

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE  
PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW  
UMIĘTNOŚCI LEKARSKICH.

REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY  
Otton Hewelke.

WYDAWCA  
Wł. Mączewski.

Rok szósty № 18. 15 Września 1885.

Wychodzi 2 razy na miesiąc. — Przedpłata wynosi w Warszawie rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50. — Na prowincyi i w Cesarstwie i zagranicą, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. — Cena ogłoszeń: za centymetr kwadratowy jednorazowo 5 kop., sześciomiesięczny 4 kop., półroczny 3 kop., rocznie 2 kop. — Numer pojedynczy kop. 30. — Biuro Administracyi i Ekspedycyi: Erywańska Nr. 8. — Biuro Redakcyi: Chmielna Nr. 32 — Rękopisy nie zwracają się

WARSZAWA.

W Drukarni Michała Ziemkiewicza

przy ulicy Krakowskie-Przedmieście Nr. 415 (17).

1885.

Dnia 3 Września 1885 r.



# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

218. SCHELHAAS. **Przyczynki do patologii żołądka.** (*D. Arch. f. Klin. Med.* T. 36, Z. V i VI.

Do oznaczenia kwasu solnego w soku żołądkowym autor zaleca kombinację trzech prób: zapomocą metylu fioletowego (metylaniliniolett), tropeoliny i półtorachlorku żelaza z kwasem karbolowym. Półtorachlorek żelaza z kw. karbolowym szczególnie czułym się okazuje jako odczynnik na kw. mleczny i masłowy, przy oznaczaniu zaś kwasu solnego ma tylko znaczenie kontrolujące, podczas gdy dwa pierwsze odczynniki wskazują na obecność kwasu solnego w każdym przypadku. Obecność lub brak kwasu solnego w soku żołądkowym stanowi dla wielu autorów objaw rozpoznawczy niektórych cierpień żołądka. v. d. Velden na zasadzie swych doświadczeń przychodzi do wniosku, że przy raku oddzielnika sok żołądkowy nie zawiera kwasu solnego; Ewald zaś i Rietz są zdania, że brak kwasu solnego przy raku żołądka zależy nie od zubożenia tegoż przez sok rakowy, lecz od kataru żołądka i w wysokim stopniu bezkrwistości błony śluzowej. Doświadczenia autora wykazują jednak, że nie bezkrwistość, ani zboczenia w błonie śluzowej żołądka są przyczyną braku kw. solnego, a że zależy to od szkodliwego, niszczącego wpływu samego raka na sok żołądkowy. Riegel objaśnia znikanie kw. solnego nie przez rozkład tegoż, lecz sądzi, że zostaje on w jakikolwiek inny sposób związany. Brak kwasu solnego w soku żołądkowym spostrzega się i w innych

stanach patologicznych: przy gorączce (v. d. Velden), mączkowatym zwyrodnieniu błony śluzowej żołądka (Edinger), niestrawności nerwowej, przy której zamiast kwasu solnego zjawiają się kwasy organiczne. Brak kwasu solnego występuje niekiedy w rozszerzeniach żołądka, nie zależących od rakowatego zwężenia odźwiernika; często pierwsze przepłókiwania dają odczyn na kwas mleczny lub masłowy, które po użyciu odpowiedniej diety prędko znikają i ustępują miejsca kwasowi solnemu. Pokarmy przytem trudno się trawią, zatrzymują się w żołądku, wskutek czego rozszerzenie żołądka wciąż się zwiększa. Przepłókiwanie zapomocą zgłębnika żołądkowego wykonywane systematycznie jest najlepszym środkiem wstrzymującym dalszy postęp cierpienia. Co się tyczy wpływu alkoholu na trawienie, to z doświadczeń Buchnera wynika, że płyn zawierający 10% alkoholu utrudnia nieco trawienie, lecz nie znosi go zupełnie nawet przy 20% alkoholu. Wina reńskie białe mało wpływają na trawienie, które natomiast znacznie się pogarsza po dodaniu wina czerwonego, a zupełnie się wstrzymuje po użyciu wina Marsala. Piwo i wino w małych ilościach nieco zwalniają trawienie w żołądku zdrowym, zupełnie zaś wstrzymują je w żołądkach patologicznie zmienionych. Autor sprawdzając doświadczenia Büchnera przychodzi do wniosku, że w żołądkach patologicznie zmienionych, lecz w których wykazać można obecność kwasu solnego, zwolnienie trawienia występuje dopiero po dodaniu 10% alkoholu. Trawienie, upośledzone wskutek raka żołądka zupełnie się wstrzymuje po dodaniu małej ilości alkoholu.

*M. Hopfenblum.*



219. Dr. R. MASSALONGO. **O chorobie Hodgsona.** (*Gazette hebdomad. de médéc. et de chir.* Nr. 33 i 34).

Nazwę tę wprowadził do literatury C. Paul (w „*Traité sur le diagnostic et le traitement des maladies du coeur*“) dla oznaczenia miażdżycowatego zwyrodnienia aorty i towarzyszącego mu obrazu klinicznego, a to na cześć angielskiego lekarza Hodgsona, który pierwszy zmiany te zestawił i klasycznie opisał.

Pod chorobą Hodgsona pojmujemy cały kompleks objawów, zaczynając od prostego zwyrodnienia aorty do rozszerzenia jej i od rozszerzenia do niedostateczności zastawek półksiężycowych ze wszystkimi jej następstwami. Niedostateczność zastawek należy odróżniać przede jako pierwotną, zależącą od zwyrodnienia samych zastawek i jako wtórną, powstającą wskutek rozszerzenia aorty, będącego następstwem jej zwyrodnienia miażdżycowatego. Przyjmując ten pogląd zyskujemy ważne dane dla rozpoznawania i rokowania.

Omawiana choroba rozpoczyna się od bardzo rozmaitych dolegliwości, które należy odnieść raczej do stanu małych tętnic, odżywiających pewne narządy, niż do samej aorty. Jednym ze wcześniejszych objawów jest bicie serca i duszność po zmęczeniu fizycznym. W tym czasie tętnice stają się więcej widoczne, przebieg ich staje się więcej wijącym, a tętno więcej twardem i mocnem. Niektórzy chorzy skarżą się na uczucie ciężkości, napierania, a niekiedy i bólu w okolicy mostku. Dolegliwości te zwiększają się po wysiłkach fizycznych, wzruszeniach moralnych i przy naciskaniu na międzyżebra w sąsiedztwie mostka. Ostatni objaw, według Peter'a, nie zależy od zmian w aorcie, ale od zapalnych spraw w nerwach splotu sercowego. Przy wysłuchiowaniu serca w tym okresie tony u wierzchołka są suche i mocne, pierwszy bywa zwykle wzmocniony. U podstawy aorty drugi ton wydaje się

krótkim, suchym, jakby się rozchodził w pudełku drewnianem o cienkich ścianach. Szmer zdarza się b. rzadko. Opukiwanie wykazuje także ważne dane. Normalnie aorta wstępująca przechodzi po za prawy brzeg mostka najwyżej 15—20 milim., według Peter'a tępość odpowiada jąca aorcie waha się u mężczyzn między 4,5 i 5 cent., a kobiety między 2,2 i 4, tymczasem w chorobie Hodgsona ma miejsce zwiększenie się tępości o 1½ do 2 ctm. i więcej. Przy wymacywaniu możemy tu doznać uczucia pomruku kociego.

Przy dalszym rozwoju choroby przy pierwszym tonie aorty daje się wysłuchać szmer słaby, podczas gdy drugi ton staje się jeszcze więcej suchym, a nawet, przy większym rozszerzeniu aorty, metalicznym albo bębnowym. Z czasem szmer zrazu umiejscowiony i krótki, rozszerza się do 3-go międzyżebra i wydłuża tak, że przykrywa nawet drugi ton. Do wierzchołka jednak nie dochodzi, albo rzadko.

Chorzy uskarżają się na bóle między łopatkami, wchodzące w ramiona. W ogólnym stanie daje się zauważyć wielka zmiana, rozwija się nastrój hypochondryczny. Od czasu do czasu zdarzają się napady duszniczy bolesnej.

Pod koniec w miarę zwiększania się rozszerzania aorty i słabnięcia mięśnia sercowego, rozwija się niedostateczność względna zastawek półksiężycowych i zjawia się szmer rozkurczowy. Tępość serca jest w tym okresie znacznie zwiększoną, przeważnie w wymiarze długim, a wierzchołek dochodzi do linii pachowej w szóstym międzyżebrem.

Ostatni okres choroby stanowi rozszerzenie prawego serca i objawy niedostateczności serca.

W tętnie mającym zrazu cechy zwykłe przewlekłemu zapaleniu tętnic—daje się często zauważyć różnice w t. promieniowej lewej i prawej, co zależy od ucisku przez rozszerzoną aortę.

Autor podaje opisy dwóch przypad-



ków omawianej choroby, z których jeden w skróceniu przedstawia się jak następuje:

Chory, 48 lat wieku, piekarz, nałogowy pijak; pierwsze objawy choroby wystąpiły przed paru miesiącami w postaci duszności z lekkim biciem serca. Znalezione przerost serca lewostronny (uderzenie w 6 międzyżebżu), lekki szmer przy pierwszym tonie nad aortą. W tym czasie choremu dobrze robiły 5 gramowe dozy bromku potasu dziennie, poprawił się znacznie i wyszedł z kliniki. Po 2 miesiącach wrócił znacznie zmieniony, wychudzony, duszność wzmogła się do tego stopnia, że nie może leżeć. Tępość serca większa niż poprzednio, uderzenie wierzchołkowe w 7 międzyżebżu. U wierzchołka 2 szmery, wzmagające się, idąc ku podstawie, szmery rozchodzą się w tętnice szyjowe i udowe. Po miesiącu zjawia się opuchlina twarzy i kończyn. Tępość serca zwiększa się jeszcze bardziej, obrzęki i wylewy do jam surowicznych, sinica, śmierć. Serce ważyło 790 grm, ściany cienkie, jamy rozszerzone; niedostateczność względna zastawki dwudzielnej. Aorta rozszerzona, usiana nierównościami i chropowatościami na powierzchni wewnętrznej; zastawki zgrubiałe; zwyrodnienie rozciąga się i na główne tętnice. Zwykle objawy zastoju w narządach brzusznych etc.

W zarysach tętna zbieranych sfigmografem Marey'a znajdujemy tam, gdzie już jest niedomykalność zastawek aorty—charakterystyczny haczyk (crochet) na początku linii zstępującej; nie miewa to jednak miejsca, jeżeli zwyrodnienie ścian aorty jest posunięciem daleko. Niekiedy haczyk stale występuje w zarysie tętna, wtedy, gdy drugi ton nad aortą jest zupełnie czysty, dowodzi to, że regurgitacja krwi możebną jest do pewnego stopnia, bez wywoływania szmeru.

W końcu autor formułuje różnice między chorobą Hodgsona, czyli niedostateczności aorty wtórną a niedostatecznością

aorty pierwotną czyli tak zwaną chorobą Corriganą.

1) Choroba Hodgsona rozwija się z tych samych przyczyn co miażdżycowate zwyrodnienie tętnic (zatrucie przewlekłe wysokiemi, zakażenie bagiennicze, dna, rzadka tylko gościec i przymiot). Chorobę Corriganą wywołują te same wpływy, co i zapalenie wsierdzia, na pierwszym więc miejscu gościec. Ostatnia jest chorobą serca we właściwym tego słowa znaczeniu, podczas gdy pierwsza jest chorobą naczyń.

2) Choroba Corriganą zdarza się przeważnie w wieku młodzieńczym i jest częstszą u kobiet, chorobie Hodgsona ulegają częściej ludzie w wieku podeszłym i mężczyźni.

3) Pierwsze objawy choroby H. są właściwie objawami zwyrodnienia aorty; podczas gdy choroba C. objawia się odrazu jako niedostateczność aorty.

4) Rozmiary wielkich pni naczyniowych zwiększają się w chorobie H., podczas gdy w cierpieniu Corriganą pozostają prawie normalnemi.

5) W pierwszej mamy nad aortą szmer skurczowy, dopiero później przyłącza doń rozkurczowy, zawsze jednak nie dorównywający mu w sile, w drugiej od początku mamy szmer rozkurczowy.

6) W chorobie H. mamy prawie zawsze zajęcie tętnic obwodowych, które w chorobie C. pozostają normalne. Bardzo ważną różnicę stanowi to, że tętno na t. promieniowych w pierwszej chorobie przedstawia zwykle pewną różnicę, po prawej i lewej stronie, czego nie bywa w drugiej.

7) Śmierć albo bywa szybką i wtedy w chorobie C. z przyczyny porażenia serca, a w chorobie H. z powodu zapalnych zmian w splocie sercowym albo wolna i wtedy w pierwszej następuje przy objawach uduszenia, a w drugiej przy objawach mocznicy.

Obraz kliniczny choroby Hodgsona da się rozdzielić na trzy okresy. Początko-



wy, kiedy zwyrodnienie miażdżycowate rozpoczyna się dopiero. Wtedy na pierwszy plan występują zaburzenia nerwowe, przerost serca jest nieznaczny, tony mocne, przy pierwszym nad aortą nieznaczny szmer (per. aortique). W drugim okresie rozszerzenie aorty postępuje, rozwija się niedostateczność jej zastawek. Tępość serca zwiększa się znacznie, obydwie tony nad aortą zamaskowane są przez szmery. Duszność, sinica (per. cardiaco-aortique). W trzecim okresie działalność mięśnia sercowego słabnie coraz bardziej, rozwija się następcza niedomykalność zastawki dwudzielnej; tętno słabnie, przepuszcza. Rozszerzenie serca zwiększa się jeszcze bardziej, wszędzie szmery maskują tony. Zjawia się opuchlina ogólna (per. cardiaco-mitrale).

*O. Hewelke.*

220. Dr. Th. M. PEREZ. **Leczenie cholery.** (Według spraw. w *Deutsch. Med. Ztg.* Nr. 71).

Lekarz spotyka się z trzema okresami cholery: pierwszy biegunkowy, drugi—stadium algidum, gdzie do biegunki dołącza się uczucie strachu, przerażające drgawki, niczem nie dające się ugasić pragnienie i oziębienie ciała. Większość chorych ginie w tym okresie od porażenia serca i uduszenia, niektórzy przed śmiercią zapadają jeszcze w trzeci okres — stan zapaści, w którym wszystkie gwałtowne objawy mijają, a pozostaje tylko chłód, tętno przestaje bić, śmierć następuje bardzo spokojnie. Chorzy skarżą się najwyżej na uczucie strachu i ból w dolku.

W pierwszym okresie autor przystępuje natychmiast do zastrzykiwań chininy:

Chinini sulf. część I,

Alcohol. 40<sup>o</sup> część III.

Solve et filtra.

Tego roztworu zastrzykuje trzy pełne strzykawki Pravaza w oba ramiona i w udo.

Oprócz tego zastrzykuje pilokarpinę, (Pilocarp. hydroch. 0,01, Aquae 10,00) 1/2 do całej szpryki stosownie do wieku i

stara się przez ciepłe utrzymanie, podawanie herbaty, wody z arakiem, wywołać poty.

Po upływie 4 godzin zastrzykuje dwie szpryki roztworu chininy. Jeśli wystąpił obfity pot, pozwala nieco rosółu co pół godziny. Po 4-ch godzinach jeszcze jedna szpryka chininy, okrycie lżejsze, zamiast wody z białkiem, woda selcerska z winem. Przy takiej dyjecie chory powinien pozostawać przez dwa dni w łóżku; później może już wstać, ale jeszcze przez 8 dni być na ścisłej dyjecie.

W drugim okresie, jeżeli nastąpił upadek sił, a nie ma jeszcze wyraźnego ochłodzenia ciała, radzi autor zastrzyknąć strychninę.

Strichnini sulf. 0,05,

Aq. destillat. 10,00

w ilości 5—20 kropeł, stosownie do wieku. Jeżeli odczyn nie występuje, należy po upływie pół godziny powtórzyć dawkę. Gdy siły się podnoszą—zaczynamy zastrzykiwać chininę jak wyżej. Oprócz tego dozwala autor nieco zimnego rosółu, mocne wino, wodę z białkiem, a w razie silnego pragnienia pigułki z lodu. Jeżeli polepszenie postępuje—następuje zastrzyknięcie pilokarpiny jak wyżej.

Jeżeli strychnina nie przyniosła oczekiwanego skutku, robi autor dwie iniekcje eteru siarczanego, zresztą postępuje jak poprzednio.

Wrazie bardzo mocnych drgawek, należy uciec się do kurary

Curare 0,1,

Aq. dest. 5,0,

Acid. hydrochl. gtt. I,

roztwór ten zastrzykuje się w ilości pół do całej strzykawki, stosownie do natężenia drgawek. Skutek bywa nieraz zadziwiający. Jeżeli chory się uspokoił, jest jednak mocno osłabiony, zastrzykujemy eter i powtarzamy wszystko, jak wyżej.

Przeciw straszemu niepokoju w okolicy serca i bólowi w biodrach, skuteczne są zastrzyknięcia morfiny (0,1 na 5,0 wody) in loco dolente (10 do 20 kropeł).



W okresie zapaści wyborne wyniki otrzymywano od podskórnego stosowania chloralu według metody d-ra Reddie. 8-miu chorych konających już uratował autor tylko dzięki użyciu tego środka.

Autor zastrzykuje 4 szprycki następnego roztworu:

Hydratis chlor. 2,0,

Aquae dest. 5,0

w ręce i w nogi. Skutek jest prawie niezawodny. Potem pozwala się gorącego rosolu z mocnem winem, a następnie stosuje się chininę, pilokarpinę i t. d.

Każdy lekarz powinien w czasie epidemii posiadać przy sobie gotowe roztwory chininy, pilokarpiny, strychniny, eteru i chloralu—i dla każdego środka osobną szprykę.

Autor radzi uciekać się jaknajwcześniej do pomocy lekarskiej. Przy pierwszym napadzie dreszczów, wymiotów i rozwolnienia, chory powinien położyć się do łóżka, rozetrzeć całe ciało flanelą i spirytusem i wypić szklanekę gorącej herbaty z arakiem lub koniakiem. Za napój powinien używać wody z białkiem (jedno białko na kwartę wody)—łyżkę co kwadrans. W pokoju należy zostawić tylko niezbędnie potrzebnem eble i ludzi tylko o ile potrzeba do pielęgnowania chorego.

Jako profilaktykę poleca autor: pożywienie zdrowe, umiarkowane; wina i wyskokowych napojów mało, największą czystość. Dobra jest limoniada z kwasu solnego, według Kocha; także chininum valerianicum rano i wieczorem po 0,10 gr. Woda zarówno do picia jak i do mycia powinna być dobrze przegotowaną. II.

## II. Syfilidologia i Dermatologia

221. FINGER. **Die Diagnose der Syphilitischen Initialsclerose.** (*Vierteljahresschrift f. Dermatologie u. Syphilis.* 1885. Heft 2).

FINGER. **Beitrag zur Anatomie der männlichen Genitale.** (*Vierteljahresschrift f. Dermatologie.* 1885. H. 1).

Zdawna wiadomem jest, że syfilis nie koniecznie zaczynać się musi od typowego stwardnienia, i że z drugiej strony, nie każde owrzodzenie ze stwardniałem dnem jest syfilitycznym. Oba te fakta, nie zawsze należyć uwzględniane, a w imię systemu nieraz gwałcone, autor rozbiera nader gruntownie.

Co do 1). Przedewszystkiem stwardnienie syfilityczne *rzadszem jest u kobiety.*

Fakt ten wielokrotnie stwierdzony odnosi się jednak tylko do szankrów twardych na organach płciowych. Stwardnienie bowiem na twarzy lub palcach rozwija się u obojgu płci w jednakowy zupełnie sposób.

Ale i u tej samej płci przyjmuje twarde szankier różną postać zależnie od *u-miejscowienia.* Tak więc u mężczyzny najznaczniejsze, guzowate stwardnienia bywają w rowku żołądździ (u przyczepu wewnętrznego płata napletka), mniejsze na koronie żołądździ i w otworze cewki; bardzo nieznaczne, niekiedy niewyczuwalne na żołądździ i skórze prącia (stwardnienia pargaminowe i papierowe — Fournier). Jeden i ten sam twarde szankier przechodząc z rowka na żołądź przedstawia wyżej wymienione różnice w stwardnieniu.

U kobiety typowe stwardnienia rozwijają się na brzegu wielkich warg i mniej typowe na brzegu małych warg i na tylnem spojeniu, a wcale lub prawie wcale nie wyczuwamy stwardnienia na pierwotnych objawach syfilisu w przedsionku i w pochwie.

Od czego zależy tak niejednakowe wytwarzanie się stwardnienia? na to pierwsi odpowiedzieli trafnie Auspitz i Unna: zależy ono od rozkładu i ilości naczyń; stwardnienie bowiem pierwotne jest sprawą naczyniową (przeważnie endo- i periarteriitis). Autor badał szczegółowo stosunki te i przekonał się, że na żołądździ głębsza warstwa skóry (stratum reticulare) nader jest ubogą w naczynia: przeciąga przez nią mała tylko ilość gałązek dążąc do górnej warstwy (stratum papilla-



re), gdzie każde zaopatruje znaczną ilość brodawek skórnych. Inaczej rzecz się dzieje w skórze otworu cewkowego, korony i rowka żołądzi. Tu znaczna ilość naczyń przeciąga przez stratum reticulare, a każde z nich unaczynia drobną tylko ilość brodawek. Po tych więc gęstych pniach naczyńowych postępuje stwardnienie wgłąb tkanki. Prócz tego znajduje się w rowku żołądzi wiele torebek chłonnych, które także zostają wciągnięte w sprawę swoistą—autor sądzi, że drobne guziczki, które nieraz wyczuwać można w rowku żołądzi obok stwardnienia są właśnie stwardniałymi torebkami chłonnymi.

2) Przechodzimy do drugiego faktu, że mianowicie znaczna ilość rozmaitych spraw przedstawiać może stwardnienie, którego zapomocą dotyku nie odróżnimy od syfilitycznego.

a) Przedewszystkiem objawy wtórne syfilisu, zaniedbane i drażnione, zwłaszcza plaques na narządach płciowych u kobiet (Fournier) mogą przedstawiać znaczne stwardnienie.

b) Rzadziej nierównie objawy trzeciorzędne, zwłaszcza na narządach płciowych.

c) Zakażenie syfilityczne, nawet skryte, może reagować stwardnieniami na pewne podrażnienia obwodowe. Tarnowski wywoływał stwardnienia zapomocą przyżegań (pastą Ricorda), tak samo Neumann. Stwardnienia mogą powstać u syfilityków pod czyrakami (Finger), pryszczycami ospy (Gamberini, Kölner, Rinecker, Rieger), pod miękkimi szankrami (Neumann) i t. d.

d) Ale i sprawy niesyfilityczne u zdrowych (nie syfilityków) mogą przedstawiać stwardnienia. Tak pewne środki żrące łatwo wywołują stwardnienie, np. sublimat. Brocq przytacza, że rekruci belgijscy przypalali sobie prącie cygarem i wywoływali w ten sposób znaczne stwardnienia, nader do twardych szankrów podobne.

Miękkie szankry mogą wskutek przyżegań mocno stwardnieć (Wallace, Simon, Fournier, Ricord, Clere, Langlebert, Berkeley-Hill, Bäumlner). To samo może zdarzyć się z herpes progeneralis.

Najważniejszym jednak jest fakt, że miękkie szankry i jakiegokolwiek inne owrzodzenia częściej posiadają stwardniałe dno w pewnych okolicach ciała, mianowicie na brzegu napletka, w rowku, na koronie żołądzi i w otworze cewkowym u mężczyzny, na brzegu u wielkich i małych warg u kobiety, na ustach i fałdach międzypalcowych u obu płci. Wyżej wzmiankowany rozkład naczyń gra tu zapewne ważną, ale nie wyłączną rolę. Niewątpliwem jest, że twardy szankier w wymienionych okolicach skóry przedstawia znacznie większą, charakterystyczną, chrząstkową twardość—ale miękki szankier na brzegu napletka może być łatwo twardszy, niż twardy szankier na żołądzi.

Ostatecznie więc, jeśli mamy do czynienia ze stwardnieniem, lub stwardniałem owrzodzeniem, spotykamy dwie możliwości: 1) albo wystąpią objawy wtórne syfilisu, 2) albo nie wystąpią. Zachodzi pytanie, czy w tym ostatnim razie możemy wykluczyć syfilis. Autor sądzi, że nie—niekiedy bowiem objawy wtórne bywają tak drobne, tak nieznaczne, że krok jest tylko jeden do zupełnego ich braku. Opisane są już zresztą wypadki syfilisu bez objawów wtórnych (Biörken, Messaux).

*Funk.*

222. **Blennorrhoea recti.** Z instytutu patologo-anatomicznego prof. Kundrata. (*Allg. Wiener. Med. Zeitung.* 1885 Nr. 31).

Prof. Kundrat demonstrował preparat pochodzący od kobiety, której niedawno wskutek zwężenia kiszki robiono kolotomiję. Wkrótce jednak chora wróciła do szpitala z owrzodzeniami w kiszce grubej; ropienie przeszło na otaczającą tkankę łączną, na okolicę odbytu, międzykroczza i warg sromnych. Przewlekła płegmone posunęła się też wyżej po tkance łącznej aż do jamy brzusznej. Tkanka łączna do-



koła odbytu i warg wielkich nacieczona, obrzękła, zgęszczona, zesłoniowaciała. Tkanka łączna około kiszki prostej przedstawia podobne zmiany. Najmocniej jednak zmienioną jest błona śluzowa, jeśli o niej wogóle może tu być mowa. Znajdujemy tu mianowicie siatkowatą bliznową czerwono-szarą tkankę, która najbardziej przypomina ulegającą rozpadowi ziarninę. O błonie śluzowej oczywiście nie ma tu mowy. U górnego końca tej zmienionej kiszki prostej znajdujemy znaczne *zwężenie*. Jest ono wynikiem długo-trwałych, głębokich, częściowo zagojonych owrzodzeń; owrzodzenia te sięgają na pół stopy powyżej otworu stolcowego i tu są *ostro ograniczone*. Ropienie w tkance łącznej posunęło się wyżej ku parametrium, między listki szerokiego więzła, i wyżej do jamy opłucnej (właśnie ropne zapalenie opłucnej spowodowało śmierć).

Jakiej przyrody są omawiane owrzodzenia? Podobne zwężenia bliznowe w kiszce są wynikiem rozlicznych owrzodzeń, najczęściej jednak syfilitycznych. Tu możemy jednak wykluczyć syfilis, gdyż 1) sprawa ta jest rozlana i 2) ostro ograniczona ku górze. Nie widzimy też w tym wypadku owej grubej sieci bliznowej, właściwej zagojonym wrzodom syfilitycznym. Dwa powyższe względy, a zwłaszcza ostre ograniczenie ku górze przemawia za inną sprawą, mianowicie za *tryprem odbytnicy*. Niezbyt rzadkie to u kobiet cierpienie może powstać drogą pierwotnego zakażenia, albo też przez ściekanie tryprowej wydzieliny z narządów płciowych. Sprawa ta zakaźno-zapalna może spowodować zniszczenie błony śluzowej i podśluzowej z następczem zwężeniem.

F.

223. UNNA. **Wyleczenie jednego wypadku leprae tuberosae.** *Lepra-Studien.* (*Ergänzungsteft d. Monatshefte f. prakt. Dermaktologie.* 1885).

Pierwszy ten w literaturze medycznej wypadek wyleczenia trądu guzowatego, dotyczy kobiety urodzonej w Niemczech,

a zarażonej trądem podczas kilkunastoletniego pobytu w Brazylii. Przedstawiała ona typową faciem leoninam, pokrytą licznymi guzami brunatnej barwy. Również liczne guzy były na kończynach, mniej liczne na tułowiu.

Wyniki autor streszcza w następujący sposób:

1) Lepra tuberosa, nawet mocno rozwinięta i trwająca dłużej niż rok, może być wyleczona.

2) Wyleczenie może nastąpić po krótkim (paromiesięcznym) energicznym stosowaniu środków odtleniających; środki te mogą być stosowane zewnętrznie i wewnętrznie.

3) Ze środków tych zasługują na uwagę: ichtyol, chrysarobina, pyrogallol i rezorcyna.

4) Ichtuol (w postaci soli amoniakalnej) musi być stosowany w znacznym stężeniu (przeszło 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, maść). Nawewnątrz starczy dawka 1,0 dziennie. Jest to jedyny z pomienionej grupy środek, którego używać można bardzo długo bez żadnej szkody. Zewnętrznie działa on mniej energicznie niż pyrogallol i chrysarobina, ale przy czulej skórze i słabem zdrowiu występuje na pierwszy plan.

5) Rezorcyna była już z korzyścią nżyta przy trądzie przez Andeer'a. 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub> maść rezorcynowa może być stosowana na tych samych, jak ichtuol, warunkach.

6) Pyrogallol jest silnem *antileprosum*. Autor stosował 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> maść. Trujące własności tego środka nakazują ostrożność. Wolno jest podawać jednocześnie kwas solny w większych dawkach nawewnątrz.

7) Chrysarobina jest może najpomyślniejszym środkiem przeciw trądowi. U silnych osobników należy od niej wprost rozpocząć leczenie. Na twarzy, szyi i rękach lepiej jest zamiast tego środka stosować pyrogallol, a to w celu ochronienia łącznic. U wątłych osobników lepiej będzie przeprowadzić leczenie ichtyolem (lub rezorcyną), uciekając się do chrysa-



robiny, jedynie aby usunąć uporczywe pozostałości.

Dodane przez autora fotografie (przed i po leczeniu) demonstrują nie tylko zniknięcie wszystkich guzów, ale także widoczną ogólną poprawę. (Chora utylła w czasie leczenia).

Autor zalecił chorej zażywać ichtyol wewnątrz stale, bez przerwy.

*Funk.*

### III. Farmakologija.

224. Francis KINNICUTT. **Hydrochinon, nowy środek przeciwgorączkowy.** *Hydrochinon, a new antipyretic.* (*The Medical Record.* May, 30).

Do szeregu najnowszych środków przeciwgorączkowych, któremi wzbogaciła się medycyna w ciągu 2-ech lat ostatnich (kairyna, antipyrina, tallina) przybija obecnie hydrochinon, któremu autor na mocy własnych obserwacji przypisuje własność znacznego obniżania ciepłoty ciała w gorączce, bez sprowadzania ubocznych wpływów (mdłości, wymiotów).

Pod względem chemicznym hydrochinon jest dwuwodanem benzolu (dihydroxylbenzol) i oznacza się formułą  $C_6H_4(OH)_2$ ; krystalizuje w postaci czworobocznych, bezbarwnych graniastosłupów, słabo rozpuszcza się w wodzie, łatwo w wyskoku i eterze; smak posiada znośny, słodkawy.

Działanie fizjologiczne tego środka skonstatowane zostało poraz pierwszy przez Briegera w roku 1879 na mocy doświadczeń z żabami i królikami. Badacz ten przekonał się, że zwierzęta ciepłokrwiste znoszą znacznie większe dawki niż zimnokrwiste. Cwierćgramowe dawki nie wykazały żadnego działania na królika. Półgramowe sprowadzały słabe drgawki w pół godziny, a następnie wyzdrowienie, a  $\frac{3}{4}$  grm. wywołały drgawki, oddech utrudniony, rozszerzenie tętnic, wzmożenie wydzieliny śliny i łez,

zmniejszenie pobudzalności odruchowej, podniesienie się ciepłoty o  $2,7^{\circ}$  F. i śmierć po upływie  $1\frac{1}{2}$  godz. U większego królika po dawce 1-gram. nastąpiły drgawki z zupełnym powrotem do zdrowia. Mocz podczas używania tego środka przybierał barwę ciemniejszą, wszelako nie zawierał wolnego hydrochinonu. Trujące działanie h. przypomina zupełnie otrucie kwasem karbolowym i polega na odrętwieniu (stupor), upadku sił, drżeniu mięśni z towarzyszeniem wzmagających się drgawek odruchowych, dusznością i nagłą śmiercią.

Tenże Brieger pierwszy zbadał działanie hydrochinonu na ludzi i przekonał się, że można zawsze wywołać pewne i znaczne działanie przeciwgorączkowe zapomocą dawek nie wywołujących żadnych szkodliwych skutków.

Dr. Siefert („Berlin. Klin. Woch.“ 1884. Nr. 29) ogłosił rezultat 38 wypadków klinicznych z gorączką, leczonych hydrochinonem. Po jednorazowym zastosowaniu 15 gran. następowało zniżenie ciepłoty o  $1,8^{\circ}$  do  $3,6^{\circ}$  F.; w niektórych wypadkach o  $5^{\circ}$  do  $6^{\circ}$  F. Najniższy stopień ciepłoty obserwowano po 2-ech lub 3-ech godzinach, poczem wśród nieznanicznych dreszczów, ciepłota wznosiła się do początkowej wysokości. Żadnych szkodliwych skutków w ciągu zalecania tego środka nie zauważono. U dzieci wyniki były również zadawalniające jak u dorosłych.

Autor badał działanie hydrochinonu przez 3 miesiące w szpitalu Ś-go Łukasza w New-Yorku ze współudziałem d-rów Shermana, Mabbota i Tiemana, którzy zgodzili się na wypróbowanie tego środka na sobie. Po zażyciu 10 i 20 gr. nie wystąpiły żadne wybitne objawy. Dawka 40-granowa, zażyta przez d-ra Shermana wywołała nieznaczne uczucie pełności i słaby zawrót, wszelako objawy te zniknęły po upływie 15 minut. W chorobach gorączkowych używany był h. 15 razy; 3 razy w gruźlicy płuc, raz w gruźlicy ogólnej (autopsyja), 2 razy w zapaleniu oplotu-



nej z wysiękiem (z wysoką gorączką), 3 razy w ostrym zapaleniu płuc, 1 w ostrym gościecu, 1 w ostrym gościecu z zapaleniem opłucnej, 1 w gorączce przepuszczającej (bagiennicy), raz w posocznicy i ropnicy połogowej, raz w róży twarzy (z wysoką gorączką) i raz w zapaleniu tkanki łącznej miednicy.

We wszystkich *bez wyjątku* wypadkach, gdzie zadawano jednorazowo po 15 i 20 gr. otrzymano widoczne niżenie ciepłoty. Najniższą temperaturę zauważono po upływie 2—2½ godzin, poczem stopniowo w ciągu 1—2 godz. wznosiła się do pierwotnej wysokości. Minimalne niżenie wynosiło 1,5° F., maksymalne 5,2° F. Stopniowe spadanie ciepłoty po użyciu hydrochinonu uwydatnia ułożona przez autora tabelka, obejmująca 3 wypadki: ogólną gruźlicę, różę twarzy oraz posocznicę i ropnicę połogową. W żadnym wogóle wypadku nie zauważono ani nudności, ani wymiotów, tylko w większej ilości wypadków spostrzegać się dawały nieznaczne poty.

W dwóch wypadkach gruźlicy w czasie podnoszenia się ciepłoty po uprzednim spadaniu, zauważono słaby dreszcz, za to nie było żadnych objawów nieprzyjemnych (uczucia pełności w głowie, zawrotu, szumu w uszach) towarzyszących zazwyczaj przyjęciu większych dawek, związków chininy i kwasu salicylowego.

Co się tyczy działania h. na tętno, to częstość tego ostatniego zmniejszała się wraz z upadkiem ciepłoty, nadto samo tętno jakościowo też się poprawiało. Ilość oddechów zmniejszała się także zgodnie z tętnem i ciepłotą w wypadkach, gdzie częstość ich zależała widocznie od samej gorączki. Za najskuteczniejszy sposób zastosowania h. autor uznaje podawanie jednorazowych dawek w ilości 15 do 20 gr. do wewnątrz. W wypadkach z dążnością do stałego utrzymywania się ciepłoty na znacznej wysokości (durzyca) 3 lub 4 pojedyncze dawki zadane w ciągu doby, wy-

wolywały umiarkowane niżenie się temperatury.

W zastosowaniu przez odbytnicę 30 gr. sprawiało ten sam skutek, co 15 gr. przez usta.

Co do przeciwwskazań dla ludzi, to autor takowe wyłącza ze względu na brak niekorzystnych objawów po użyciu tego środka w wielu i całkiem różnych stanach patologicznych.

Działanie hydrochinonu na wydzielanie moczu było starannie obserwowane przez wyżej wymienionych lekarzy, już to na sobie, już to na chorych. Po jednorazowym zażyciu hydrochinonu mocz podczas oddawania posiadał barwę normalną; po 24-godzinnem staniu przybierał odcień zielonawo-brunatny, często ciemno-brunatny. U pacjentów, pozostających trwale pod wpływem tego środka, widziano opisaną zmianę barwy już podczas oddawania moczu. (Zależy ono, zdaniem Braumanna i Preusse, od wyższych produktów utlenienia hydrochinonu).

Ani białka, ani cukru nie odkryto w moczu, który poprzednio takowych nie posiadał, natomiast kwas azotny i nagrzewanie, użyte celem dochodzenia białka, okazały się przydatnymi dla odkrycia produktów hydrochinonu w moczu.

Co się tyczy mocznika, to autor przyznaje się, że nie jest obecnie w stanie podać ścisłych wyników rozbiórów w tym celu dokonanych. Wnioski autora są następujące:

- 1) W hydrochinonie posiadamy nowy i naskuteczniejszy środek przeciwgorączkowy.
- 2) Użycie jego nie pociąga za sobą żadnych szkodliwych następstw.
- 3) Przeciwgorączkowe działanie pojedynczych dawek h. jest czasowem, przypomina w tym względzie kairynę, tallinę i antypyrinę.
- 4) Na przebieg samej sprawy chorobowej środek ten nie okazuje wpływu, sprowadza jednak ulgę, znosząc wiele



przykrych objawów, zależnych od wysokości ciepłoty.

5) Wobec skąpych, jak dotąd, wiadomości odnośnie omawianego środka, należy podawać go oględnie i działanie jego starannie obserwować. *B. Polikier.*

### 225. Nowe środki lekarskie i nowe zastosowania niektórych dawniej znanych.

*Euphorbia pilulifera*, jest gatunkiem euphorbiaceae (używa się w homeopatyj); obok miejscowego działa drażniącego, okazuje się jako dzielny środek przeciw duszności; działa, zdaje się, na nerw błędny. Stosuje się w pigułkach z wyciągu wodnego—dwie pigułki (po 0,05 grm.) dziennie. Używa się i tinctura euphorbiae 10 kropeł rano i wieczorem w szklance wody, żeby uniknąć działania miejscowego.

*Orzech kola* posiada własności kofeiny ale w wyższym stopniu. Dzięki zawartości garbnika działa skutecznie przeciw biegunkom.

*Kora soukoupire*, pochodzi z Brazylii, gdzie cieszy się wielką sławą przy leczeniu gorączek. Botaniczne jej określenie dotąd nie jest przeprowadzonym. Zawiera alkaloid o dosyć charakterystycznych własnościach. Rozpuszcza się on dość łatwo w wodzie i chloroformie, mało w eterze i wyskoku; płaszczyzną polaryzacyjną skręca na prawo. Roztwór jednego centygramu w 1 c. sz. wody zastrzyknięty żabie wywoływał stan osłupienia, bez porażenia, na drugi dzień żaba była zupełnie zdrowa. Roztwór ten wkroplony w oko ludzkie wywoływał wyraźne i długo utrzymujące się rozszerzenie źrenic.

*Cascara Sagrada*, z rodziny rhamnaceae, kora tej rośliny odpowiednio do swoich własności leczniczych zajmuje miejsce pośrednie między rheum i podophyllum. Zawiera garbnik, kw. szczawiovowy, olej stały z zapachem mocno nudzącym, amidon i cztery ciała rozpuszczalne w eterze i wyskoku, zapewne kwas chryzofanowy i jego pochodne. Proszek z tej kory w i-

łości 25 centygramów ma działanie rozwalniające.

*Flores et herba Grindeliae robustae* z rodziny compositae, rośnie w Kalifornii. Smak jest ostry, aromatyczny, gorzki. Środek ten ma dobrze działać przeciw astmie, ułatwia wykrztuszanie. Prof. Massini z Bazylei podawał go z jodkiem potasu (2—4 grm. co 3 godziny) i znajdował, że chorzy doznawali ulgi.

*Piscidia erythrina*, kora korzenia Iamaica Dogwood, rośliny pochodzącej z Indyj zachodnich i Florydy. Narkotyczne działanie tej rośliny znanem było już od dawna, dopiero jednak w 1844 lekarz amerykański Hamilton wprowadził ją w użycie w medycynie. W nowszych czasach Winterbrunn robił doświadczenia z pisydją na sobie i na zwierzętach. Znajduje on w niej pewne podobieństwo do kodeiny. Okres pobudzenia bywa niekiedy bardzo wyraźny—z pobudzeniem czynności mózgu, wesołością; później następuje zmęczenie, szum i bóle w uszach i skroniach, palenie w oczach, ciężar na piersiach, niekiedy sztywność w karku; ostatecznie następuje spokojny sen.

Działającym pierwiastkiem ma być piscidyna, i mianowicie odróżniają alkaloid i glukozyd ( $C_{20}H_{21}O_8$ ).

Massini otrzymywał dobry skutek od wodnego wyciągu omawianej rośliny; 30 kropeł sprowadzało sen u pewnej chorej, która zasypiała dopiero po użyciu 8—10 grm. paraldehydu, a na którą morfina i chloral nie działały wcale. Także dobre wyniki widziano przy nerwobólach (gastralgia, n. trigemini).

F. Betz stosował z dobrym skutkiem chloroform na tamponach przy krwawieniach macicznych poporodowych. Działanie zależy zapewne nie tyle od krzepnięcia krwi, co od mechanicznego zwężenia resp. zamykania się naczyń. Podobne działanie, lecz w mniejszym stopniu ma i wyskok.

Ostatnie prace i spostrzeżenia nad *korkainą* potwierdzają jej znieczulające dzia-



ianie. Zastosowanie jej zostało znakomicie rozszerzonym prawie we wszystkich gałęziach medycyny. C. Paul radzi pędzlowanie gardzieli i wstępu do krtani u suchotników po jedzeniu, aby powstrzymać wymioty. Lablé widział wyleczenie nerwowej dysfagii jedynie dzięki dwumiesięcznemu pędzlowaniu kokainą.

Po zastrzykiwaniach podskórnych kokainy u kobiet nerwowych występują niekiedy napady podobne do hysterycznych. Dujardin-Beaumetz widział kilka razy zemdlenie po wstrzyknięciach kokainy, a 2 razy znaczne pobudzenie psychiczne. Objawy te zdarzały się tylko wtedy, gdy pacjent stał podczas zastrzykiwania, nie zjawiały się zaś gdy zastrzykiwanie robiono przy leżącym położeniu ciała. Płóść zastrzyknięta nie miała żadnego wpływu. Być może, że przyczyną tych objawów była niedokrewność mózgu.

W ostatnim czasie M. Manassein z Petersburga opisuje nadzwyczajnie pomyślne wyniki od kokainy w *chorobie morskiej*. Dwie osoby, podlegające tej chorobie w wysokim stopniu, wolne były od niej przez całe 48 godzin b. burzliwej podróży; zażywając co dwie, trzy godziny po łyżeczce następnego roztworu:

Cocaini muriatici 0,15,

Spir. vini rectific. q. s. ad sol.,

Aq. destill. 150,0.

18-to-letnia panna przez całą dobę cierpiała na morską chorobę. Autor podał jej podwójną dawkę i powtarzał co pół godziny. Skutek był zadziwiający. Po szóstej łyżce chora była zupełnie zdrową i zaczęła jeść z apetytem.

Ten sam autor stosował kokainę (obok zwykłego leczenia) z dobrym skutkiem przy Cholera nostras. Wymioty wstrzymały się, a objawy zapaści stopniowo ustąpiły.

(*Le Praticien*, 34.—*Société de Thérapeutique. Correspondenz-Blatt. f. Schw. Aerzte*. Nr. 16.—*Memorabilien*, II 5.—*Berl. Klin. Woch.* Nr. 35). O. H.

#### IV. Pedjatrija.

226. Dr. von Max RUNGE (o. Professor für Geburtshülfe, Frauen- und Kinderkrankheiten und Director der Frauenklinik an der Universität Dorpat). **Choroby noworodków.** *Die Krankheiten der ersten Lebensstage.* (Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1885. Str. I—IV, 207). Streszczył M. ZWEIFBAUM.

Książka ta powstała z wykładów, prowadzonych przez autora w latach 1879—1882 na uniwersytecie berlińskim, a następnie dorpackim. Jest-to praca samodzielna, oparta na pilnych badaniach klinicznych i anatomicznych, do których materiału dostarczyła autorowi klinika Gusserow'a i instytut Virchow'a.

Nie jest-to podręcznik w ścisłym znaczeniu tego słowa, bo nie obejmuje wszystkich form nozologicznych, przytrafiających się u dzieci w pierwszych dniach po narodzeniu. Autor wybrał te tylko działy, które w nowszych podręcznikach chorób dzieci albo zupełnie są pominięte, albo są tylko pobieżnie traktowane, głównie zaś te formy, które we własnej praktyce miał sposobność spostrzegać i studyjować. Jest-to więc studyjum naukowe, wynik badań klinicznych i anatomicznych, z obszernem uwzględnieniem już gotowego materiału literackiego, który uległ ścisłemu sprawdzeniu.

Książka rozpada się na 8 działów. Streszczymy każdy z nich po kolei, uwzględniając głównie praktyczną stronę przedmiotu.

##### I. Zatchnięcie noworodków.

(*Asphyxia neonatorum*).

Dziecko może uleść zatchnięciu albo wewnątrz macicy (zatchnięcie wrodzone), albo też dopiero po narodzeniu.

1. *Zatchnięcie wewnątrzmaciczne* wtedy przychodzi do skutku, gdy dowóz tlenu do płodu zostaje przerwany. Wiadomo, że płód wewnątrz macicy otrzymuje tlen ze krwi matki i wraca jej swój kwas



węglany; miejscem zaś wymiany tych gazów jest łożysko (oddychanie łożyskowe). Płód więc wewnątrz macicy otrzymuje tlen, nie oddychając płucami (czynnie). Stan ten nazwano *bezdech płodowym* (fötales Apnöe). Skoro dopływ tlenu doznaje przeszkody, bezdech zostaje przerwany wskutek podrażnienia ośrodka oddechowego, następstwem czego jest pierwszy oddech płodu. Lecz zamiast powietrza, którego nie ma w macicy, do dróg oddechowych zostaje wciągnięte to co się przed ustami i nosem znajduje, mianowicie wada płodowa, krew i smółka; następuje zatchnięcie (asphyxia) ze swemi następstwami.

*Przyczyny* powodujące przerwanie dopływu tlenu do płodu są ze strony matki następujące:

1) Zboczenia w krwiobiegu łożyskowym wskutek nieprawidłowych bólów porodowych, zwłaszcza w okresie wydalenia płodu.

2) *Zatchnięcie matki* (asphyxia) w chorobach płuc i serca, *silny i nagły spadek ciśnienia krwi* w tychże chorobach, lub też w czasie konania, albo wreszcie wskutek znacznej utraty krwi. *Śmierć matki*.

Ze strony zaś płodu:

1) *Odklejenie łożyska*.

2) *Ucisk sznurka pępkowego*.

3) *Ucisk mózgu*.

Zatchnięcie wewnątrzmaciczne *rozpoznać* łatwo z postępowego zwolnienia uderzeń serca płodu (resp. tętnienia sznurka pępkowego) w czasie przerwy między dwoma bólami i z odejścia smółki w tych położeniach płodu, w których pośladki nie przodują.

Przyspieszenie uderzeń serca, po poprzedzającym takowe zwolnieniu czynności jego, dowodzi już drugiego okresu zatchnięcia i czyni rokowanie dla płodu bardzo groźnym.

Jakkolwiek najczęściej zatchnięcie wewnątrz macicy następuje po oddechu, to jednak zdarzyć się ono może i bez oddychania, a mianowicie u płodów niedojrza-

łych, które z powodu słabo rozwiniętych mięśni oddechowych, lub ośrodków nerwowych, nie mogą jeszcze na brak tlenu we krwi oddziaływać przez oddychanie, albo też w razie istnienia bezpośredniego uszkodzenia ośrodka oddechowego np. przez wylew krwawy.

Przy *badaniu zwłok* dzieci, zmarłych przed narodzeniem wskutek zatchnięcia, znajdujemy zmiany towarzyszące zwykle uduszeniu i znaki dowodzące bytu oddychania wewnątrzmacicznego.

Krew jest bardzo płynna, prawa pętla serca i grubsze naczynia, sinus dextrae matris i naczynia piaie matris, a także wątroba są krwią wypełnione. W narządach wewnętrznych znajdujemy liczne punktowate lub większe wynaczynienia, zawsze zaś prawie w pia mater, pod opłucną i w osierdziu, pod otrzewną wątroby, w tkance łącznej jamy brzusznej, niekiedy w nerkach, przynerczach i w macicy. Wylewy krwawo-surowicze napotkać można w jamie brzusznej, opłucnowej i w worku osierdza, zwłaszcza w tych przypadkach, w których uduszenie powoli następowało, jak również obrzęk opony miękkiej, moszny i tkanki łącznej, otaczającej żyłę pępkową.

Płuca nie wypełniają zupełnie jamy klatki piersiowej i są krwią nasiąknięte. Obszerne wynaczynienia pod opłucną i osierdziem poczytywane są przez wielu autorów za skutek przedwczesnego wdechu. Krtań i tchawica, niekiedy i oskrzela (zwłaszcza prawe) są wypełnione prawie stale śluzem, wodą płodową albo smółką.

Nie rzadko znajdujemy w płucach miejsca wypełnione powietrzem, które dostało się do macicy z zewnątrz przy badaniu, wprowadzeniu narzędzi lub ręki lub przy położeniach twarzowych i zostało przez dziecko wciągnięte. Odkąd wiemy, że przez nagłą zmianę położenia kobiety, powietrze może przeniknąć do kanału porodowego, dziwić nas nie powinno odnajdywanie w płucach oddzielnych miejsc wypełnionych powietrzem przy porodach



dzieci martwych w położeniu czaszkowem.

Niekiedy żołądek zawiera smolkę lub powietrze. Kiszki są zwykle próżne, niekiedy dolny ich odcinek zawiera smolkę; zdarza się jednak, że kiszki całe są wypełnione smolką.

Jeśli dziecko urodziło się w zatchnięciu, a więc w śmierci pozornej i środki cujące do żadnego rezultatu nie doprowadziły, to w płucach takich dzieci znajdujemy zawsze prawie powietrze, chociaż części niedodmą dotknięte (atelectasis) przeważają. Powietrze dostało się do płuc albo wskutek samodzielnego oddychania, albo też wskutek zastosowania sztucznego oddychania w celu docucenia noworodka. Części płuc wypełnione powietrzem różnią się od twardych, wątrobowatych czerwono-brunatnych części niedodmą dotkniętych, jasną barwą i pęcherzykowatymi zarysami. Na powierzchni pod opłucną zraziki powietrzem wypełnione mają wygląd marmurkowy, przy nacinaniu trzeszczą, na powierzchni rozcięcia wydzielają pianę krwawą drobno-pęcherzykową, a wycięte i wrzucone do wody pływają p powierzchni.

Zauważyć wreszcie należy, że rozmiary niedodmy ze stanem napelnienia naczyń pępowiny znajdują się w stosunku równomiernym. Im mniejszą jest zawartość powietrza w płucach, tem naczynia pępowiny są szersze i w krew bogatsze. Dotyczy to zwłaszcza żyły, tętnice bowiem, nawet i przy zupełnej niedodmie, okazują zawsze pewien chociaż mniejszy stopień skurczu, aniżeli przy płucach silnie powietrzem wypełnionych.

*Objawy.* W celach praktycznych należy rozróżnić dwa stopnie zatchnięcia: lżejszy i cięższy:

*W lżejszym stopniu* zatchnięcia (zwanym niewłaściwie śmiercią pozorną bladą albo apoplektyczną), skóra jest barwy ciemno-niebieskiej albo niebiesko-czerwonej. Twarz jest obrzmiała, spojówka oka często nastrożona. Członki są pozba-

wione ruchów, jednak napięcie (tonus) ich mięśni jest zachowane, członki bowiem nie są obwisłe. Bicie serca jest zwolnione lecz silne. Naczynia pępowiny są krwią wypełnione, tętno wyczuwalne, zwolnione, napięte. Ruchów oddechowych zupełnie nie ma, albo są bardzo rzadkie i powierzchowne. Towarzyszą im rżenia. Przy oddychaniu mięśnie twarzy są czynne, twarz mianowicie przyjmuje wyraz płaczący. Drażnienie skóry wywołuje żywe wdechy. Łatwość wywołania oddechów przez drażnienie skóry i częstość ich, dają miarę o natężeniu tego stopnia zatchnięcia.

*W cięższym stopniu* zatchnięcia (zwanym niewłaściwie śmiercią pozorną bladą albo anemiczną) dziecię jest bardzo blade, tylko wargi są niebieskawe. Kończyny, głowa i dolna szczęka są obwisłe, napięcia mięśniowego brak zupełnie. Ruchów oddechowych po największej części nie ma wcale. Jednym słowem dziecię sprawia wrażenie trupa, tylko ręka przyłożona do piersi wykrywa słabe, często zaledwie wyczuwalne i zwykle dosyć częste bicie serca. Sznupek pępkowy jest wiotki, naczynia prawie krwi pozbawione, rzadko tętnią. Niekiedy zaraz po narodzeniu zjawia się kilka wdechów, które prędko ustają. Są one nader charakterystyczne przez wielką energiję, z jaką są dokonywane, przyczem ma miejsce silne wciąganie żeber. Mięśnie twarzy nie przyjmują przytem żadnego udziału. Sekcja stwierdza, że wdechy te pozostają bez skutku, powietrze do płuc nie przenika, czemu zapewne są na przeszkodzie obce substancyje, wciągnięte do dróg oddechowych przy przedwczesnych ruchach oddechowych. Drażnienie skóry nie prowadzi do celu, ruchów oddechowych nie wywołuje.

Brak napięcia mięśniowego (tonus) i pobudzalności odruchowej charakteryzuje ten drugi cięższy stopień zatchnięcia.

Zatchnięcia noworodków autor umyślnie nie nazywa śmiercią pozorną, ponie-



waż śmierć pozorną jest tylko objawem, który wywołany być może przez najrozmaitsze przyczyny. Jakkolwiek zatchnięcie jest jej najczęstszą przyczyną, to jednak i inne cierpienia mogą stan ten wywołać, np. uszkodzenie mózgu, wylewy krwawe do opon mózgowych, inne krwotoki i według niektórych autorów także bezdech, trwający w dalszym ciągu po narodzeniu się płodu. Dla tego też *rozpoznanie różniczkowe* śmierci pozornej jest często dość trudnem.

Dokładne śledzenie za przebiegiem porodu bywa często w tym razie wielką pomocą. Cierpienia mogące wywołać stan podobny do zatchnięcia są: ucisk mózgu, niedokrwistość i bezdech (apnoea). Często bardzo uciskowi mózgu towarzyszy i zatchnięcie, jedna i ta sama bowiem przyczyna np. poród długo trwający przy wąskiej miednicy, wywołuje jednocześnie zatchnięcie i ucisk mózgu, albo też wskutek zwolnienia tętna przy ucisku mózgu wymiana gazów w łożysku ulega przerwaniu i w ten sposób wskutek ucisku mózgu powstaje zatchnięcie jako objaw następczy. Rozpoznanie w takich razach ułatwia badanie przebiegu porodu. Zwięźlenie miednicy, ciężka operacja kleszczowa, trudne wydobycie główki na końcu idącej, pozwalają wnioskować o istnieniu ucisku mózgu.

Jeśli dziecię z objawami zatchnięcia lżejszego stopnia, pomimo stosowanego kilkakrotnie silnego drażnienia skóry, zapada nanowo w śpiączkę i oddech przytem pozostaje rzadkim lub nieprawidłowym, a tętno wolnem, to można wnioskować o istnieniu ucisku mózgu, wylajającego zatchnięcie. Dziecię zrodzone przy objawach czystego ucisku mózgu powinno przedstawiać zwolnioną czynność serca, powierzchowne ruchy oddechowe albo ich brak zupełny, przyczem drogi oddechowe powinny być puste.

Obszerne wylewy krwawe do mózgu najczęściej śmierć powodują, nie mają

więc znaczenia pod względem rozpoznawczym.

Niedokrwistość (anaemia) powodująca śmierć pozorną noworodka, zdarzyć się może wraze istnienia przyczepienia pępowiny do błon płodowych (insertio velamentosa), wskutek rozdarcia jednego z naczyń sznurka pępkowego. Dziecko wówczas zdradza objawy jakoby drugiego stopnia zatchnięcia; nawet drogi oddechowe mogą być wypełnione wciągniętą wodą płodową, ponieważ brak tlenu, powstający skutkiem ostrej niedokrwistości, może także wywołać wdechy przedwczesne.

Jeśli przyjąć możliwość trwania bezdechu właściwego w dalszym ciągu po narodzeniu, to dziecię takie będzie okazywać prawidłową czynność serca bez oddychania; stan ten nie może jednak trwać długo: oddychanie wnet się pojawia i tym sposobem usuwa wszelką wątpliwość pod względem rozpoznania.

*Rokowanie* przy zatchnięciu noworodków jest bez leczenia co najmniej wątpliwe, w cięższych stopniach złe zupełnie. I tu mają znaczenie okoliczności, towarzyszące przebiegowi porodu, np. czas trwania okresu wydalenia płodu, czas trwania i natężenie ucisku sznurka pępkowego.

Przy racjonalnem leczeniu rokowanie w stopniu lżejszym zatchnięcia bez powikłań jest zawsze pomyślne, w drugim stopniu wątpliwe. Powikłanie, zależne od ucisku mózgu, pogarsza rokowanie i pod tym względem położenia czaszkowe są gorsze niż pośladowe.

Schultze zwraca uwagę na wpływ, jaki wywiera zatchnięcie na dalszy stan zdrowia dzieci i dowodzi, że długie trwanie stanu asfiktycznego i ocucenie z takowego w stopniu niedostatecznym, sprzyja w następstwie rozwojowi chorób umysłowych i nerwowych.

*Leczenie.* Ponieważ w zatchnięciu noworodków trzy czynniki głównie dominują, a mianowicie: 1) zatkanie dróg odde-



chowych, 2) brak tlenu we krwi i 3) ustanie krążenia krwi, więc stosownie do tego przy leczeniu należy zadość uczynić trzem wskazaniom *jednocześnie*, a mianowicie:

- 1) oczyścić drogi oddechowe,
- 2) dostarczyć tlenu płucom resp. krwi i tym sposobem rdzeń doprowadzić do prawidłowej pobudliwości,
- 3) podnieść energiję krwiobiegu.

Jeśli leczenie ma być rzeczywiście skutecznem, należy przedewszystkiem obmyśleć odpowiedni plan działania; w tym celu na wszelki przypadek należy jeszcze przed ukończeniem porodu i przed rozpoczęciem operacji akuszeryjnej, poczynić pewne przygotowania do ocucenia noworodka, a mianowicie należy wybrać odpowiednie ku temu miejsce, mieć na pogotowiu cewnik francuzki, elastyczny (Nr. 11 lub 12), wannę z ciepłą wodą (28° R.) i wiadro z zimną wodą. Należy także określić stopień zatchnięcia, co dokonywa się w sposób następujący. Wprowadzamy do ust i do gardła dziecka dotkniętego zatchnięciem mały palec, aby wygarnąć śluz tam zebrany. Jeśli na to podrażnienie podniebienia dziecię poczyną oddziaływać zrywaniem na połykanie lub wymioty, to znaczy, że pobudliwość odruchowa jest zachowana i że mamy do czynienia z pierwszym, lżejszym stopniem zatchnięcia. Jeśli podniebienie pozostaje wiotkiem i nie oddziaływa na podrażnienie, to pobudliwość odruchowa znikła i mamy do czynienia z drugim cięższym stopniem. Względnie do tego i leczenie zastosować należy.

*Leczenie lżejszego stopnia zatchnięcia* zasadza się winno na wywoływaniu na drodze odruchowej przez silne drażnienie skóry, głębokich wdechów, tak długo, dopóki krew nie otrzyma tlenu w ilości dostatecznej, resp. dopóki system oddechowy nie zacznie pracować samodzielnie.

Dziecko należy natychmiast odłączyć od matki przez podwiązanie i przecięcie pępowiny. Po oczyszczeniu ust i gardła ze śluzu, wkłada się je na kilka sekund

do ciepłej kąpieli (28° R.), następnie układa na przygotowanym poprzednio miejscu i mocno wyciera zapomocą ogrzanych pieluch. Poczynającym się właśnie i żywszym ruchom oddechowym towarzyszy krztuszenie się i kaszel. Całą tę procedurę należy powtórzyć kilka razy z rzędu; jeśli pomimo to oddychanie się nie pojawi, to należy dziecię zanurzyć prędko po szyję we wiadro z zimną wodą i ztąd prędko przenieść do ciepłej wody, następnie wycierać pieluchami i śluz z ust wygarniać. Skutek zimnej kąpieli jest zwykle doskonały. Dziecię zaczyna oddychać i krzyżeć. Niekiedy całą tę procedurę należy w tym samym porządku powtórzyć kilkakrotnie.

Do wygarnięcia śluzu wystarcza po największej części wprowadzony palec. Można w tym celu użyć i cewnika, który wprowadza się aż do głośni, kierując koniec jego po przejściu podniebienia nieco ku przodowi i następnie głębiej go posuwając. Śluz wysysa się ustami przez cewnik. Według autora użycie cewnika w pierwszym stopniu zatchnięcia bywa zwykle zbyteczne.

Niektórzy autorowie radzą w celach leczniczych wypuścić żyłeczkę krwi z przeciętego cewnika pępkowego, aby tym sposobem serce z nadmiaru krwi oswobodzić. Przypuścić należy, że nieszkodliwy ten środek może okazać pewien skutek.

*Leczenie cięższego stopnia zatchnięcia* rozpocząć należy odrazu od *sztucznego oddychania*, pomijając drażnienie skóry, które bez skutku pozostanie. Pamiętać jednak należy, że tylko te metody sztucznego oddychania mogą w tym razie być skutecznymi, które rozpoczynają się od *wydychania*. Wdychanie pierwotne tylko szkodę sprowadzićby mogło, wpędzając substancyje wciągnięte jeszcze głębiej do dróg oddechowych.

Pod względem skuteczności metoda B. Schultze'go ma pierwszeństwo przed in-



nemi, ponieważ czyni zadość wszystkim trzem głównym wskazaniom.

Dziecię należy natychmiast od matki odłączyć i bezzwłocznie rozpocząć wykonywanie sztucznego oddychania według metody Schultze'go. Opis tej metody, ze względu na jej ważność, podamy szczegółowy.

Dziecię należy ująć obiema rękami za ramiona w ten sposób, aby wielkie palce spoczywały na przedniej powierzchni klatki piersiowej, palce wskazujące pod pachami ze strony grzbietowej, a reszta palców skośnie wzdłuż strony grzbietowej klatki piersiowej. Przytem głowa znajduje oparcie na brzegach łokciowych obu napięstków. Teraz należy, rozkraczwszy nieco nogi i trzymając przed sobą dziecię w pozycji wiszącej w sposób wyżej opisany rękami ku dołowi wyciągniętymi, zarzucić je ku górze w ten sposób, aby przy nieznacznym wzniesieniu ponad płaszczyznę poziomą, dolna część ciała opadła powoli na część jego górną, przy czem palce nie powinny uciskać klatki piersiowej. Tym sposobem następuje znaczny ucisk narządów klatki piersiowej tak ze strony przepony, jak i innych ścian klatki, a więc *wydychanie bierno*. Następstwem jego jest obfity wypływ z ust i nosa cieczy wciągniętych. Po krótkiej przerwie ciało dziecka odrzucić należy napowrót ku dołowi, wtedy klatka piersiowa, wolna od wszelkiego ucisku, rozszerza się dzięki swej elastyczności, żebra się podnoszą, a przepona opuszcza się ku dołowi. Następuje czysto *bierno*, głębokie *wdychanie* i powietrze przenika przez szczelinę krtaniową do dróg oddechowych.

Po przerwie kilkosekundowej rozpoczyna się na nowo tę samą manipulację i powtarza się ją 8—10 razy z rzędu. Następnie kładzie się dziecię do ciepłej kąpieli, aby uniknąć silnego ochłodzenia ciała, przy czem zauważyć można skutek biernego oddychania. Wzmocnienie uderzeń serca i pojawienie się powierzch-

wnych lecz rytmicznych ruchów oddechowych zdradzają powrót do życia. Dziecię z cięższego stanu zatchnięcia przeszło w lepszy. Teraz więc nadszedł czas do zastosowania podrażnienia skóry.

*Jak długo nie należy ustawać w usiłowaniu przyprowadzenia do życia noworodka?* Dopóki bicie serca daje się jeszcze pochwycić, nie należy u dziecka *donoszonego* zaprzestać usiłowań przywrócenia do życia; zdarza się bowiem, że i przypadki nie przedstawiające z pozoru żadnej nadziei, wskutek długich, godziny trwających, usiłowań, mogą zakończyć się pomyślnie. Wyjątek stanowią płody niedojrzałe, brak bowiem sił żywotnych obok zatchnięcia czyni rokowanie niepomyślnem.

Jeżeli usiłowania przywrócenia do życia biorą dobry obrót, to nie należy w nich ustawać dopóty, dopóki dziecię nie odzyska świeżości zdrowych noworodków. Dziecię powinno głośno krzyczeć, żywo poruszać kończynami, otwierać oczy; skóra na piersiach, brzuchu i grzbiecie powinna się zaczerwienić. Otwieraniu oczu autor przypisuje szczególne pod tym względem znaczenie. Wciąganie żeber, zwłaszcza w okolicy przyczepu przepony, jest objawem charakterystycznym wdychania nie zupełnie jeszcze rozwiniętego. Dopóki wciąganie podobne istnieje, powrót do życia nie jest jeszcze zupełny.

Dziecię przyprowadzone zupełnie do życia, nigdy prawie nie umiera wskutek następstw zatchnięcia.

W przypadkach ciężkiego zatchnięcia radzi autor po 5—6 godzinach dziecię powtórnie wykąpać i jeśli przytem nie krzyczy głośno, na nowo zastosować drażnienie skóry.

*Inne metody sztucznego oddychania.*

Najstarszą z nich jest *wdmuchiwanie powietrza z ust do ust*. Jest to metoda zupełnie niewłaściwa, powietrze bowiem przenika jednocześnie do przetyku, żołądka i kiszki. Prócz tego badania Huberta Reich'a wykazały, że tą drogą można



przenieść gruźlicę na dziecię nowonarodzone.

Odpowiedniejszem jest *wdmuchiwanie powietrza do dróg oddechowych przez cewnik* (cateterisatio), po uprzednim wysaniu śluzu tam nagromadzonego. Po każdym wdmuchnięciu należy przez ucisk zewnętrzny klatki piersiowej wywołać wydech nie bierne. Metoda ta przedstawia dość znaczne niebezpieczeństwo. Siłę, z jaką wdmuchiwać należy powietrze, trudno ocenić i z tego powodu zdarzają się przypadki sztucznej rozedmy i odmy piersiowej, wskutek nazbyt silnego wdmuchiwania powietrza.

Bardziej zbliżoną do metody Schultze'go jest metoda Marschall Hall'a, poczynająca się od wydechu w ten sposób, że kładziemy dziecę na brzuchu, przez co klatka piersiowa doznaje ucisku. Następnie odwracamy dziecę na bok, przez co klatka piersiowa, uwolniona od ucisku, podnosi się i następuje wdychanie.

Metoda Silvestra (1858) polega na podnoszeniu (abductio) i opuszczaniu (adductio) kończyn górnych resp. ramion, przez co przestrzeń klatki piersiowej naprzemian rozszerza się i zmniejsza.

Próby porównawcze manometryczne metod sztucznego oddychania, wykonane na trupach dziecięcych, wykazały, że metoda Schultze'go przewyższa w dokładności wszystkie inne. Wahania słupa rtęci na manometrze przy wykonywaniu kołysania według metody Schultze'go były 5 do 6 razy większe, aniżeli przy stosowaniu metody Silvestra, tak więc kołysania Schultze'go wentylują płuca o wiele lepiej, aniżeli sztuczne oddychanie według Silvestra.

Ponieważ płuca dzieci nieżywonarodzonych można sztucznie powietrzem wypełnić, przeto kołysania Schultze'go zyskują ważne znaczenie pod względem sądowo-lekarskim, zwłaszcza, że płuca sztucznie nadęte (według metody Schultze'go) przedstawiają ten sam obraz anatomiczny, co i płuca dzieci, które po narodzeniu od-

dychały; nie brak im nawet charakterystycznej marmurkowatości.

2. *Zatchnięcie nabyte po narodzeniu.* Tutaj oddychanie łożyskowe nie doznało przeszkody podczas ciąży i porodu, bezdech wewnątrzmaciczny był zupełny do chwili ukończenia porodu; dziecę nie jest jednak zdolnem do wykonania pierwszego wdechu przez płuca, wskutek czego z chwilą ukończenia porodu następuje zatchnięcie. Przyczyny tej niemocy są rozmaite. W pierwszej linii wymienić należy wady rozwojowe i choroby wewnątrzmaciczne narządów oddechowych i krążenia, a także układu nerwowego (np. białe zwapnienie płuc u dzieci syfilitycznych, przesieki obustronne do oplucny, wole, braki rozwojowe w przeponie i rozwój niedostateczny płuc, uszkodzenia okolicy ośrodka oddechowego, ucisk mózgu). Pod względem praktycznym najważniejsze są tu jednak porody przedwczesne. Miękkosć chrząstek żebrowych, niedorozwinięcie mięśni, a być może także i ośrodków nerwowych u płodów niedonoszonych, nie pozwalają klatce piersiowej rozszerzyć się należycie przy wdechu i tym sposobem bezdech wewnątrzmaciczny prędko przechodzi w zewnętrzny zatchnięcie.

*Objawy.* Dzieci niezdolne do należytego rozszerzenia płuc, po narodzeniu albo wcale nie oddychają, albo też czynią ku temu słabe zaledwie wysiłki, przyczem charakterystycznym jest wciąganie ścian klatki piersiowej i zupełny brak rzeżeń. Tętno biją wyraźnie. Czynność serca jest z początku prawidłowa (objaw charakterystyczny dla zatchnięcia nabytego po narodzeniu), wkrótce jednak doznaje zwolnienia, po którym prędko następuje wydatne przyspieszenie uderzeń serca. Barwa skóry jest zwykle czerwono-niebiskawą, kłóczyny prędko się ochładzają.

Przy *badaniu zwłok* znajdujemy objawy śmierci od uduszenia z większą lub mniejszą niedodmą płuc (atelectasis), bez



oznak przedwczesnego oddychania. Wrazie istnienia wad rozwojowych, chorób wewnątrz macicy nabytych lub uszkodzeń, sekcja wykaże przyczynę zatchnięcia.

*Rokowanie* zależy od przyczyny, powodującej zatchnięcie. Przy wadach rozwojowych, przy chorobach wewnątrz macicy nabytych, przy uszkodzeniach ośrodka oddechowego i przy ucisku mózgu rokowanie jest bardzo niepomyślne. U dzieci niedonoszonych rokowanie zależy od stopnia dojrzałości płodu i od leczenia. Im płód jest starszy, tem większe są widoki, przy leczeniu racjonalnie prowadzonym, na utrzymanie dziecka przy życiu. Bez leczenia rokowanie jest zawsze wątpliwem.

*Leczenie.* Jakkolwiek w przypadkach zatchnięcia, zależnych od wad rozwojowych, chorób wewnątrzmacicznych i t. p., nie można od leczenia oczekiwać skutków pomyślnych, to jednak u wszystkich dzieci dotkniętych zatchnięciem należy przedsięwziąć próby przywrócenia do życia, ponieważ w pierwszej chwili jest często niemożliwem rozpoznanie przyczyny zatchnięcia. U płodów niedonoszonych należy nietylko czynić starania o przywrócenie dziecka do życia, lecz trzeba następnie zająć się także starannie pielęgowaniem jego.

U dzieci niedonoszonych metoda sztucznego oddychania Schultze'go często zawodzi, należy więc użyć cewnika do wdmuchiwania powietrza. Po przyprowadzeniu dziecka do życia należy przez długi jeszcze czas czuwać nad dzieckiem, ponieważ u dzieci niedonoszonych jest skłonność do powrotów do stanu zamartwiczego. Należy więc dziecię codziennie kąpać i wodą zimną oblewać, prócz tego często pobudzać do krzyku i ssania. Jeśli samo ssać nie może, należy mu mleko matczyne wlewać łyżeczką do ust. Dziecię takie należy trzymać w wacie i owijać w ogrza-

ne pieluchy; do kolebki wkładać należy butelki z wodą gorącą. (d. c. n.).

## Sprawozdania z Towarzystw lekarskich.

— 14-ty kongres niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego. Streścił W. H. Krajewski. (Dokończenie).

25) Dr. *Helferich* (Monachium). a) *Demonstracja instrumentów.*

Stwierdzone są korzyści instrumentów, których rączki są nierozłączne z trzonem, i stanowią jakby jedną sztukę. H. polecił drewniane rączki instrumentów pokryć miedzią, a następnie poniklować. Takie instrumenty odpowiadają wszelkim wymaganiom, są lżejsze niż instrumenty z maszynami metalowymi rączkami i trwalsze niż instrumenty z rączkami dębowymi.

b) *Przyczynki do antyseptyki.* H. poleca dla ambulatoryjnego użytku tamponiki z sublimowanej waty owinięte w muslin, z których każdy zawiera  $\frac{1}{2}$ —1 grm. sublimatu. Przechowywać je należy w drewnianym pudełku. Chcąc przygotować roztwór sublimatu, wkłada się tamponik do wody, a cała ilość sublimatu rozpuści się w przeciągu 1 minuty. Jak wiadomo, sublimat rozpuszcza się długo, szybkość z jaką się rozpuszcza przy zastosowaniu wzmiankowanych tamponów zależy od rozdzielienia go w wacie i dodatku gliceryny.

c) *Użycie drutu przy rezekcyjach.* H. zaleca po rezekcji szczęki górnej puste miejsce wypełnić rusztowaniem z drutu owiniętego gazą jodoformową, które się kilku szwami przytwierdza do części miękkich. W operowanym przez H. wypadku przy pomocy tego aparatu, który pozostawał na miejscu 12—14 dni, pacjent mógł od razu dobrze łykać. H. przedstawił chłopca, u którego przy osteomyelitis powstała fractura spontanea ze znacznym przemieszczeniem odtłamów, oddzielił się duży sekwestr, a nowa kość się nie tworzyła. H. zastąpił kość spiralnie zwiniętym drutem srebrnym, który następnie po zagojeniu usunął, odkręcając go w przeciwną stronę.

26) Prof. *v. Bergmann.* *O ucisku mózgu.*

Jak wiadomo, nowoczesna nauka o ucisku mózgu opiera się na przypuszczeniu, iż istota nerwowa jest ciałem nieściśliwem. W ostatnich czasach prof. Adamkiewicz z Krakowa twierdzi na zasadzie swych doświadczeń z wprowadzeniem kawałków laminary do jamy czaszki, iż mózg jest ściśliwy. B. dowodzi, iż prawa fizyczne o ściśliwości płynów i ciał



twardych stwierdzają, iż do tego potrzeba ogromnego ciśnienia i wskazują na omyłkę prof. A., który pomieszał pojęcie ściśliwości z pojęciem o wyciskaniu. Rzeczywiście w takich razach woda uległych ciśnieniu tkanek zostaje wyciśnięta; wskutek tego Liquor cerebrospinalis nagromadza się w przeznaczonych dlań zbiorowiskach, wskutek czego naprężenie w nich wzrasta. Naprężenie to powiększa już istniejące ciśnienie i wywiera przynębiający wpływ na krążenie w mózgu. Przypuściwszy, iż Liquor cerebrospinalis wypełnia przestrzenie swobodnie między sobą komunikujące w mózgu i rdzeniu, należy przyjąć na zasadzie praw hydrostatycznych, iż powiększenie ciśnienia rozłoży się równomiernie na wszystkie strony. Ten wzrost ciśnienia Liquoris zagraża krążeniu krwi w mózgu, ponieważ zaś mózg potrzebuje być należycie odżywiany, więc niebezpieczeństwo ztąd powstałe jest wielkie. Przedewszystkiem cierpi kora mózgowa, następnie ośrodek nerwu błędnego, na koniec ośrodek nerwów naczynioruchowych. Tak więc objawami ucisku mózgu będą: utrata przytomności, zwolnienie pulsu, później przyspieszenie, powiększenie ciśnienia w naczyniach, a następnie obniżenie tego ciśnienia. Prawidłowe występowanie tych objawów w określonym po sobie porządku daje lekarzowi możność rozpoznać ucisk mózgu. Podług Adamkiewicza Liquor cerebrospinalis znajduje się zawsze pod słabem ciśnieniem gdyż ma cały szereg kanałów wprowadzających. Otóż oba twierdzenia nie są prawdziwe. Liquor cerebr. znajduje się pod wysokim ciśnieniem (60—80 mm. wody). B na dziecku cierpiącym na Meningocele badał oddechowe i pulsacyjne zmiany w ciśnieniu. Ciśnienie wynosiło 60—80 mm., powiększało się przy krzyku, opadało podczas snu. Stwierdzono, iż różnice oddechowe i skurczowe wynoszą 10—20 razy więcej niż sądził Adamkiewicz. B stwierdził wypowiedziane już w 1876 r. przekonanie, iż w jamie czaszkowej istnieje tętno żyłne, wywołane przez powiększające się przy systole ciśnienie Liq. cer. Co do drugiego twierdzenia A, iż liq. cerebrospinalis szybko zostaje zresorbowany przy powiększeniu ciśnienia, to nie jest ono niczem dowiedzione, gdyż nowsi anatomowie nie stwierdzili opisywanych dawniej szerokich naczyń limfatycznych, komunikujących z przestrzeniami wypełnionemi Liq. cerb.; główne drogi odpływu Liq. cerb. leżą w granulacjach Pacchiona, a więc leżą w jamie czaszkowej. B sądzi, iż badania jego odeprą zarzuty Adamkiewicza i utrzymają w swej sile dotychczasową naukę o ucisku mózgu. B. wykazuje całą ważność utrzymania jej dla chirurgii. W ostatnich latach operowano 22 razy dla usunięcia wylewu krwawego powstałego z przerwania Art. meningeae mediae, li-tylko na podstawie istniejących objawów ucisku mózgu z pomiędzy 22 operowanych

wyzdrowiało 20, którzyby wszyscy umarli, jeśliby ich pozostawiano własnemu losowi.

27) Dr. Ranke (Groningen). *Kazuijstykka guzów powstających z worków maziowych.*

Często operowano guzy powstałe z worków maziowych—patogenetycznie i anatomicznie przedstawiały one rezultat chronicznego zapalenia tych worków. R. spostrzegł 2 wypadki wytworzenia się guzów w workach maziowych. W jednym wypadku po kilkokrotnem zapaleniu bursae praepatellaris rozwinęła się Mixoma tego worka, guz miał 62 ctm. obwodu i został wycięty. W drugim wypadku w bursa subcurali rozwinęła się Sarcoma haemorrhagicum.

28) Dr. Lassar. *O leczeniu wilka.*

L. stwierdza, iż należy ściśle odróżniać Lupus vulgaris od Lupus erythematodes. Ten ostatni należy też do cierpień trudno wyleczalnych i dających częste recydywy. L. otrzymywał doskonałe rezultaty po kauteryzacji aparatem Pacquelin'a, trzeba tylko aby cienki kauter był bardzo słabo rozgrzany i przypalać należy bardzo powierzchownie, wystarcza to do zniszczenia zwyrodniałych części skóry, podczas gdy zdrowe pozostają bez zmiany.

29) Prof. Tillmanns (Lipsk). a) *Wolne narośle kostne zatok czołowych i jamy nosowej.*

T. przedstawił 3 narośle kostne, usunięte z jamy czołowej i nosowej 53-letniej kobiety. Po otworzeniu odnośnych jam okazało się, iż narośle te leżały zupełnie swobodnie i usunięcie ich było bardzo łatwym. Narośle były bardzo wielkie, znajdująca się w zatoce czołowej wypełniała cały oczodół i doprowadziła do ślepoty, a druga wypełniała całą jamę nosa. T. zaznacza, iż Dolbeau pierwszy stwierdził istnienie takich swobodnych narośli kostnych w odnośnych jamach i objaśniał tem, iż wyrastały one z błony śluzowej lub okostnej. Tillmanns nie zgadza się na to objaśnienie, pokazuje na wydobytych przez siebie osteomach ślady zanikłej nóżki i dowodzi, iż zanik taki przychodzi do skutku wtedy, gdy w miarę wzrostu guz napotka przeszkodę niedozwalającą mu się dalej posunąć.

b) *O operacjach przy braku kawałka nerwu.* Przy istniejącym braku kawałka nerwu proponowano różne metody postępowania.

Letièvant radził przeszczepiać obwodowy koniec zranionego nerwu na jaki nerw sąsiedni, podobno nawet Desprès otrzymał w ten sposób pomyslny rezultat. Vulpian i Gluck radzą przeszczepianie kawałków nerwów zwierząt. Vanlair radzi wprowadzić oba odcinki przeciętego nerwu do rurki drenowej, aby w ten sposób przeszkodzić wrastaniu tkanki łącznej pomiędzy końce nerwu. T. w wypadku, w którym był przecięty n. ulnaris i n. me-



dianus, a odstęp między końcami wynosił  $4\frac{1}{2}$  ctm. po odpreparowaniu końców na 4 miesiące po zranieniu oddzielił na centralnym i peryferycznym końcu każdego nerwu płatki na nóżce dość długie, aby bez naprężenia do siebie przylegały i zeszył je katgutem. W 4 tygodnie po operacji powróciło czucie, w 8 zaczęła powracać ruchliwość. Autor nie przypuszcza, aby utworzone przez niego płyty same przywróciły przewodnictwo nerwowe, posłużyły one tylko za środek do przeszkodzenia rozwoju tkanki łącznej pomiędzy przeciętymi końcami i za most, po którym włókna nerwowe rozwijające się z centralnego końca przeszły do peryferycznego.

30) Dr. *Gotthelft* (Heidelberg). *Rezultaty operacji komplikowanej wargi zajęczej.*

G. opisuje rezultaty otrzymane na klinice prof. Czernego po operacji skomplikowanej wargi zajęczej. Za zasadę przyjęto zachowanie kości międzyszczękowych i na jednym posiadzeniu dokonywano odprowadzenia tej kości i operacji plastyczną. Krwawienie pomimo operowania przy spuszczonej rzyzi było niekiedy bardzo znaczne. Bezpośredni rezultat był dobry: z pomiędzy 5-ciu operowanych u 4 zagojenie nastąpiło per primam, a u jednego tylko powstało ropienie w kanaliku wktócia igły. O dalszym kosmetycznym rezultacie nie może G. nie powiedzieć, gdyż w 1884 r. wszyscy operowani umarli w krótszym lub dłuższym czasie po operacji (4 z nich w kilka miesięcy po operacji). Wszyscy operowani mieli mniej niż 6 miesięcy podczas dokonywania operacji. Ponieważ śmiertelność ssawców sama przez się jest wielką, pozostaje więc nierozstrzygniętem, czy operacja przez występującą po niej anemię przyczynia się do śmiertelnego zejścia. Faktem jest, iż dzieci takie po pewnym czasie umierają z wycieńczenia, a może też łatwiej ulegają innym dziecięcym chorobom. To też Billroth radzi nigdy nie operować w pierwszym roku życia. Autor, chcąc dać dowód, iż operacja wywiera pewien wpływ na śmiertelność, podzielił zejścia po operacji na 3 następujące kategorie: 1) Zejścia po zwykłym skrwawieniu. 2) Zejścia po operacji z nałożeniem szwów zwalniających (*Entspannungsnahte*). 3) Zejścia po operacji komplikowanej wargi zajęczej. Pierwsza kategoria wypadków dała 38,2% śmiertelności, druga—44,4%, trzecia nakoniec 50% śmiertelności.

#### Dyskusya.

Prof. *Volkman* zaznacza, iż od niego wyszła propozycja sprawdzenia późniejszych rezultatów operacji wargi zajęczej. Zwykle natychmiastowy rezultat jest zadawalniający i dla tego każdy autor chwali swój sposób postępowania. Tymczasem V., chcąc sprawdzić rezultaty swych operacji, w jakiś czas po usunięciu się pacjentów z kliniki, przeko-

nał się ze zdumieniem, iż prawie wszyscy zmarli w krótszym lub dłuższym przeciągu czasu po operacji. V. stwierdza, iż bardzo trudno rozstrzygnąć czy sama operacja przyczynia się do powiększenia śmiertelności dzieci.

Dr. *Hoffa* (Würzburg) podaje rezultaty 80 operacji dokonanych od 1872 roku. W tej liczbie było 36 zwykłych warg zajęczych, umarło 4, a zatem 11%. Z pozostałych 44 operacji umarło 15, a więc 34%. Z wystającymi kośćmi międzyszczękowymi operowano 11 wypadków—umarło 5 t. j. 45%.

Dr. *Pratsch* (Wrocław) opowiada, iż z pomiędzy 31 operowanych od komplikowanej wargi zajęczej w klinice wrocławskiej w ostatnim dziesięcioleciu pozostało przy życiu tylko 8 dzieci i to po większej części takich, które operowano w 6 lub 8-ym roku życia. Bezpośrednio po operacji nie było ani jednego wypadku śmierci. Większość dzieci umarła w pierwszych miesiącach po operacji (w 2-ch pierwszych miesiącach umarło 23). Na klinice trzymało się zasady, iż należy operować każdą wargę zajęczą bez względu na wiek. Zwykle wycinano klin z lemiesza wraz z błoną śluzową, poczem zwykle zepchnięcie kości międzyszczękowych łatwo się udawało.

Dr. *Braun* (Jena) opisuje rezultaty operacji dokonanej przez swego poprzednika Rieda 20 lat temu. U obu pacjentów, których B. badał, okazało się, iż reponowane kości międzyszczękowe stoją daleko wyżej niż brzeg zębodołowy ( $1\frac{1}{2}$  ctm.), zęby z nich wypadły, tak, iż operowani nie otrzymali żadnej korzyści z utrzymania tych kawałków kości, przeciwnie tylko przeszkodę.

31) Dr. *Albrecht* (Bruksella). *O znaczeniu morfologicznem krypt (*diverticulus*) gardzieli.*

Podług *Ziemssen'a* i *Zenker'a* spotykają się w gardzieli dwa rodzaje krypt: jedne na tylnej ścianie gardzieli, drugie na bocznych jej ścianach. Pierwsze wyżej wymienieni autorowie nazwali *Pulsionsdivertikel*, leżą one na wysokości *Auditus laryngis* i powstawanie ich było objaśniane tem, że jest to *locus minoris resistentiae*, które łatwiej ulega rozciągnięciu przez ciała obce. Drugie krypty nazwano *Traktionsdivertikel*, leżą zwykle na miejscu rozdzielania się tchawicy, i objaśniano je bliźnowatem kurczeniem się sąsiednich gruczołów limfatycznych.

Dr. A. znalazł u całego szeregu zwierząt ssących na tylnej ścianie gardzieli stałą kryptę i dla tego uważa je u człowieka za krypty atawistyczne. Co do krypt znajdujących się na bocznych ściankach, A. dowodzi, iż są one pozostałością zarodkowych szpar skrzelowych.

Dr. A. oprócz tego demonstrował: szczęki normalnych ludzi mające po 6 zębów siecznych; zęby



sieczne i kły o dwóch korzeniach; pokazał preparat dowodzący, iż opisane przez Lhepherd'a złamanie kości skokowej właściwie złamaniem nie jest, kawałek kości, napotykaną w takich razach, jest jedną więcej. dotąd nie opisywaną, kością stępu. Na koniec pokazywał miednicę kobiecą z zupełnym brakiem 3 ostatnich kręgów krzyżowych i kości ogonowej.

32) Prof. *Volkman*n demonstrował fotografie chorej po *rezekcji stawu ramieniowego* wykonanej przed 6½ laty. Jak wiadomo, podnoszenie kończyny do góry po rezekcji stawu zwykle bywa niedostatecznym, najwyższej dosięga kąta prostego. W przedstawianym wypadku chora może podnosić kończynę do zupełnie normalnej wysokości. Czem objaśnić tak pomyślny rezultat, V. nie wie.

33) Prof. *Maas* (Würzburg). a) *Rezekcja ścianki piersiowej przy guzach*.

U chorego z sarcoma dorsi sięgającą od dolnego kąta łopatki do 10-tego żebra, wyciął M. 5 ctm. 10-tego i trochę krótszy kawałek 9-tego żebra wraz z oplucną przysięcienną Aby uniknąć zapalenia oskrzeli, które się pojawiało u innych operatorów, M. zaniechał obmywania rany płynami przeciwnie, z obawy, aby się z niemi nie zetknęło obnażone płuco. Zaraz po operacji utrudnienie oddechu było nieznaczne, tylko puls stał się słabszym. Pneumothorax znikł po upływie dni 6-ciu. Chory wyzdrowiał.

b) *Plastyka przy wrzodach*. M. leczy teraz wielkie wrzody w ten sposób, iż po wycięciu dokładnym dna, przeszczepia płaty zdrowej skóry i utrzymuje je szwami. M. demonstruje fotografie zagojonych w ten sposób wrzodów; wrzód pięty, wrzód łokcia zagojony przez przeniesienie płatu z bocznej części klatki piersiowej; wrzód nogi zagojony przeniesieniem płatu z drugiej nogi.

34) Dr. *v. Hacker*. *Kazuistyka rezekcji żołądka i Gastroenterotomii*.

H. powziął myśl, aby nie zszywać bezpośrednio dwunastnicy z żołądkiem, lecz po usunięciu raka zaszywać osobno dwunastnicę, a osobno żołądek i wytworzyć sztuczną fistułę żołądkowo-kiszkową. Pierwsza operacja dokonana w ten sposób w styczniu r. b. udała się w zupełności, w 8 dni chory mógł już przyjmować stałe pokarmy. Na klinice prof. *Billroth'a* dokonano obecnie 18 rezekcji żołądka, z tych wyzdrowiało 8, umarło 10. Operowano 3 razy z powodu wężenia bliznowatego, wszystkie 3 wypadki wyzdrowiały; z powodu raka operowano 15 razy (7 wyzdrowień). Przy raku żołądka odróżnia H. 3 kategorie wypadków: 1) Wypadki, w których nie było żadnych zrostów, tu należą 2 wypadki, w obu nastąpiło wyzdrowienie i nie było

recydywy. 2) Wypadki, w których były zrosty, lecz łatwo się dały rozdzielić, tu należą 7 wypadków (4 wyzdrowienia, 3 śmierci). 3) Zrosty bardzo obszerne z wątrobą i innymi organami sąsiednimi: 6 wypadków (wszystkie zakończone śmiercią). Tak więc tylko w wypadkach pierwszej kategorii można mieć nadzieję na trwałe wyleczenie, w wypadkach drugiej kategorii na czasową poprawę i przedłużenie życia; w wypadkach zaś należących do 3-ej kategorii H. stanowczo odradza dokonywania operacji, przy istniejącym wężeniu pylori radzi robić Gastroenterotomiam. Zwykle przy tej ostatniej łączono jejunum z żołądkiem ponad poprzecznicą, wprawdzie nie zanotowano dotąd wypadku, w którymby po takiej operacji powstał Ileus od ucisku na poprzecznicę, jest to jednak możliwem, dla tego też H. radzi łączyć żołądek z jejunum przez otwór zrobiony w przezroczystej, nie zawierającej naczyń, części Mesocolon.

35) Dr. *Lauenstein* (Hamburg). *Uwagi nad rezekcją odźwiernika*.

Dla tak zwykle długotrwałej operacji jak rezekcja odźwiernika, pożądanymi są wszystkie propozycje, dążące do skrócenia czasu trwania operacji. Z tego powodu L. zwraca uwagę na 3 następujące punkta: 1) *Kuśnierski szew* proponowany przez *Tillmansa* i *Rydygiera* znakomicie skraca czas trwania operacji i jest zupełnie wystarczający, jak o tem przekonał autora jeden własny wypadek z zejściem pomyślnem. 2) Sposób zaszycia żołądka, podany przez *Kochera*, polegający na zszyciu brzegów po nałożeniu klamry, i na zawinięciu zszytej części do żołądka po odjęciu klamry i nałożeniu drugiego rzędu szwów na otrzewną—też zasługuje na uwagę, L. wykonał go raz tylko, wprawdzie chory umarł, ale sekcja wykazała, że szew trzymał doskonale. 3) *Nakoniec L. proponuje*, aby zamiast odcinać nowotwór od żołądka, a na samym końcu od dwunastnicy, zaczynać od tej ostatniej, a oddzielenie od żołądka pozostawić na koniec, przez to można, unosząc guz po oddzieleniu od dwunastnicy, zepchnąć całą zawartość żołądka do dna jego i nie obawiać się ich wylania do jamy brzusznej. W dodatku postępowanie takie umożliwi oddzielenie zrostów od tylnej ściany guza pod kontrolą oczu, nie zaś na ślepo, jak to dotąd czyniono.

36) Prof. *Kraskz* (Freiburg). *O wycinananiu wysoko sięgających raków odbytnicy*.

Zwraca uwagę na brak odpowiedniej metody operacyjnej do usuwania wysoko leżących raków odbytnicy, o których *Volkman*n powiada, iż leżą za wysoko dla usunięcia ich przez otwór stolcowy, a za nisko dla laparatomii. Już *Kocher* 10 lat temu proponował dla takich wypadków wycięcie kości ogonowej w celu powiększenia pola operacyjnego.



K. znalazł, iż to nie jest wystarczającym i proponuje jeszcze dodać częściowe wycięcie kości krzyżowej. Postępuje w następujący sposób: cięcie od tylnego obwodu kiszki prowadzi przez kość ogonową aż do ościstego wyrostka 3-go kręgu krzyżowego, miękkie części oddziela od kości skrobaczką, lig. tuberoso- et spinosacrum przecina, a następnie dłutem odcina kość krzyżową na wysokości 3-go kręgu wrzokowego. W ten sposób K. zdobywa dosyć miejsca do wycięcia odbytnicy aż do tego miejsca, w którym jest ze wszech stron pokryte peritoneo, a nawet i wyżej. Autor dołącza opis dwóch operacji dokonanych w podobny sposób i zakończonych pomyślnie.

37) Dr. Bidder (Berlin). *Fistula pomiędzy macicą, pochwą a grubą kiszką.*

Wskutek pęknięcia macicy i zgangrenowania kiszki, wytworzył się na granicy między macicą a pochwą anus contra naturam. Po licznych próbach udało się nareszcie zamienić anus na fistulę, którą następnie autorowi udało się zamknąć na drodze operacyjnej. Podczas leczenia pojawiły się objawy zamknięcia światła kiszki, spowodowane jak się okazało wytworzoną ostrogą, którą autor usunął za pomocą elastycznej ligatury.

38) Dr. Meinhard Schmidt (Hamburg). *Próba wyjaśnienia powstawania Herniae inguinalis interstitialis et Herniae inguinoproperitonealis.*

Hernia inguinalis interstitialis przedstawia się jak wiadomo, jako guz leżący powyżej więzła Pouparda i nieprzekraczający zewnętrznego pierścienia kanału pachwinowego. Przepuklina taka zwykle jest związana z Retentio testis inguinalis. Zwykle za przyczynę powstania tej przepukliny podają zwężenie zewnętrznego pierścienia kanału. Autor operując taką przepuklinę znalazł, iż wewnątrz pierścienia kanału pachwinowego leżał bardzo wysoko gdyż na wysokości spinae ilei anter. sup. Ponieważ M. nie znalazł przyczyny, która by wywołała to przesunięcie otworu wewnętrznego, przypuszcza więc, iż przemieszczenie to jest wrodzonym, a spowodować go mogło nienormalne przyczepienie Gubernaculum Hunteri.

Jeśli przy podobnych okolicznościach worek przedłuży się do moszny, powstanie Hernia inguinoproperitonealis. Wprawdzie wewnątrz worek będzie leżał przed fascia transversa, a więc właściwie nie properitoneal, ale autor twierdzi, iż nie we wszystkich wypadkach dowiedzionem jest, iżby worek leżał po za fascia transversa. Dla objaśnienia powstania worka pozaotrzewnego za fasc. transversa na drodze zarodkowej należałoby przyjąć, iż Gubernaculum Hunteri przyczepiało się wysoko do tylnej powierzchni przedniej ściany brzusznej, następnie przebiegało pod otrzewną w kierunku spojenia ło-

nowego, i dopiero w okolicy wewnętrznego pierścienia przebijało całą grubość ścianki brzusznej.

39) Dr. Riedel (Akwisgran) demonstrował:

a) *Torbiel gruczołu podżołądkowego* rozwinęła się u 46-cio-letniej kobiety w przeciągu 9 lat. Przyjęto ją pierwotnie za torbiel jajnika, dopiero w czasie operacji pokazało się, iż colon transversum znajduje się po niżej torbieli. Pomimo to udało się ją usunąć. Chora zmarła piątego dnia. W ostatnich latach opisano 9 wypadków torbieli trzustki, z których operowano 6, godnem uwagi jest, iż w większości wypadków guz rozwijał się bardzo szybko, gdyż w kilka miesięcy zaledwie.

b) *Podłużne złamanie główki i szyjki kości udowej* u 15-letniego przejechanego chłopca, wylezione zapomocą rezekcji. Autor przypuszcza, iż podczas powstawania zwichnięcia ku tyłowi, w chwili gdy główka opierała się o tylny brzeg acetabuli, nastąpiło złamanie, dowodziło tego zdruzgotanie tylnego brzegu acetabuli znalezione przy operacji.

40) Prof. Winizwarter (Lüttich) demonstrował:

a) *Złamanie dolnego końca uda* powstałe u 36-letniego mężczyzny wskutek upadku na kończynę ciężkiego kamienia. Oprócz uda złamane były kości goleni, a oprócz tego było zwichnięcie rzepki. Ponieważ chory na amputację się nie zgodził, więc W. otworzywszy staw kolanowy i znalazłszy, iż dolny koniec uda był złamany w formie litery T, utrzymał odtamy w odpowiednim położeniu zapomocą gwoźdźcia. Chory umarł wskutek wtórnego krwotoku. Sekcja wykazała, iż odtamy utrzymane gwoździem dokładnie się zrosły.

b) *Preparaty ankiлоzy stawu kolanowego po operacji.* U sparaliżowanego 10-letniego chłopca dokonał W. rezekcji w obu stawach kolanowych z założeniem szwu kostnego w celu wyprostowania kończyn i umożliwienia chodzenia na kulach. Rany się zagoiły, a gdy dzieciak umarł we 2 miesiące później od dyfterytu, sekcja wykazała, iż w obu stawach wytworzyły się kostne połączenie rezekowanych kości.

41) Dr. Sonnenburg (Berlin). *Leczenie dobrowolnych zwichnień ud.*

S. przedstawił chorego, u którego po tyfusie powstało zwichnięcie uda, główka przemieszczona ku przodowi i dołowi, znajdowała się prawie na międykroczu. S. wykonał w tym wypadku najprzód osteotomiam szyjki kości udowej dla usunięcia od siebie położenia kończyny, a następnie osteotomiam subtrochantericam dla zniesienia znacznej fleksyi. Zejście pomyślne. U drugiego przedstawionego chorego powstało zwichnięcie ku tyłowi po ospie; tu się udało zciągnąć główkę na swoje miejsce przy pomocy aparatu wyciągowego. S. sądzi, iż dobry



ten rezultat nie utrzyma się długo i że główka w drugim wypadku znów wyjdzie ze swego miejsca.

W dyskusji prof. Volkmann zaznacza, iż obecnie pracuje nad podaniem wskazań jakich się trzymać należy przy wyborze metody operacyjnej: Resectio, Osteotomia colli, Osteotomia subtrochantERICA. V. przeprowadza ścisłą różnicę pomiędzy wypadkami, w których główka jest jeszcze cokolwiek ruchoma, i wypadkami zupełnej ankiлоzy. W 29 wypadkach tej ostatniej dokonano operacji z powodzeniem i bez najmniejszego niebezpieczeństwa dla życia, dla tego też V. bardzo poleca operację.

42) Dr. Hoffa (Würzburg). *O rezekcji stawu kolanowego.*

H. powstaje przeciw proponowanej przez Königa i Volkmana artrotomii przy gruźlicy stawu kolanowego. Twierdzi, iż operacja ta może być dobrą dla pierwotnie synowjalnej formy gruźlicy w żadnym jednak razie dla pierwotnie kostnej formy, gdyż, jak twierdzą sami projektodawcy, łatwo jakie ognisko kostne przesłępić można, a wtedy recydywa jest koniecznym następstwem. H. zestawia rezultaty rezekcji wykonanych przez Esmarcha, Lienharta, Bergmanna i Maas, z których się okazuje, iż na 31 operacji otrzymano 10 kończyn zdalnych do użytku, a 3 razy stawy nawet zachowały ruchomość; podczas gdy König na 24 artrotomije miał 3 śmierci, 7 wyleczeń, a reszta chorych dotąd pozostaje w leczeniu. Główne zarzuty stawiane rezekcji są: powstrzymanie wzrostu kończyny u dzieci, ustawienie obu odcinków kończyny pod kątem. Pierwszemu radzi autor zaradzić przez: o ile możności jak najoszczędniejsze wycinanie kości, radzi odpilowywać cienkie kawałki i wtedy dopiero szukać ognisk w nasadzie. Co do ustawienia kończyny pod kątem, to można go uniknąć przez dobre, równe odpilowanie końców stawowych, bez nachylenia ku tyłowi, jak to dawniej robiono. We wszystkich wypadkach należy się starać o prima intentio, gdyż tylko szybkie zagojenie chroni od wymienionych wyżej złych następstw rezekcji.

43) Dr. Bessel-Hagen (Berlin). *O wylu szczeni kości skokowej przy stopie szpotawej.*

Autor rozróżnia 3 grupy stopy szpotawej:

1. Wrodzona stopa szpotawa powstaje wskutek wrodzonego złego ustawienia powierzchni stawowych.

2. Traumatyczna stopa szpotawa powstająca wskutek obrażeń kości stępu.

3. *Nabyta po urodzeniu stopa szpotawa* wskutek różnych wpływów działających z zewnątrz.

Nabyta stopa szpotawa różni się od wrodzonej,

szczególniej rotacją kości goleniowych nazewnątrz, czego przy wrodzonej stopie szpotawej nie ma.

Zmiany w stawie Choparta są następcze, jedyne pierwotne zmiany są w kości skokowej i piętowej. Dla tego też B. jest gorącym zwolennikiem całkowitej rezekcji kości skokowej, petępia zaś rekomendowaną ostatnio przez Lorenza klinową rezekcję w stawie Choparta. Radzi tylko do wyluszczenia kości skokowej dodać przecięcie więzów strzałkowo-piętowego zewnętrznego, twierdzi, iż większość niepowodzeń, jakie niektórzy chirurgowie otrzymali po tej operacji zależała od niezachowania tej ostrożności.

B. podaje następującą statystykę:

Na 122 wypadki wycięcia klina ze stawu Choparta umarło 5 chorych, w 45 wypadkach rezultat był zupełnie zły, a w 20 nastąpiła recydywa.

Na 64 wyluszczenia kości skokowej przypada 1 śmierć i 57 dobrych rezultatów, a 2 tylko recydywy. W końcu autor przedstawia 12 letnią dziewczynkę i 24-letniego mężczyznę, operowanych na klinice prof. Bergmanna, u których rezultat jest zupełnie zadawalniający.

#### D y s k u s y j a.

Dr. Hirsberg (Frankfurt) znajduje, iż chorzy przedstawieni przez B. nie chodzą wcale świetnie. Sam H. wycina ze stopy klin, który mu za każdym razem oblicza jeden z wybitnych matematyków na podstawie formuł geometrycznych (!?). Klin ten wycina nie z najwypuklejszego miejsca lecz więcej ku przodowi. Stopa odrazu przyjmuje normalne położenie. H. przedstawia cały szereg gipsowych odlewów przed i po operacji.

Dr. Jul. Wolf: robi uwagę, iż dr. Bessel Hagen, opisując różnice pomiędzy oddzielnymi rodzajami stopy szpotawej, zapomniał dodać, iż wszystkie te rodzaje mają jeden wspólny moment, a tym są zmiany we wszystkich, co do jednej, kościach wchodzących w skład stopy a nawet goleni; obserwacja ta skłoniła starych lekarzy do twierdzenia, iż tak zwany Pes varus jest właściwie Crus varum.

Zmiany te są niczem innym, jak stwierdzeniem prawa o transformacji kości przedstawionego przez W. na poprzednim kongresie, są wyrazem czynnościowego przystosowywania się kości kończyny do zmienionych statystycznych stosunków przez wykręcenie stopy nawewnątrz.

Jeśli tak jest rzeczywiście, to twierdzenie, jakoby usunięcie jednej kości lub klina ze stopy mogło usunąć zmiany nie ma podstawy. Rękoczyn ten sam przez się, bez następczego ciągłego Redressement byłby pozostał bez żadnego wpływu.



Jeśli się jednak wykaże, że Redressement samo przez się nawet w najcięższych wypadkach wystarcza do powrócenia normalnego położenia stopie, to po cóż wykonywać operację. Że to jest możebnym dowodzą 2 przypadki przedstawione przez W.: u 19-letniego pacjenta, autor, przy pes varus w b. wysokim stopniu, dokonał tenotomii tendinis Achilli, a przy pomocy redressement w 19 dni chory mógł już całą podszwają dotykać podłogi. 11-letnia dziewczynka we 3 tygodnie też stąpała doskonale.

Prof. *Bergmann* pyta, czy chorzy przedstawieni przez W. nie byli nigdy poprzednio leczeni, gdyż B. zauważył, iż u takich redressement łatwiej się udaje.

Dr. *Wolff* odpowiada, iż w obu wypadkach do 4-go roku życia robiono kilka prób leczenia niefortunnych, od tej jednak pory stopy pacjentów pozostawione były własnemu losowi.

44) Dr. *Kümmel* (Hamburg). *Osteoplastyczna resekcyjja stopy.*

K. opisuje wypadek gruźlicy kości stępu u 39-letniej kobiety, w którym pokolei wskutek ciągłych nawrotów cierpienia dokonał następujących operacji: Exstirpatio calcanei—recydywa; Evidement Astragali et tibiae—recydywa; operacja Mikulicza (przyszczenie kości metatarsalnych do gołeniowych)—brak kostnego połączenia i recydywa; spilowanie powierzchni kostnych raz jeszcze i nałożenie szwu kostnego—nareszcie trwałe wyleczenie. Długość wyciętego kawałka w różnych odstępach czasu wynosiła 13½ ctm., skrócenie kończyny = 6 ctm.

Na tem posiedzenia zjazdu zakończono. Na prezesa następnego zjazdu przez akłamację został obrany prof. v. Langenbeck.

## Wiadomości bieżące.

— **Wstrzykiwanie tuszu jako środek pomocniczy przy robieniu preparatów histologicznych.** K. Tagucki, młodszy profesor anatomii na uniwersytecie w Tokio powiada, iż od r. 1879 zajmuje się przyrządzeniem skrawków z preparatów, które poprzednio nastrzykuje tuszem japońskim lub indyjskim. Wykonał on w ten sposób wiele preparatów naczyń mózgu i rdzenia, brodawek języka, błony śluzowej pęcherza moczowego, skóry, łącznicy, błony naczyniowej, tęczówki i t. p. Barwa nie zmienia się z biegiem czasu. Sprawozdanie ogłoszone zostało w 5-tym numerze „Suplement of the Transactions of the Sei-i-Kwai“.

(*The Brit. Med. Journ.* 22 sierpnia r. b.).

— **Ministryjum spraw wewnętrznych** w Austrii zabroniło bezwarunkowo sprzedaży elektro-homeopatycznych środków hr. Mattei.

(*Wien. Med. Presse*, Nr. 37).

— **Środek przeciw panice cholerycznej.** Zarząd miejski w Tafulla w Hiszpanii postanowił, że wszyscy ci, co na wieść o wybuchu cholery zamierzają opuścić miasto, zmuszeni będą złożyć 100 duros (500 fr.). Suma tą drogą zebrana przeznaczoną będzie na zapomogi dla chorych na cholere i na środki zwalczania epidemii.

— **Cholera w Hiszpanii słabnie.** Wogóle od marca do 3 września zachorowało 270,000 osób, z tych zmarło 96,000. Największe natężenie epidemii było w sierpniu. W południowej Francji cholera pokazała się oprócz Marsylii i Tulonu w Nimes, Cette, Montagnac. Natężenie choroby jest średnie. We Włoszech skonstatowano przypadki pierwsze w Trivio obok Gaety.

— **Austryjacki minister oświaty** wydał odnośnie wiwisekcyi rozporządzenie analogiczne do obowiązującego w cesarstwie Niemieckiem.

(*Prag. Med. Woch.*).

— **W szpitalu Saint-Louis** w Paryżu wskutek omyłki ucznia aptekarskiego, który zamiast środka czyszczącego wydał środek mocno trujący, zmarły dwie osoby. Winny skazany został na 50 fr. kary pieniężnej i 3 miesiące więzienia.

„*Progrès Méd.*“ a za nim „*la Justice*“ przypominają, że kiedy podobnie nieszcześliwy przypadek zdarzył się siostrze miłosierdzia, winna nie była nawet pociągana do odpowiedzialności.

(*Le Praticien, Le Progrès Méd.*).

— **Okrzyczana sprawa dysertacji „O sztucznem zapładnianiu“**, przedstawionej paryskiemu fakultetowi, redukuje się do bardzo skromnych rozmiarów. Praca nie została ani odrzuconą, ani też przeznaczoną na zniszczenie z powodu niemoralności tematu—ale, jak widać z listu prof. Pajot, członka uniwersyteckiej jury, nie była aprobowaną z powodu zbyt małej wartości naukowej; do znanej bowiem, a nawet praktykowanej, choć rzadko, w sztuce kwestyi, nie dodawała nic nowego.

(*Progrès Méd.*).

## — Nadesłano do Redakeyi:

Dr. *B. Wicherkiewicz*. O nowym sposobie operacji zaćmy niedojrzałej i przyczynę do antyseptyki w okulistyce. Odb. z „*Gaz. Lek.*“, 1885.

Dr. med. *Rothe*. Psychiatria czyli nauka o chorobach umysłowych. Z wydawnictwa dzieł lekarskich, nakładem „*Gazety Lekar.*“. Warszawa, 1885.