5 przypadkach, znalezionych przez COUPLAND'A i MORISS'A, 4 razy zwężenie to miało miejsce w jelicie biodrowem (*intestinum ileum*), a tylko raz jeden w jelicie czczem (*intestinum jejunum*), czyli innemi słowy zwężenie tem rzadziej się przytrafia, im wyżej w górę przewodu pokarmowego posuwać się będziemy, tak, że o zwężeniach dwunastnicy w statystyce COUPLAND'A i MORISS'A, a także BRINTON'A nie ma zupełnie mowy. Natomiast zwężenia odzwierniczej części żołądka, (właściwie mówiąc w naszym przypadku zwężenie usadowione było nie w odzwier-

¹⁾ Patrz BAUER w *Handb. der spec. Path. u. Ther.* ZIEMSEN'A. T. VIII. C. 2.

²⁾ *l. c.* str. 632.

niezłej części żołądka, ale w miejscu jego przejścia w dwunastnicę), wydarzają się dość często, ale zawdzięczają swoje pochodzenie jedynie rakowi lub zagnojonym wrzodom. BAMBERGER, który zwężeniom odźwiernika osobny poświęca rozdział, prócz dwóch wymierzonych wylicza jeszcze rozrost warstwy mięsnej polipy, i ucisk od zewnątrz, nie wspominając nie o zapaleniu otrzewni, toż samo słowo w słowo powtarza HENOCZ i LEUBE, z czego wnosić należy, że jeżeli zapalenie otrzewni bywa niekiedy przyczyną zwężenia jelit, to natomiast w żołądku tych następstw zdaje się, że nigdy nie wywołuje.

Wracając jednak do naszego przypadku, zauważyć należy, że prócz niezwykłości siedliska i przyczyny zwężenia, zasługuje na wspomnienie jeszcze rozszerzenie jelit, leżących pomiędzy dwoma zwężeniami punktami i przerost ich ścianek. Rozszerzenie to i przerost błony mięsnej, które tłumaczyć sobie należy nagromadzeniem zawartości i pracą niezbędną dla zwalczenia przeszkody, zdarza się w wielu przypadkach zwężenia; w danym jednak razie budzi szczególny interes z tego powodu, że może być wskazówką, w jaki sposób rozszerzała się sprawa zapalna i postępowało zwężenie. Gdyby mianowicie zwężenie żołądka było wczesniejsze, aniżeli także zmiana poprzecznicę, w takim razie jelita byłyby niezbędnie ściągnięte i ścianki ich zcienzale, jak to mamy we wszystkich czystych i niepowikłanych przypadkach zwężenia odźwiernika; jeżeliby teraz do istniejącego już zwężenia odźwiernika przyłączyło się zwężenie poprzecznicę, to rzecz prosta, zcienzale i zanikłe ścianki nie mogły już uleść przerostowi, ani światło jelit rozszerzeniu, boby zawartości tylko niewiele z żołądka przechodziło. Należy więc przypuścić, że zapalenie otrzewni przeszło z pęcherzyka żółciowego najpierw na poprzecznicę, a z tej dopiero dosięgło żołądka i wywołało jego zwężenie, co tem bardziej jest prawdopodobne, że poprzecznicę w bliższym znajduje się stosunku z żołądkiem, aniżeli pęcherzyk żółciowy.

Kliniczne objawy zaciemnione były w danym razie przez to, że mieliśmy do czynienia z dwoma zwężeniami, położonemi na dwóch przeciwnych końcach przewodu pokarmowego, skutkiem czego ich następstwa do pewnego stopnia się znosiły. Mam tu na myśli głównie postać brzucha, który nie był ani zapadły, jak tego przy zwężeniu żołądka oczekiwacoby należało, ani wzdęty jak to z a w s z e przy zwężeniach jelit bywa. Ostatnia ta okoliczność, t. j. brak wzdęcia i naprężenia ścian brzucha, szczególnie utrudniała rozpoznanie i odwróciła naszą uwagę od możliwości istnienia zwężenia jelit, tem bardziej że objawy zwężenia żołądka wyraźnie na pierwszy plan występowały, całą na się zwracały bacność. W obec takich warunków pomyłka w rozpoznaniu choroby, zdaje mi się że jest usprawiedliwiona, wzdęcie bowiem brzucha jest jedynym, niezbędnym i zawsze istniejącym objawem przy zwężeniu jelit. Drugi objaw, — istniejący i w danym razie, — t. j. widoczne, przez powłoki brzucha, ruchy i zarysy jelit, chociaż nie jest niewątpliwą oznaką zwężenia, jak tego chciał BAMBERGER (który na niego pierwszy baczną zwrócił uwagę), jest jednak w każdym razie cennym objawem i jeżeli się stale powtarza, to może być uważany za dowód przeszkód, istniejących w przewodzie pokarmowym.

Natomiast wydające się w podobny sposób ruchy żołądka są prawie niewątpliwym dowodem zwężenia części odźwierniczej; jakoż kilka razy sam miałem sposobność przekonania się, że ilekroć objaw ten istniał za życia, tyle razy po śmierci znajdowano znaczne zwężenie odźwiernika. Ponieważ zaś zwężenie żołądka bywa prawie wyłącznie następstwem raka, objaw ten więc w razie wątpliwości przy braku guza, może stanowczo przechylić rozpoznanie na stronę raka. Takie zaś wyjątki z jakim w danym spotkaliśmy się razie, zawsze do nadzwyczaj rzadkich należeć będą.

O sztucznem żywieniu noworodków i niemowląt.

Podał dr. J. Sznabl.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 22, 23, 24, 27—32, 34—37).

BOUCHAUD'A prawo żywienia. Na zasadzie podanych liczb wzrastania, BOUCHAUD wskazał, jak należy w każdym pojedynczym przypadku przeprowadzać sztuczne żywienie. Ażeby dziecko wążące $3\frac{1}{4}$ kilogramy doszło w końcu 1 roku życia do 9-u kilogramów to takowe musi pić:

w 1 dniu życia,	10 razy,	po 3	grammy	mleka	za	każdym	razem.
" 2 "	" "	" "	15	"	"	"	"
" 3 "	" "	" "	40	"	"	"	"
" 4 "	" "	" "	55	"	"	"	"

Z tego wypada że w pierwszych dniach należy najmniej co 2 godziny dziecko do piersi przystawiać (wyjąwszy kilku godzin nocnego spokoju), ponieważ trzeba powetować stratę na wadze powstałą po urodzeniu; począwszy od 3-go tygodnia życia można tylko 9 razy karmić; również w nocy dla wypoczynku matki lub mamki, zmniejszyć częstość karmienia o jedno.

W 1 miesiącu życia	dziecię	pić	przebieg.	9	razy	po 70	gram	mleka,	razem	630	gr.
— 2	—	—	—	7	—	100	—	—	700	—	
— 3	—	—	—	7	—	120	—	—	850	—	
— 4	—	—	—	7	—	140	—	—	950	—	
— 5	—	—	—	7	—	140	—	—	950	—	
— 6	—	—	—	7	—	140	—	—	950	—	
— 7	—	—	—	6	—	160	—	—	950	—	
— 8	—	—	—	6	—	160	—	—	950	—	
— 9	—	—	—	6	—	160	—	—	950	—	

(BOUCHAUD'A tablica żywienia).

Z postępującym wiekiem dziecka, z powodu powiększającej się stopniowo pojemności żołądka, bez narażenia dziecka na niebezpieczeństwo można je karmić rzadziej, a za to dłużej za każdym razem.

Przy żywieniu sztucznem, dziecię powinno pić.

w 1 miesiącu życia	10	razy	po 4	łyżki	stołowe	(= 2 unc. = 60 gram.)	mleka	krow.
w 2	—	7	—	6	—	—	—	—
w 3	—	7	—	8	—	—	—	—
w 4—12 mies.	—	7	—	10	—	—	—	—

Jeżeli wypadki te otrzymane na drodze indukcyjnej porównamy z liczbami które otrzymujemy w rzeczywistości, poznamy że takowe zaledwie się różnią. Dr. KRÜGER w najnowszych czasach czynił doświadczenia i pokazał że z wyjątkiem tylko 1-go dnia życia, liczba pojedynczych ssań i summa pokarmu przyjętego codziennie prawie zupełnie się zgadzała z tablicą BOUCHAUD'A.

Liczby podane przez KRÜGER'A są następujące:

W 1 dniu nie przyjmuje wcale pokarmu 44% dzieci pierwiastek i 10% kobiet mnogorodzących.

w 2 dniu	6×16	=	96	gramm.
" 3	" 8×24	=	192	"
" 4	" 8×30	=	240	"
" 5	" 8×45	=	360	"
" 6	" 9×49	=	441	"
" 1 miesiącu	$9 \times 78,6$	=	705	"

Wraz z przerywaniem się zębów (w 6 miesiącu) ustrójdziecka, czy to przy karmieniu naturalnem, czy sztucznem, wymaga (jak to pokazują ważenia) a żeby do mleka dodawać pożywienie sztuczne, jak rosół lub innyjaki surrogat. Dzieci karmione wyłącznie mlekiem aż po za 12 miesiąc życia, nie rozwijają się prawidłowo, chociażby na pozór nie dało się to dostatecznie ocenić; w niektórych razach krzywica wyraźnie wskazuje niedostateczne odżywianie. Tylko takie żywienie dziecka można uważać za dostateczne i prawidłowe, przy którym dzieci przybierają na wadze w sposób wiekowi swemu odpowiedni; prawda ta przez wielu uznana i w najnowszych czasach poparta liczbami przez CNOPE'A, jest tryumfem wagi.

Znaki przemawiające za dobrem odżywianiem dziecka są następujące:

Dziecko dobrze rozwinięte powinno posiadać odpowiedni ciężar ciała ($3\frac{1}{2}$ kilogramy), ssać silnie nie śpiąc przy ssaniu, podczas pierwszych 5 miesięcy życia codziennie przybierać na wadze po 25 gramm., a w dalszych miesiącach po 15 gramm. tak że w końcu piątego miesiąca życia powinno ważyć dwa razy tyle, ile ważyło z początku, a w 16 miesiącu życia cztery razy tyle, ile ważyło pierwotnie.

Po każdym przyjęciu pożywienia powinno ważyć o 80—100 gramm. ($2\frac{1}{2}$ uncyi) więcej aniżeli przedtem, w razie jeżeli pokarm jest odpowiedni; przybytek mniejszy od 50 gramm. wskazuje niedostateczne żywienie i jeżeli dziecie jednocześnie cierpi na biegunkę, waga ciała przez czas dłuższy pozostaje na jednej wysokości lub nawet się zmniejsza, wtedy zmiana pożywienia jest konieczną; z tego widzimy jak ważnemi są ważenia niemowląt w pierwszych okresach ich życia, nieomylnemi bowiem znakami są tylko liczby wyrażające wagę ciała.

Prof. dr. R. DEMME ¹⁾ podaje, że silne ssawcy w wieku od 1 do 4

¹⁾ 13 Jahresbericht der Jennes'schen Kinderspit. in Bern.

miesiący, przyjęte do szpitala i zaraz odstawione od piersi, traciły na wadze w pierwszych trzech do pięciu dniach, dziennie od 25—75 gramm.; ta strata na wadze następnie codziennie się zmniejszała o 10 do 15 gramm. i w końcu przez kilka dni waga ciała pozostawała stałą, poczem dopiero coraz bardziej lecz w małej mierze się powiększała, odpowiednio do sztucznego żywienia. Najlepiej dzieci wznastały jeżeli były żywione dobrem m l e k i e m k r o w i e m; w ciągu 2—3 dni codzienna strata na wadze zmniejszała się z 50 gramm. na 0 i taką pozostawała przez 2—3 dni, a następnie u dzieci 3 do 6 miesięcznych codzienny przybytek na wadze wynosił 15 do 30 gramm.

Jeżeli dzieci żywione m l e k i e m z g ę s z c z o n e m (*anglo-swiss condensed milk*) strata na wadze po odstawieniu od piersi trwała dłużej: od 5 do 7 dni i następne przybieranie na wadze wynosiło codziennie tylko 5 do 10 gramm.

Pomyślniejszem było żywienie zgęszczonemi wytworami mleka d-ra GERBER'A (*condensirte Milch-präparate von dr. GERBER in Thun*) składającemi się ze zgęszczonego mleka i mączki dziecięcej, dzieci bowiem przybierały na wadze codziennie od 12 do 18 gramm.

Dzieci w wieku od 3 do 12 tygodni życia, lepiej i jednostajniej przybierały na wadze przy w y ł ą c z n e m k a r m i e n i u m l e k i e m k o b i e c e m l u b k r o w i e m; od 12-go z a s t y g o d n i a z y c i a p r z y b y t e k n a w a d z e c i a ł a b y ł w i ę k s z y j e ż e l i o b o k m l e k a m a t e z y n e g o l u b k r o w i e g o d a w a n o p o ż y w i e n i e s z t u c z n e; i tak np. u 4 dzieci mających od 4 do 6 miesięcy życia, żywionych m l e k i e m k r o w i e m i 2 r a z y d z i e n n i e p a p k ą NESTLE'GO, codzienny przybytek na wadze był następujący:

w 4 miesiącu życia 20 — 35 — 45 gramm.

w 5 — 18 do 20 gramm.

w 6 — 15 do 18 „

Przy w y ł ą c z n e m z a s z y w i e n i u m ą c z k ą NESTLE'GO przybytek codzienny na wadze wynosił tylko od 10 do 18 gramm.

W y p a d k i w ą z e Ń w c h o r o b a c h o s t r y c h (DEMME). Dziecko 3-miesięczne cierpiące na *Cholera inf.* i ważące 3750 gramm., po trzech dniach choroby (8—12 obfitych wypróżnień w ciągu 24 godzin) straciło na wadze 1250 gramm.; inne 4 miesięczne dziecko straciło w podobnych okolicznościach 1770 gramm.; waga tego ostatniego przestawała się zmniejszać gdy z a m i a s t m l e k a k r o w i e g o p o c z ę t o d a w a c r o s ó ł, a gdy następnie dawano w o d ę z b i a ł k i e m, z m i ę s z a n ą z k o n i a k i e m, waga ciała zaczęła się codziennie powiększać o 5 do 10 gramm.

Woda białkowa z koniakiem dodaje się także do mleka (na 5 do 6 białek przypada $1\frac{1}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ litra mleka); jest ona według DEMME'GO znakomitym środkiem pożywnym dla dzieci wyniszczonych tak młodszych jak i starszych.

Z u p a LIEBIG'A i w y c i ą g LIEBIG-LÖFFLUND'A (ekstrakt do zupy

LEBIGA) m. w. tak samo żywily jak mleko krowie samo lub zmieszane z pokarmem sztucznym; niekiedy zupa LIEBIG'A bardzo szybko powstrzymywała stratę na wadze, wynikłą przyżywieniu czystem mlekiem krowiem.

Podczas znacznego ślinotoku, codzienna strata na wadze ma wynosić 25 do 75 gram. Bardzo wysoka ciepłota ciała (39,1—40° C) pomimo odpowiedniego postępowania hydroterapeutycznego i stosownego dowozu pokarmu, powoduje codzienny ubytek na wadze 25 do 100 gramm; w jednym przypadku, podawana podczas durzycy u dziecka woda białkowa (z 5 do 8 jajek na dzień) zamieniła poprzedni ubytek codzienny na wadze wynoszący 15 do 20 gramm. na codzienny następnie przybytek 5 do 10 grammów.

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

Przyczynki do operacyjnego leczenia wola

przez prof. BILLROTH'A ¹⁾.

Sprawozdanie E. Modrzejewskiego.

W końcu roku zeszłego, na posiedzeniu wydziału wiedeńskiego zjednoczonych lekarzy niższej Austrii, prof. BILLROTH wygłosił odczyt o operacyjnem leczeniu wola (*struma*), cierpienia rozpowszechnionego bardzo w Szwajcaryi, Austrii a poczęści i u nas. Oddawna istniało mniemanie że w leczeniu wola mało jest do zrobienia w ogólności, a na drodze operacyjnej w szczególności. Dopiero za przybyciem swoim w r. 1860 do Zürichu zaczął prof. BILLROTH próbować różnych sposobów leczniczych u cierpiących na wole, przechodząc stopniowo od najprostszych do coraz bardziej złożonych.

Autor rozbiera najpierw wstrzykiwania miąższowe. Stosowanie w wymienionem cierpieniu przetworów jodowych, tak zewnątrz (wcierania) jak i wewnątrz, było dawno już w użyciu. Ma ono jednak pewne znaczenie tylko przy początkowaniu rozwoju wola i u młodych osób.

Rzeczywisty jednak postęp w tym kierunku dokonany został dopiero wtedy, gdy zastosowano wstrzykiwania nalewki jodowej w miąższ powiększonego gruczolu. Najwięcej sposób ten uprawiali: SCHWALBE, LÜCKE i DEMME. Przy użyciu tego sposobu nie ma obawy o zatrucie jodem lub też o silniejszy odczyn miejscowy, któryby chorego naraził na niebezpieczeństwo. Zachodzi tu jednak inne ważne pytanie, na które trzeba zwracać baczną uwagę przy stosowaniu tego sposobu t. j. jak długo można u chorego jod wstrzykiwać? Czy nie należy miarkować dawek? Aby na to odpowiedzieć rozpatruje następnie autor różne rodzaje wola.

Spotykają się najpierw przerosty całego gruczolu tarczowego i te przypadki najbardziej się nadają do wstrzykiwan nalewki jodowej.

Dalej spotykają się w powiększonym gruczole oddzielne guzy które mogą być dwojakie. Po większej części są to przerosty oddzielnych zrązków gruczolu, w innych przypadkach są to torbiele (*cystides*) wypełnione z początku śluzową, a następnie więcej wodnistą lub krwistą cieczą. Naj-

¹⁾ *Erfahrungen über die operative Behandlung des Kropfes.* „Wiener med. Presse”. Nr. 47 i 48. — 1877.

ważniejszym przy torbielach wola jest to, że błona torbieli przyjmuje charakter błony wydzielającej. Zdarzają się też inne rodzaje torbieli t. j. powstające przez rozmięczenie mięszu gruczolę. Ważnym jest kierunek w którym się wole rozwija. Wole może dochodzić znacznej wielkości i być nieszkodliwym np. wole wiszące (*struma pendulosa*). Takie wole wiszą wraz ze skórą, może być zarzucone na ramię i nie wywołuje nigdy zaduszenia. Jeżeli zaś wole rozrasta się ku dołowi, to może być bardzo małe a wywołać objawy zaduszenia; toż samo ma miejsce jeżeli wchodzi ono między tchawicę i przełyk.

Przemiany jakie w wolech mogą się odbywać są rozmaite. Może się zdarzyć krwotok i skutkiem tego następuje szybkie powiększanie się guza; może nastąpić rozmięczenie mięszu i skutkiem tego chelbotanie (*fluctuatio*); rozpad wewnętrzny całego wola. Zbliżnienie się środkowe, lub też zwapnienie. Za-trzyknięcie nalewki jodowej wywiera swoje działanie tylko wtedy, gdy jest dokonaniem na wolu żyjącem. W miejscu zastrzyknięcia następuje rozpad komórek i zbliżnianie się wewnętrzne, przez co wole się zmniejsza. Co do oddziaływania po zastrzyknięciu nalewki jodowej, takowe u jednych chorych jest żadne, u innych następuje po zastrzyknięciu znaczne nabrzmienie twarzy, nosa, nawet uszów i gorączka. Autor używa zwykle do zastrzykiwania zupełnie czystej (nierozcieńczonej) nalewki jodowej, zastrzykując z początku pół strzykawkę PRAVAZA. B. utrzymuje że zastrzykiwania bez rozcieńczenia wywołują zwykle daleko słabsze oddziaływanie. Po pierwszym zastrzyknięciu wyczekuje się zwykle 5—6 dni, spoglądając jakie jest oddziaływanie. Przecięciowo można następnie dwa razy tygodniowo wstrzykiwać całą strzykawkę, trzeba jednak natychmiast zaprzestać wstrzykiwań, gdy chorzy zaczynają chudnąć. Autor przytacza opis chorej która po 9-ciu zastrzyknięciami tak znacznie wychudła, że dopiero w pół roku do sił wróciła.

Trzeba także być ostrożnym z użyciem jodu u wątłych dziewcząt, gdyż nieraz po zastrzykiwaniach występują krwotoki płucne. Są to jednak przypadki rzadkie i zwykle nie następuje żadne oddziaływanie, a wpływ lekarstwa na wole jest tak widoczny, że nawet w przypadkach występujących już zaduszenia (*suffocatio*) takowe po zastrzykiwaniach ustępuje, jak to miało miejsce u dwóch chorych leczonych przez autora. Sposób więc ten może być używany z korzyścią przez lekarzy praktycznych przy poczynającym się wolu. Manipulacja zastrzyknięcia jest bardzo prosta. Po wbiciu igły w wole, należy szybko wstrzykiwać. U jednych po zastrzyknięciu występują bóle w zuchwie, twarzy, szczęce, co trwa od 5 do 10 minut, u innych nie ma żadnego oddziaływania. Leczenie następne nie jest potrzebne, co najwięcej chory po zastrzyknięciu powinien parę godzin pozostać w domu i jeżeli bóle wystąpią robić zimne okłady. Zastrzykiwaniem nie osiągamy jednak stałego i zupełnego wyleczenia, gdyż tylko te części ulegają wchłonięciu i ściągnięciu się, na które jod działa bezpośrednio.

Co do leczenia wola torbielowato zwyrodnienego, to w 52-eh przypadkach autor używał różnych sposobów. W dwóch przypadkach zastosował proste przekłócie. Skutek jednak był niepomysłny, gdyż wystąpiło krwawienie i silne zapalenie, tak że w jednym przypadku zmuszony był wole rozciąć, w drugim wyluszczyć. B. przekonał się nadto że przekłócie z następnym zastrzyknięciem nalewki jodowej jest daleko mniej szkodliwe niż samo przekłócie. W 35 przypadkach autor dokonał przekłócia i zastrzyknięcia podług sposobu DEMME'GO (ejea), który jednak nie we wszystkich przypadkach daje się zastosować, a mianowicie jest przeciwwskazany w tych, w których ścianki torbieli są twarde. Na

35 przypadków było: 29 wyleczeń, 6 przypadków niewyleczonych. Po przekłóciu, zawartość torbieli musi wypłynąć i ścianki jej opaść. Pozem wstrzykuje się pół uncyi (blisko 18 gram) *linct. jodii fortior.* (wyrób farmakopei angielskiej zawierający dwa razy tylko jodu co nasza nalewka, zawiera on 5 jodu na 40) i plyn wstrzyknięty pozostawia się w torbieli. Chory następnie pozostaje w łóżku i nakłada mu się opatrunek kleinowy DEMME'GO. Opatrunek ten polega na tem, że nakłada się na szyję dachówkowato paski płócienne, szerokości dwóch palców i tak długie aby sięgały od jednego wyrostka poprzecznego kręgu szyjowego do drugiego. Paski te smaruje się następnie kleiną (*colodium*) która ściągá dosć mocno i przeskadza rozwinięciu się nabrzmienia. Opatrunek taki pozostawia się aż dopóki sam nieodpadnie, co następuje zwykle dnia trzeciego. Objawy które u chorych zaraz pierwszego dnia występują są dosć gwałtowne. Tworzą się wewnątrz gazy będące prawdopodobnie parami wysoku lub eteru. Po 8 lub 10 dniach gazy te ulegają wchłonięciu i wole się zmniejsza. To zmniejszanie się może trwać i rok cały, a niekiedy nie następuje ulczenie, zwłaszcza jeżeli ścianki guza są twarde. B. stracił jednego tylko chorego tym sposobem lezonego, zejście jednak śmiertelne nie było prawdopodobnie spowodowane wstrzykiwaniami, gdyż śmierć nastąpiła skutkiem zaduszenia.

Inny sposób leczenia stanowi rozcięcie z następowem drenowaniem, które B. zastosował na wolu uległem rozmiękczeniu: wynik leczenia był pomyślny.

Jeszcze inny sposób leczenia, dosć często dawniej używany, polega na rozcięciu i przyszyciu ścian torbieli do brzegów skóry. Sposób ten daje się z korzyścią zastosować jeżeli ścianki torbieli są twarde i przeskadzają ściągając się guza.

Autor odrzuca stanowczo inne sposoby leczenia jak: wstrzykiwania wysoku, co powoduje fermentacyją octową i szybki rozpad wola; dalej wbijanie trójgrana i poruszanie takowym wewnątrz wola, aby wywołać zapalenie; przyżegania zapomocą ciastka z chlorku cynku; przeprowadzanie z włókni przez wole. Co się tyczy guzów więcej twardych, to takowe powinny być wyluszczone (*extirpatio*). BILLROTH dokonał 37 wyluszczeń wola i otrzymał 24 wyleczeń. Statystyka ta będzie jednak o wiele lepszą, jeżeli wyłączymy z niej te przypadki operowane, w których występowały już objawy zaduszenia.

Wyluszczenie może być bardzo łatwe lub też niesłychanie utrudnione. Trudnem będzie zwłaszcza jeżeli przy rozwiniętym wolu występują objawy zaduszenia, co wskazuje nieprawidłowy stan tchawicy. Zaduszenie występuje zwłaszcza wtedy, gdy guz wklina się w tchawicę, lub też wole wstępuje w otwór górny klatki piersiowej i tchawicę uciska, opierając się o pierwsze żebro. Wyluszczenie wola autor wykonywa w sposób następujący: rozciąwszy skórę odsuwa tkanki otaczając powiększony gruczoł i przewiązawszy żyły i tętnice wchodzące w gruczoł, wyluszcza takowy. Po operacyi, zwłaszcza u chorych którzy cierpieli poprzednio na zaduszenia, łatwo bardzo, skutkiem głębokich wdęchan, do których tacy chorzy są przyzwyczajeni, może nastąpić wciągnięcie krwi i ropy w luźną tkankę łączną przedpiersia. Jeżeli przytem ropa uległa rozkładowi może się rozwinąć złośliwe zapalenie opłucni.

Jeżeli jednak wole jest znacznej objętości, to wyluszczenie nie jest odpowiedniem, jednakże nawet w przypadkach najgorszych wypada takowe stosować koniecznie. Przypadki jednak takie, w których operacyja ma jedynie na celu uratowanie życia chorego, dają wyniki niepomyślne. Objawy zaduszenia nie znikają zwykle po wyluszczeniu guza i trzeba dokonać przecię-

cia tchawicy (*tracheotomia*), chociaż i ta operacyja podług autora nie daje pomyslnego wyniku, jeżeli dokonywa się w okresie zaduszenia (*asphyxia*): Chorzy BILLROTH'A w tych warunkach operowani, wszyscy zmarli. Skutkiem czego śmierć następuje, niewiadomo, lecz zdarza się to i przy dławcu oraz błonicy, że chociaż nie ma błonicowego zapalenia krtani zstępującego (*laryngitis cruposa descendens*) ani zapalenia płuc, dzieci operowane wkrótce umierają.

Z 94 przypadków operowanych przez BILLROTH'A w 18-tu śmierć nastąpiła, a jeżeli weźmiemy na uwagę że w tem jest połowa przypadków zrozpaczonych, to odsetka śmiertelności nie będzie tak wielka. Autor zatem mniema, że operacyja ta ma przyszłość przed sobą, gdyż wiadomem jest jak często niebezpiecznem bywa wole, zwłaszcza środkowe, rosnące ku dołowi i w późniejszym wieku.

ODCINEK.

Rozwój historyczny terapii lekarskiej.

Napisał dr. Jul. PETERSEN.

Podał G. Fritsche.

Homo sum; humani nihil a me alienum puto.

Historyja medycyny w wielkiem jest zaniedbaniu u terażniejszego pokolenia lekarzy. Przy dzisiejszem rozdrabnianiu nauki naszej na niezliczoną ilość specjalności i to w taki sposób, iż każdy lekarz, nie mówiąc już o studyjach historycznych, nie czuje się w obowiązku śledzić postępu tych gałęzi umiętności lekarskiej, które do jego specjalności nie należą, grozi nam niebezpieczeństwo, iż medycyna jako nauka istnieć przestanie i zamieni się na sztukę leczenia. Dziwić się po części nie można, że każdego lekarza praktykującego więcej obchodzi jakiś nowy sposób rozpoznawczy lub nowy środek lekarski, aniżeli teoryja PARACELSA lub historyja odkrycia krążenia krwi, ale z takiego sposobu postępowania wynikają pewne ujemne strony, których starannie unikać należy. Stajemy się mistrzami w laryngoskopowaniu, oftalmoskopowaniu, w wycinaniu jajników lub krtani, co zresztą wielką korzyść przynosi chorym naszym, ale zamykając się w takim nieco ciasnem kole, stajemy się zbyt jednostronnymi, a nie umiejac zapanować nad całym obszarem umiętności lekarskiej i nie mając pojęcia o tem, jakie drogi nauka nasza przebyła nim do dzisiejszego stanu rozwoju doszła, wiedzieć nie możemy jak prowadzić ją należy, żeby coraz więcej ją udoskonalać i coraz to nowe nieznane jej przedtem krainy zdobywać. Oprócz tego, zamykając się zbytecznie w specjalności i ograniczając się na zaznajamianiu się li tylko z ostatnimi wynikami i odkryciami w medycynie, zapominamy nareszcie iż chorych leczyć nam wypada i zamiast chorych mieć na oku, wyłącznie chorobami się zajmujemy.

Powazne studyja historyi medycyny, jeżeli tylko szczerze niemi zająć się zechcemy, równolegle sledzenie postępu wszystkich gałęzi umiętności lekarskiej, przynajmniej w ogólnych zarysach, wreszcie traktowanie medycyny jako nauki dążącej do wyswietlenia prawdy przy pozostawieniu na drugim planie wszelkich ubocznych celów, które w jednej ogólnej myśli dobra ludzkości utonąć muszą i zawsze w swoim miejscu się znajdują, staną się dla nas nitką Ariadny, która nas po licznych manowcach i bezdrożach do wytkniętego doprowadzi celu. Uchroni nas to od wspo-

mnianych wyżej smutnych następstw, nie pozwoli nam zamienić się na rodzaj automatów leczących szematycznie wszystkie choroby podług podanych reguł i stawia naukę naszą na równi z innymi gałęziami wiedzy ludzkiej, na tej wyżynie, jaka jej się z prawa należy.

Tą myślą powodowani, podawać będziemy czytelnikom naszym w streszczeniu ustępy ze znakomicie napisanego dzieła PETERSEN'A, które w tłumaczeniu niemieckim (z duńskiego) nosi tytuł: „*Hauptmomente in der geschichtlichen Entwicklung der medicinischen Therapie*”. Dzieło to rozpada się na dwa główne działy: pierwszy z nich traktuje o dogmatycznych a drugi o empirycznych i empiryczno-racjonalnych kierunkach w medycynie.

I. O dogmatycznych kierunkach w medycynie.

Jako pierwszy początek mistycznego kierunku w medycynie, uważać należy t. zw. teurgiczną sztukę lekarską, zasadzającą się na deistycznym dogmatyzmie i przyjmującą istnienie boskiego wpływu na leczenie chorób.

Pierwsza i zarazem najważniejsza nauka, którą duch ludzki wytworzył, była i być musiała pochodzenia religijnego i spotykamy się z nią u narodów, które na bardzo niskim stopniu rozwoju się znajdowały. Człowiek w stanie natury, któremu wielkie zjawiska przyrody imponowały, któremu się wydawało iż jest ze wszystkich stron otoczony jakimś tajemniczymi siłami, o wiele od niego potężniejszymi, których obawiać się i od których bronić mu się wypada, musiał nareszcie przy pomocy swojej wyobraźni przyjść do tego iż siły te uosabiał. Tym sposobem zaludnił on całą przyrodę takimi istotami i na tej drodze powstała szybko doktryna, która na wszystko gotową odpowiedź i gotowe wyjaśnienie miała. Czysto empiryczna strona, bezpośrednio spostrzeganie, stanowiące podstawę każdej wiedzy, leżało wtedy odlegiem i pochłoniętem zostało przez religijne pojęcia z ich dogmatyczną jasnością i z ich bezpośrednimi praktycznymi następstwami; człowiek stara się wejść w przyjazne stosunki z temi potężnymi istotami, które mu tak szkodę wyrządzą jak i pomoc przynieść są w stanie. Jeżeli choroba go opadła, to złe duchy są temu winne i wytwarza się zaraz jasno plan i tendencyja jego sztuki uzdrowienia: należy postarać się o środki, te potężne duchy przerobić, pogodzić się z nimi, albo przy pomocy innych duchów pokonać ich. Wkrótce jednak przekonany się on, że nie jest to tak łatwa sprawa i wytwarza się przytem niezliczna garstka ludzi, która posiada w tym kierunku pewne talenta i szczęście, są to kapłani. U pierwsiastkowych narodów stan duchowny wchodził w posiadanie wszystkich wiadomości; u niego wyłącznie szuka się rady i pomocy w każdej potrzebie a zatem i w chorobie. Uczeń ci obierają sobie przyrodę jako przedmiot swoich studyjów i zbierają takim sposobem realne, na spostrzeganiu oparte doświadczenia, chociaż właściwie o jakiejś podstawie doświadczalnej mowy być nie mogło, ponieważ wszystko spoczywało na pojęciu o tem iż bóstwo bezpośrednią jest przyczyną wszystkich zjawisk. Poznanie zostaje pochłonięte przez teokratyczną zasadę. Podobny stosunek znajdujemy u większości dzikich ludów obecnie żyjących; nawet pojedyncze szczegóły nadzwyczaj są do siebie podobne, jak to Maury i inni dowiedli. Kapłani pełnią jednocześnie obowiązki proroka, zażegnywacza i lekarza. Amulety rozmaitego kształtu wyrabiane przez kapłanów, stanowiły główny środek, którym zażegnywało się złe duchy i leczyły choroby. U niektórych ludów spotykamy się ze środkami usypiającymi, ale używano ich nie w celu usmierzania bólów, lecz w celu sprowadzenia snu i sennych marzeń, które były na usługach teurgii. Nieraz kapłani biorą na siebie sny i objawiają je swoim klientom.

Spotykamy jednocześnie pewną część dla dusz zmarłych, tak zwaną nekromantją, która i w Europie miała zastosowanie.

Stosunki te znajdujemy jednakowe prawie u wszystkich dawnych ludów. U Chaldejczyków i u Persów wielkiem cieszyła się uznaniem kasta kapłanów zwana Magami, skąd pochodzi wyraz magia i wyrobiła sobie opinię iż posiada liczne wiadomości w rzeczach niedostępnych dla pospólstwa. Religia Zoroastra przedstawia wyraźny dualizm między dobrem a złem, między światłem a ciemnością, skutkiem tego i w Persyi rozwinął się niefortunny antagonizm pomiędzy białą i czarną magią, antagonizm, który się później w Chrześcijaństwie tak jaskrawo zarysował. Pogodne niebo wschodnie zwróciło bardzo wczesnie na siebie uwagę mędrców, ztąd astrologia t. j. nauka o wpływie pojedynczych konstellacyj i gwiazd na losy ziemi, a zwłaszcza na człowieka w stanie zdrowia i choroby stanowi główną podstawę wschodniej magii, która później u narodów zachodnich takiego wielkiego doznała się znaczenia. W lekarskiej astrologii jednak daje się spostrzegać pewną tendencyją do jakiegoś nieokreślonego panteizmu, przez co różni się ona od teurgii, w seisielem słowa tego znaczeniu t. j. od tej teurgii, która się zasadzała na wpływie pojedynczych nadnaturalnych istot. W ogóle praktyczny kierunek astrologii, która przeważnie się obracała w jakimś fatalistycznym darze przepowiadania, nie mogła mieć żadnego wpływu na rozwój medycyny teurgicznej.

Teurgia nabrała wielkiego praktycznego znaczenia w Egipcie, gdzie astrologia z prawdziwą alchemią była połączona. Znajdujemy tutaj już bogów, którzy w seisielem są stosunku ze sztuką leczenia, tak np. Hermes, od którego mnóstwo leczniczych przepisów czysto teurgicznej natury wyprowadzają. Przedstawiciele bóstwa, kapłani, zachowywali rozmaite chemiczno-teurgiczne wiadomości w tajemnicy i cieszyli się bardzo wielkiem znaczeniem.

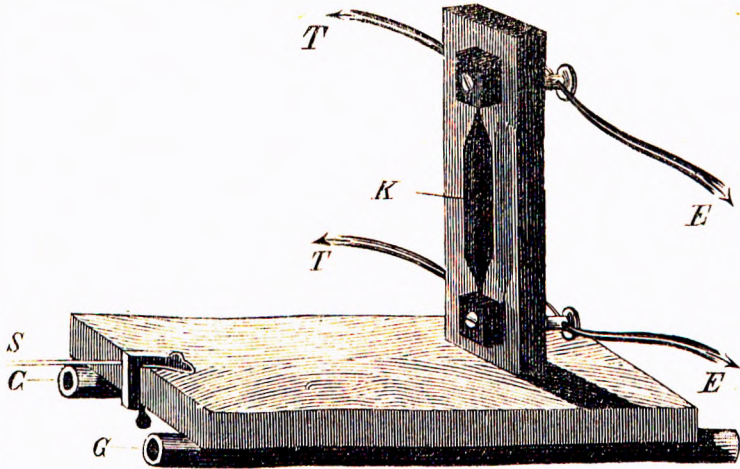
Zwracając się do świetnej ojezyny cywilizacji starożytnej, to i tu widzimy, iż na sławną grecką medycynę kapłańską (*Tempelmedizin*) wschodnia a zwłaszcza egipska teurgia silny wpływ wywarła; tajemnicze jednak obrządki w pięknych gajach świątecznych straciły wiele ciemnych i niemilych stron, połączonych zawsze z teurgicznymi ćwiczeniami, a to głównie pod wpływem wzniosłych monistycznych pojęć zasadniczych.

(d. c. u.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

O zastosowaniu mikrofonu do celów chirurgiczno-rozpoznawczych. Pierwszy THOMPSON¹⁾ podał wiadomość o tem, że można korzystnie użyć mikrofonu przy poszukiwaniu kamienia w pęcherzu moczowym. Obecnie H. MASS, prof. z Freiburga poczynił doświadczenia wskazujące, że mikrofon już to w celach rozpoznawczych już też przy wykładach może znaleźć obszerniejsze zastosowanie. Używany przez niego mikrofon szczególnie dobrze nadaje się do badań chirurgiczno-rozpoznawczych, albowiem we wszystkich kierunkach jest łatwo przesuwalnym i położenie jego dowolnie zmieniać można bez przeszkody w jego działaniu. Takowy mikrofon (jak to widać na załączonym rysunku str. 606) składa się z dwóch deszczulek spojonych z sobą pod kątem prostym, z których mniejsza pionowa na przedkowej swej stronie posiada dwa czworokątne kawaleczki węgla przyłączone doń zapomocą szrubek; między nimi znajduje się trzeci kawaleczek węgla podłużnie stożkowaty (K); ten ostatni jest ruchomy we wszystkich kierunkach na niewielkiej przestrzeni, nie może jednak wypaść z dwóch poprzednich, albowiem wchodzi on swemi końcami w ich płyt-

¹⁾ On the application of the microphone to the operation of sounding for stone in the bladder, „LANCET”, June 8—1878.



Rysunek ten przedstawia prawie rzeczywistą wielkość opisywanego przyrządu, który jest 10,5 ctm. (4 1/2 cala) długi, a 9 ctm. (4 cale) szeroki.

kie zagłębienia. Na tylnej stronie tej deszczulki znajdują się dwie mosiężne oprawy, dla zaczepiania drutów przewodnich (*EE*) idących od jednego lub dwóch niezbyt silnych elementów galwanicznych, i dwa inne przewodnie druty (*TT*) idące do telefonu. Dla uniknięcia wszelkich ubocznych szmerów, przewodniki te z cienkiego drutu z nowożytnego srebra przebiegają w cewkach kauczukowych. Do deszczulki poziomej jest mocno przymocowany zapomocą szruby zgłębnik (*S*). Dla umocowania dłuższego lub cięższego zgłębnika np. do poszukiwania kamienia, trzeba użyć dwóch takich szrub kłanrowych, aby zabezpieczyć się od wszelkich szmerów jakie przez poruszanie się zgłębnika na deszczulce powstawać mogą. Pod deszczulką poziomą znajdują się dwie mocne, o grubych ścianach cewki kauczukowe (*G G*) do tegoż samego celu t. j. do uniknięcia obcych szmerów służące, jakie przy ustawianiu tego przyrządu na stole i t. p. powstaćby mogły. Służą one nadto do ujęcia całego przyrządu gdy go do zgłębnikowania użyć potrzeba; przy ujęciu bowiem wprost za deszczulkę przy jakimkolwiek poruszeniu palców szmery poboczne powstają. Przy takim urządzeniu, mikrofon jest poprostu uzbrojeniem zgłębnika w podobny sposób, jak to ma miejsce w współdźwięcznej blaszce (*Resonanzplatte*) podanej przez C. Brooke'go, gdzie t. z. *lithoscop* jest przyczepionym do zgłębnika przeznaczonego do poszukiwania kamienia. Przed użyciem mikrofonu do zgłębnikowania należy się przekonać, przez położenie zegarka na deszczulce poziomej czy jego tony czysto i wyraźnie, bez obcych szmerów, zapomocą telefonu są słyszane. Przy zgłębnikowaniu postępuje się albo w ten sposób że jedną ręką ujmuje się mikrofon za cewki kauczukowe i tak zgłębnik zaprowadza, a drugą przykładą się telefon do ucha, albo też, przy obecności jednego lub kilku asystentów, jeden z nich trzyma telefon przy swoim uchu, a chirurg tylko mikrofon ze zgłębnikiem prowadzi.

Dotąd Mass u żyjącego człowieka używał mikrofonu do zgłębnikowania przetoki w głębi której znajdowała się kość obnażona. Słyszano przytem naprzód słaby szmer, który powstawał przy przesuwaniu się zgłębnika po ścianach przetoki; przy dotknięciu zgłębnikiem chropowatej kości powstawał tak donośny chropowato dźwięczący szmer w telefonie, że można go było dobrze słyszeć nawet w pewnej odeń odległości. Również łatwo można było odróżnić gdy zgłębnik w przebiegu przetoki natrafiał na odszczepy kostne. Tym sposobem naraz wielka liczba słuchaczy około telefonu zgromadzonych może do pewnego stopnia brać udział w badaniu zgłębnikiem. Oczywiście przy odpowiedniej długości drutów można telefon puścić w obieg pomiędzy dowolną liczbę słuchaczy, zdala od badanego

siedzących lub stojących. W takim zastosowaniu mikrofon przedstawia bardzo cenny środek pomocniczy przy nauczaniu, szczególnie przy ściśle stosowaniu postępowania przeciwnielego: osiągnięto bowiem to, że większa liczba słuchaczy nie dotyka się narzędzi chorego; mgła karbolowa w niczem nie przeszkadza działaniu opisanego przyrządu. Drugi szereg doświadczeń M. tak urządził, że dotykał zgłębnikiem ciał rozmaitych jako to: kości, drzewa, metalu, szkła. Okazało się przytem że przy pewnej wprawie można zapomocą mikrofonu rozróżnić na co zgłębnik natrafia: czy na kość, czy też na drzewo, metal lub szkło. Powstające przytem szmery wyraźnie różnią się między się; tymczasem przy zwykłym zgłębnikowaniu czujemy jedynie to, że ciała twardego zgłębnikiem się dotykamy. Tym są osobem możebność odróżnienia kości z jednej strony, a podanych ciał z drugiej, czyni mikrofon pomocniczym środkiem przy rozpoznawaniu różnicowym, gdy chodzi o to: czy w głębi długiego przewodu rany wyczuwane chropowate miejsce jest kością albo ciałem obcym które się tam z zewnątrz dostało: kulą ołowianą, odlamkiem granatu, kawałkiem szkła i t. p.

Nakoniec na pytanie: czy przy dotykaniu się ciała stałego zapomocą zgłębnika mikrofonowego powstają wyraźnie słyszalne szmery nawet wtedy, gdy przy prostym zgłębnikowaniu nie czuje się w ręce tego, że zgłębnik takowego ciała się dotyka? odpowiada autor przecząco. Przy użyciu bowiem opisanego mikrofonu ile razy w telefonie słyszał wyraźne szmery, tyle razy doznawał uczucia w ręce trzymającej zgłębnik że dotyka się ciała stałego chociaż to uczucie bywało bardzo słabe i nieokreślone. Pochodzi to stąd, że nie można w celach chirurgicznych posługiwać się tak czułymi mikrofonami przy pomocy których jak wiadomo, można słyszeć stąpanie muchy; wtedy bowiem przy dotykaniu się ścian przetoki, cewki moczowej lub pęcherza moczowego powstają bardzo donośne, podezas całego badania trwające szmery. (Berl. klin. Wchft. Nr. 36—1878). J. R.

Przypadek strzaskania sklepienia czaszkowego z wylaniem się płynu mózgo-rdzeniowego pod części miękkie głowy. 2 1/2 letnia dziewczynka upadła z wysokości 18 stóp z okna na ziemię. W 2 tygodnie po wypadku, zauważyła matka że na lewej skroni zaczyna rosnąć guz dziecinie. W chwili przyjęcia dziecka do szpitala nie znaleziono żadnego objawu obrażenia mózgu. Mała chora była ciągle apatyczna i posepna. Na lewej skroni guz wielkości jaja kurzego; guz ten zaczynał się poza uchem, a kończył za brzegiem zewnętrznym oczodołu; ku dołowi sięgał do kości licowej (*os zygomaticum*) i odginał muszkę uszną od głowy, ku tyłowi od głównego guza znajdował się mniejszy wielkości orzecha włoskiego, łączący się z pierwszym wazkim przesmykiem. W obu guzach wyraźne chelbotanie, brak tętnienia. Stan bezgorączkowy. Nakłócie próbne wykazało, że zawartością był płyn mózgo-rdzeniowy. Po wypuszczeniu tego płynu wyraźnie wyczuć było można pęknięcie czaszki wraz z wgnieceniem tejże (*depressio*). Pęknięcie to zaczynało się za uchem, małym trójkątnym zakłębnięciem, odpowiadającym guzowi mniejszemu, a ządzł rozciągało się do zewnętrznego kąta oka. Przez skórę dokładnie wyczuć było można ządzłone brzegi złamania.

Po wypuszczeniu płynu dziecko nie okazywało żadnego odczynu. Wkrótce atoli zaczął się znouwu płyn nagromadzać tak, że już na 2-gi dzień wieczorem oba guzy były tak napięte jak przed operacją, poczem po kilku dniach zaczęły się nieco zmniejszać, a w 8 tygodni chory bez guza wyszedł ze szpitala. Dziecko to od chwili wypadku przestało mówić, nie próbowało chodzić, było zawsze ponure i uparte.

Jestto bardzo rzadki przypadek ze względu: 1) na wylanie się płynu mózgo-rdzeniowego przy pęknięciu sklepienia czaszkowego; 2) ze względu na to, że płyn wylany zebrał się pod częściami miękkimi głowy. W literaturze znanych jest 17 przypadków złamania powikłanego sklepienia czaszki, w których było spostrzeżenie wylanie się płynu mózgo-rdzeniowego, jakoteż 2 przypadki złamania prostego (*fracturae simplicis*) również z wylaniem. Wszystkie te przypadki zakończyły się śmiercią, oprócz opisanego powyżej.

Listy otwarte do Redaktora „Medycyny”.

Szanowny Panie Redaktorze! List otwarty pana LEPERTA z powodu odmętniania wody alunem, pomieszczony w ostatnim Numerze MEDYCYNy, za który najuźrzejmiejże pozadziekowanie winniśmy, wyświeca dokładnie kwestyją chemiczną odmętniania, lecz pozosta-wia nietkniętem działanie mechaniczne, niesłychanie w samym fakcie odmętniania ważne. Dowiadujemy się że siarczan zasadowy glinu z rozkładu alunu przez sole wapienne powsta-ły, jako ciało nierozpuszczalne opada i zabiera ze sobą męty w wodzie pływające wszel-kiego rodzaju: organiczne i nieorganiczne. Otóż właśnie o to nam idzie: co mamy rozu-mieć przez ten wyraz zabiera, bo dopóki mu nie nadamy ścisłego znaczenia, sprawa odmętniania nie wiele się wyjaśni. Rozumiemy jakim się to dzieje sposobem, gdy nam np. klaruje płyny białko krępujące z owemi płynami zmieszane; rozumiemy również dla czego męty osiadają na bibule gdy się ciecz przez nią przeciska: ale dla czego drobinki opadają-ce siarczemu glinu zabierają ze sobą okoliczne w cieczy pływające ciała i to najrozmai-tszej natury, tego pojąć nie łatwo, ludziom przynajmniej nie mogącym postępować krok w krok z postępem nauki. Zdaje się że przyjęć by tu należało jedno z dwóch następują-cych przypuszczeń: że albo każda opadająca drobinka siarczemu glinu przyciąga do siebie ciała obok niej pływające i że tym sposobem tworzą się bryłki o większej ciężkości szybciej opadające; albo że płyn sam przez zmianę cząsteczkową staje się rzadszym i sprawę opadania ułatwia. W obu razach występują tu zatem na widownię nowe czynniki, niedot-knięte w rzeczonym liście, od których zjawisko odmętniania bezpośrednio zależy. Niepodo-bna pomyśleć ażeby czynniki te mogły ująć uwagi badaczy, niepodobna także ażeby zjawis-ko odmętniania za pomocą alunu, czy też siarczemu glinu nie miało analogii w technice che-micznej, zwłaszcza że nas wyprowadza na obszerniejsze pole badania, tak chętnie w naszych czasach poszukiwane. Mówiąc w pierwszym moim liście iż zjawisko odmętniania wody alunem jak ciemniejsze i zawikłańsze niż by się na pierwszy rzut oka zdawało, miałem właśnie na uwadze owo uludne znaczenie wyrazu zabiera, który zdaje się że nam sprawę odmętniania tłumaczy, a w rzeczy samej tylko imponuje pojęciu naszemu; określa nam fakt ale w jego przyczynę nie wchodzi. Gdyby zajmujący list otwarty pana LEPERTA mógł być jeszcze w tym dopelniony kierunku, lub też gdyby poszukiwania które nad odmętnianiem wody wiślanej przedsięwziął, mogły powyższe desiderata uwzględnić, było by to niemałym dla wiedzy naszej nabytkiem.

Dr. Szokalski.

OGŁOSZENIA.

ASSENIZACYJA MIAST

Tymczasowe środki assenizacyi miast naszych.

Opracował dr. St. Markiewicz, z Soczewki.

Osobne odbicie z Dodatków do MEDYCYNy w r. z. i b. dołączanych. Warszawa 1878 str. 80 z 9-in drzeworytami. Sprzedaje się w biurze redakcyi MEDYCYNy po kop. 50.

O KOLTUNIE,

pospolicie „plica polonica” zwanym.

Napisał Henryk Dobrzycki, lekarz szpitala w Mieni Warszawa 1877, str. 300
in 8-vo majori z 24 drzeworytami.

Dzieło uwieczzone nagrodą konkursową imienia hr. Eustachego TYZENHAUZA przez Tow. lek. Wileńskie w d. 8 Maja 1876, i nagrodą imienia d-ra Tytusa CHAŁUBIŃSKIEGO przez Towarzystwo lekarskie Warszawskie, w d. 5 Marca r. b. przyznaną.

Sprzedaje się w Redakcyi Medycyny.

po cenie (o połowę niższej) rs. 1; z przesyłką rs. 1 kop. 20.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

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