

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Choroby nerwowe.

300. Prof. JOLLY. **O paraplegii podczas ciąży.** *Ueber Paraplegie in der Schwangerschaft. (Wanderversammlung der südwest. Neurol. u. Irrenärzte. Archiv f. Psych. Bd. XVI, Hft. 3).*

U 16-letniej dziewczyny będącej w ciąży wystąpiły w r. 1883 w miesiąc po ostatniem miesiączkowaniu bóle w okolicy żołądka i silne wymioty, parę razy nawet krwawe. Jednocześnie pojawiło się osłabienie kończyn dolnych, które w 3-cim miesiącu przeszło w zupełne porażenie, pozostające przez cały czas ciąży. We Wrześniu 1884 nastąpił prawidłowy poród, lecz dziecko wkrótce zmarło. We 2 tygodnie później chora przyjętą została do kliniki autora, który stwierdził wiotkie porażenie obu kończyn dolnych przy wzmocnionym odruchu kolanowym i znacznem zmniejszeniu czucia, szczególnie w kończynie lewej. Kończyny zimne, cyjanotyczne. Badanie elektryczne wykazało znaczny opór w przewodnictwie skóry, skurcze prawidłowe nerwów i mięśni pod wpływem obu strumieni, brak odczynu zwyrodnienia. Po zastosowaniu strumienia przerywanego nastąpiło stopniowe polepszenie bezwładu; po upływie 6 ciu miesięcy chora mogła się przechadzać opierając się na kiju, lecz pojawiało się przytem trzęsienie całego ciała, a szczególnie głowy jak przy sklerozie wielogniskowej. Dwa razy też występowała utrata głosu, przyczem badanie laryngoskopem stwierdzało porażenie strun głosowych. Osłabienie kończyn i trzęsienie w zupełności zniknęły pod wrażeniem obawy żegadła, o możebnem zastosowa-

niu którego w obecności chorej wspomniano.

Pojawienie się porażenia w tak wczesnym okresie ciąży oraz przewaga jednej strony nad drugą, nie pozwalały przyjąć porażenia z ucisku, powodującego zwykle zanik mięśni wraz ze zmianami w oddziaływaniu elektrycznem. Przebieg pomyślny znów dowodził, iż nie miało tu miejsca ciężkie cierpienie rdzenia, jako to: zapalenie lub skleroza wielogniskowa, lecz porażenie czysto czynnościowe. Autor nie przypuszcza tu porażenia t. zw. odruchowego; przyjmuje on natomiast, iż wskutek ciąży wytwarza się tu podobna zmiana w oddziaływaniu układu nerwowego drogą podrażnienia dośrodkowego, jak to ma miejsce w macinnictwie; na tle tem powstało tu później porażenie histeryczne. Prawdopodobnem jest, iż sinica, uczucie zimna i znaczny opór przewodnictwa skóry kończyn dolnych dowodzą odruchu zwieraczy naczyń jako przyczyny porażenia. Przemawia za tem 2-gi spostrzegany w klinice autora przypadek, w którym w związku z ciążą wystąpiły wymioty oraz znaczne zaburzenia w odżywianiu ogólnem. W 5-tym miesiącu wywołano sztuczne poronienie, po którym objawy histeryczne wystąpiły w silniejszym stopniu wraz z porażeniem i przykurczeniem obok znacznego stopnia sinicy i uczucia zimna w kończynach dolnych. Skuteczny wpływ działania psychicznego na porażenie u pierwszej chorej przemawia zresztą także za histeryczną istotą cierpienia.

A. Rosenthal.

301. ERLLENMEYER. **Przypadek trepanacji czaszki przy padaczce.** *Ein Fall von Trepanation des Schädels wegen Epile-*

psie. (*Centrabl. f. Nervenkr. u. Psych.* 1885. Nr. 22).

25-go Lutego r. b. przybył do E. Walenty H. leczony na padaczkę solami bromowemi przez innego lekarza. Z wywiadów okazuje się, iż dziedziczne usposobienie nie istnieje; chory był zawsze zdrow, służył w wojsku, nie używał trunków, nie przebył przymiotu. W Sierpniu 1878 r. spadł w Heidelbergu z 2-go piętra nowo-wznoszącego się budynku, przyczem stracił przytomność. Na klinice Czerny'ego rana na skórze głowy została zszyta; gojenie trwa 6 tygodni. Chory pozostał jednak jeszcze 20 tygodni na klinice z powodu ogólnego osłabienia a prawdopodobnie też wskutek napadów padaczkowych, które podczas pobytu w szpitalu wystąpiły. Pierwszy napad miał miejsce prawdopodobnie już w dniu spadnięcia. Dawniej nigdy nie miewał drgawek. Od chwili obrażenia głowy chory dotknięty jest padaczką; na klinice jeczcz dostawał bromek potasu. Napady drgawkowe nie są połowicze, lecz zajmują wszystkie kończyny ciała. W pierwszych czasach po kilka napadów przychodziło na raz, po czem chory jakiś czas był wolnym; w ostatnich zaś co 4 tygodnie przychodził silny atak. Napad poprzedzanym bywa przez aure, przejawiającą się w kłójącym bólu skroni i w uczuciu przygnębienia i strachu w piersiach. Przepowiednie te objawy występują zazwyczaj na 1, 2, a nawet 24 godzin przed napadem, przez co chory takowy zawsze przewiduje. Bezpośrednio przed drgawkami chory doznaje szumu w uszach. Chory fizycznie czuje się zdrowym, sfera psychiczna w stanie prawidłowym.

Stat. praes. Mężczyzna dobrze odżywiony, silny. Narządy wewnętrzne w stanie prawidłowym. Na lewej k. ciemieniowej w miejscu odpowiadającym obrażeniu, znajduje się 2½ ctm. długa, prosta, biaława blizna; jest ona łatwo przesuwalną, przy uciśnięciu niebolesną. Przebiega ona równolegle do szwustrzałkowego,

leży na 3 ctm. poniżej takowego; pionowa linija przeprowadzona od zewnętrznego otworu usznego do szwu strzałkowego przecina bliznę tę w pośrodku. Uciskając bliznę, autor skonstatował wklęsnięcie kości czaszkowej w postaci rynny na palec szerokiej; ucisk kości był bardzo bolesny, jednak napadu padaczkowego wywołać nim nie było można. Prawa kończyna górna miała ruchy i siłę prawidłowe.

Rozpoznanie. Wobec braku innej przyczyny oraz wystąpienia padaczki po owem spadnięciu, autor przyszedł do przekonania, iż wklęsnięcie kości na lewej połowie czaszki uważanem być winno za moment przyczynowy. Padaczka Jackson'a prztem wykluczoną być winna, gdyż nie była dotkniętą jedna strona przeważnie, mianowicie prawe ramię. Autor dalej nie przypuszczał umiejscowionego drażnienia cząsteczką oderwanej blaszki wewnętrznej kości, lecz miał na względzie ogólne podrażnienie, prawdopodobnie wraz z wzmoczeniem ucisku wewnątrzczaszkowego, jakkolwiek badanie dna oka i tętna nie dawało na to wskazówek. Autor odstąpił od szablonowego leczenia solami bromowemi, natomiast zaproponował choremu trepanację wklęsniętej kości, na co ten chętnie się zgodził. 27-go Lutego dokonał takowej dr. Timme w Koblenzy za pomocą cięcia skóry bezpośrednio obok blizny przedłużającego takową o 1 ctm. z każdej strony; potem cięcie krzyżowe, prostopadłe do pierwszego, równej długości, okostna zachowana; zastosowano najprzód trepan cały wymiaru 2-ch ctm., a później półksiężycowy 1¼ ctm. Lam. vitrea wyjętych części nie uszkodzono; opona twarda prawidłowa.

Przebieg gojenia się rany był zupełnie prawidłowy. Chory pozostawał pod obserwacją, jeszcze przez 6½ miesięcy. Napadu epileptycznego po operacji nie spostrzegano więcej. *A. Rosenthal.*

302. RUMPF (Bonn). **O przymiotowych porażeniach jednej kończyny i**

połowicznych. *Ueber syphilitische Monoplegien und Hemiplegien.* Odczyt na zjeździe lekarzy i przyrodników w Strasburgu 1885. (*Cent. f. Nervenheil.* 1885, Nr. 21).

Autor zbadał bliżej 4 przypadki przymiotowego cierpienia kory mózgowej celem rozstrzygnięcia kwestyi co do identyczności ośrodków ruchowych ze sferą czuciową. Przypadek bowiem traumatycznego obrażenia zwojów środkowych (G. Centrales) nie powodował żadnych zaburzeń czuciowych.

Pierwszy przypadek dotyczy 38-letniego mężczyzny, u którego od 3 ch miesięcy sparaliżowaną jest lewa kończyna górna; kurcze kloniczne w tejże kończynie. W 24-ym roku dotknięty był przymiotnicą. Odruchy ścięgniste wzmożone, mięśnie skurczone lecz niezanikłe.

W 2-im przypadku przymiotnica w 24 roku, a w 42-gim napady padaczkowe, rozpoczynające się drgawkami lewej kończyny dolnej; nastąpiło porażenie tejże kończyny, napady trwają dalej. Odruchy ścięgniste wzmożone, skurcze mięśni wyraźne. Badanie czucia w obu przypadkach stwierdziło prawidłowy stan powonienia, smaku, słuchu i wzroku. Badanie kończyn porażonych za pomocą cyrkla dotykowego i czuciomierza (aesthesio-meter) nie wykazało żadnego zboczenia; niemniej czucie ciepłoty, ciśnienia, strumieni elektrycznych i położenia kończyn było po obu stronach jednakowe. Z tych 2-ch przypadków monoplegii czysto ruchowej autor wnioskuje, iż t. zw. ośrodek ruchowy nie ma nic wspólnego ze sferą czuciową. Następujące 2 przypadki służą za demonstrację zmian chorobowych sfery czuciowej bez udziału ośrodków ruchowych. Mężczyzna lat 32 przed 8-miu laty dotknięty był przymiotnicą; przy objawach podrażnienia opon mózgowych wystąpiło w ciągu 48 godzin szczególne porażenie lewej kończyny górnej; chory mógł wykonywać wszelkie ruchy, miał jednak uczucie, jakoby ręka była zimną i zdrętwiałą; siła ruchowa po obu stronach

jednakowa, ruchy są wogóle nieco powolniejsze. Czucie przedstawia się znacznie niższonem na palcach, rękę i przedramieniu; uczucie bólu niezmienione; zmniejszonem jest też czucie położenia ramienia, ręki i palców. Delikatne ruchy lewej ręki przy zamkniętych oczach znacznie utrudnione. Mięśnie nie są zanikłe; pobudzalność elektryczna prawidłowa. Podczas badania następuje napad drgawkowy: uczucie rwania w ramieniu, palce zgięte, poczem trzęsienie przedramienia; napad, trwający 10—20 sekund, powstał bez utraty świadomości. Drugi przypadek podobny do poprzedniego: mężczyzna lat 49 w 22-gim roku przechodził przymiotnicę. W 48 r. wystąpiły nagle napady dotyczące lewej kończyny górnej, utrata czucia w tejże wraz z uczuciem mrówek i innych sensacyj. Siła ruchowa nie zmniejszona; czucie znacznie niższonem. Przypadki te autor uznaje jako wyniki zmian chorobowych w sferze czuciowej kory mózgowej.

A. Rosenthal.

II. Medycyna wewnętrzna.

303. Prof. dr. SENATOR. **O leczeniu tyfusu.** *Ueber Typhusbehandlung.* (*Berl. Klin. Woch.* 1885—Nr. 45).

Na jednym z ostatnich posiedzeń berl. Tow. lek. prof. Senator miał wykład, w którym wypowiedział swe zdanie, co do stosowania przy tyfusie brzuszonym środków przeciwgorączkowych w ogólności. Zastosowanie zimnych kąpiel, mówi autor, jako środka przeciwgorączkowego, znalazło w ostatnich latach wielu przeciwników, z pomiędzy których jedni, upatrując w wysokiej gorączce przy tyfusie główne niebezpieczeństwo, dowodzą, że snadniej zwalczyć je można wewnętrznymi środkami przeciwgorączkowymi,—drudzy, nie przyznając wielkiego znaczenia podniesionej ciepłocie, przeciwni są wszelkim środkom, służącym ku jej zwalczaniu.

Spory te rozstrzygnąć może tylko do-

świadczenie. To ostatnie napozór przemawia za stosowaniem zimnej wody, gdyż od lat 20, t. j. od czasu wprowadzenia w czyn metody leczenia gorączki zimną wodą, śmiertelność tyfusowa znakomicie się zmniejszyła. Tu jednakże pamiętać należy, że do tego pomyślnego rezultatu przyczyniły się niemniej także i inne czynniki wielkiej doniołości, jak to: ścisłe stosowanie termometru, dokładne i wczesne rozpoznawanie choroby, lepiej zrozumiane warunki dyjetetyczne i higieniczne i t. p.

Tak na przykład statystyka tyfusowa zebrana z 8 szpitali berlińskich za czas od r. 1875 do 84 wykazuje procent śmiertelności 19,8—12,1. Z liczby 8 szpitali aplikowanie zimnej wody, według wskazówek Brandt'a i Liebermeister'a (z wyłączeniem kąpiei nocnych), najczęściej praktykowane było w szpitalu *Bethanien* (ord. dr. Goltdammer), przyczem na 2,078 chorych tyfusowych procent śmiertelności = 13,5. Zimna woda, jak również wszelkie silniejsze przeciwgorączkowe procedury wcale stosowane nie były w *Augusta-Hospital* (ord. dr. Senator) i 512 chorych tyfusowych *przy leczeniu przeważnie wyczekującym* dało procent śmiertelności = 12,1, jakkolwiek większość z nich przez wiele dni pozostawała w gorączce 39⁰—40⁰ C.

Przytoczywszy powyższe cyfry, autor nie chce przez to powiedzieć, że kąpiele zimne są szkodliwe przy tyfusie. Owszem, kąpiele według autora w pewnych przypadkach tyfusu są bardzo pożądane, ale stosowanie ich opiera się na innych wskazaniach, aniżeli dotąd mniemano, a to na podwójnej zasadzie.

Przedewszystkiem mniema Senator, że wysoka ciepłota nie wywiera tak szkodliwego wpływu na budowę tkanek i przemianę materii w organizmie, jak to dowodzą zwolennicy ścisłej antypyrezy. Na dowód autor przytacza swoje i innych doświadczenia, w których zastrzykiwano zwierzętom glicerynowy wyciąg ropy lub

plwociny. U zwierząt takich ciepłota podnosiła się znacznie, i pomimo tego zkadinał zachowywały się one tak, jak osobniki zupełnie zdrowe i wręcz odrębnie od tych, którym zastrzyknięto ropę lub plwocinę w całości. Toż samo potwierdziły później badania Volkman'a i Genzmer'a nad tak zwaną gorączką aseptyczną. W następstwie tego i inni badacze, jak Litten, powstali przeciw zdaniu Liebermeister'a, co do znaczenia wysokiej ciepłoty.

Drugą podstawą, mówi autor, jest to, że zimne kąpiele bynajmniej nie są środkiem przeciwgorączkowym par excellence. Jako takie chinina, antypiryna, thallina stoją daleko wyżej. Jak małem jest przeciwgorączkowe działanie kąpiei, widać już ztąd, jak często trzeba je powtarzać w ciągu jednej doby przy wysokiej gorączce, aby osiągnąć dostatecznego obniżenia ciepłoty.

Działanie kąpiei, jak to zresztą z różnych stron dawało się już słyszeć, polega na zupełnie innych podstawach. Na pierwszym miejscu należy, według autora, postawić kąpiel, jako środek działający na nerwy, następnie na krwiobieg, wreszcie na oddychanie. Na czwartem dopiero miejscu możemy postawić kąpiel, jako środek zniżający ciepłotę ciała. Oprócz tych głównych jest jeszcze wiele ubocznych pomyślnych wpływów, jakie wywiera kąpiel na organizm długo gorączkującego chorego, jak częsta zmiana położenia ciała, czystość i t. p. Wszystko to jednakże, dodaje autor, może być osiągnięte i na innej drodze.

Postawienie ogólnych wskazań dla kąpiei na tych podstawach będzie o wiele trudniejszym, aniżeli, gdy kierować się będziemy wyłącznie tylko termometrem. Autor sądzi, że kąpiele zimne, działające na organizm w sposób podniecający, najwłaściwiej stosować w tych przypadkach tyfusu, które starzy lekarze ochrzcili mianem *febris nervosa stupida*. Z drugiej strony kąpiele ciepłe, dzięki swemu kojącemu

działaniu na nerwy, z korzyścią mogłyby znaleźć zastosowanie w przeciwnej formie tyfusu, znanej dawniej pod nazwą *febris nervosa versatilis*. Samo przez się rozumie się, że szablonowe postępowanie jest tu niemożliwe; zdarzać się będą formy, przy których skutecznymi okazać się mogą inne hydropatyczne procedury, jak ciepłe kąpiele w połączeniu z zimnymi oblewaniem, wycierania, obwijania i t. p.

Dalej zaznacza autor, że dane statystyczne, jakie udało mu się zebrać nie potwierdzają zarzutu, jakoby stosowanie zimnej wody zwiększało częstość krwotoków kiszkowych (6,8%) i powrotów samej choroby (7,8%).

Nakoniec dodaje autor słów kilka, co do traktowania niektórych oddzielnych objawów tyfusowych w *Augusta-Hospital*. Przy ogólnym upadku sił i osłabieniu działalności serca, oprócz zwykłych wewnętrznych środków podniecających, przeważnie stosuje autor podskórne zastrzykiwania kamfory (ol. Camphorat. 9 części, Aether 1 część). W tymże kierunku skutecznymi okazały się lewatywy z ogrzanego wina czerwonego, a w ciężkich wypadkach podskórne wstrzykiwanie strychniny (0,001 p. dosi). Przy krwotokach kiszkowych autor oddaje pierwszeństwo dużym dawkom Magist. Bism. Przy czkawce morfina i wodan chloralu. Przy wzdęciu lód i przepłókiwanie żołądka.

Władysław Zawadzki.

304. Dr. GOLDAMMER, **O leczeniu tyfusu.** *Ueber Typhusbehandlung.* (*Deut. Med. Woch.* 1885—Nr. 44).

W dyskusji, która powstała z racji wykładu prof. Senatora o traktowaniu tyfusu brzuszego, dr. Goldammer zaznacza, że porównanie wyników metody wyczekującej, praktykowanej w *Augusta-Hospital*, i metody stosowania zimnych kąpielei, praktykowanej w szpitalu *Bethanien*, Senator oparł na statystyce śmiertelności, na którą oprócz terapii wywierają wpływ warunki higieniczne, stosunkowa liczba lżejszych lub cięższych wy-

padków, okres choroby, w którym chory wstępuje do szpitala, wiek, zamożność i stanowisko społeczne chorego. Otóż w *Augusta-Hospital*, do którego wstępują chorzy zamożniejsi, wyżej wspomniane warunki były pomyślniejsze, aniżeli w *Bethanien*, gdzie główny kontyngens chorych pochodzi z klasy biednej, i ta właśnie okoliczność była powodem mniejszej śmiertelności w *Augusta-Hospital*.

Jeżeli idzie o statystyczne wykazy, to wedle autora o wiele właściwiej będzie zwrócić uwagę na statystykę wojskową, do której materiały dostarczają osobniki pod wielu względami znajdujące się mniej więcej w jednakowych warunkach. Z danych przedstawionych przez autora wybieramy ważniejsze. W drugim korpusie armii szczecińskiej hydroterapija wprowadzoną została w r. 1865 i, kiedy do tej daty śmiertelność z tyfusu dochodziła 25,9%, odtąd zmniejszyła się do 8 proc. W raporcie z roku 1873 w korpusie II-gim śmiertelność = 3,7, w innych korpusach, gdzie nie stosowano kąpielei, śmiertelność = 13,5; wskutek tego wydano rozporządzenie, ażeby w całej armii pruskiej stosowano kąpiele u chorych tyfusowych. Od roku 1873 do 82 w armii pruskiej śmiertelność tyfusowa wynosiła 12—8%, podczas gdy w tym samym przeciągu czasu w armii austriackiej śmiertelność z tyfusu = 26,8%, włoskiej = 28—36,8%, francuskiej = 36,5%.

Na zasadzie tych danych i swoich spostrzeżeń, co do samego przebiegu oddzielnych przypadków tyfusu (3,600 chorych przez lat 17), autor odmawia pierwszeństwa metodzie wyczekującej, zgadza się w zupełności z prof. S., że przyznawanie zimnym kąpielom działania przeciwo-rączkowego par excellence jest dalekiem od prawdy, że fanatyczne stosowanie ich według Liebermeister'a jest zbytecznym, że wreszcie działanie kąpielei na organizm chorego najracjonalniej wytłómaczyć się daje zgodnie z zapatrywaniami prof. S. (działanie na nerwy, krwiobieg, oddy-

chowanie i t. d.). Na zasadzie zaś takiego właśnie działania kąpieli, należy je uważać za najlepszy sposób leczenia tyfusu, rozumie się, kąpiele stosowane umiarkowanie, zimne i ciepłe, z uwzględnieniem stanu chorego w każdym pojedynczym przypadku, bez żadnych naprzód nakreślonych szematów. O ile zdanie lekarza przy takich warunkach jest trudne, o tyle skutek przy należytem określeniu wskazań będzie pomyślny. Pominąwszy już zmniejszenie cyfry śmiertelności, mówi autor, sam przebieg choroby w ten sposób można znakomicie złagodzić.

Co do sposobów zachowania się względem oddzielnych objawów tyfusowych, to przy upadku (*collapsus*) autor oddaje pierwszeństwo wyskokowi i piżmu, przy krwotokach kiszki zaleca makowiec, lód, spokój i dyjetę. Wewnętrzne przeciwgorączkowe środki autor stosuje rzadko, antypirynę przekłada nad chininę, salicylan sodu wykreśla zupełnie. Ostatecznie ostrzega autor, że nieogłędne stosowanie środków przeciwgorączkowych w wielu wypadkach powoduje zejście smutne.

Władysław Zawadzki.

305. Prof. S. STRIEKER. Zaraźliwość gruźlicy. (*W. Med. Presse*, Nr. 46).

Najważniejsze pytanie w nauce o gruźlicy dotyczy jej zaraźliwości.

Ani Hippokrates, ani żaden z większych klinicystów nowszych czasów nie przypuszczali, by suchoty były chorobą zaraźliwą. Nie tylko Skoda i Oppolzer, lecz nawet Niemeyer, który zwraca uwagę na pogląd Buhla co do powstawania suchot płucnych, ani słowem nie wspominają o zaraźliwości. Pomieszczenie w szpitalach chorych z gruźlicą przy chorych niegruźliczych, leczenie suchotników w domu bez szczególnych środków ostrożności, jakie stosują się przy chorobach uznanych za zaraźliwe, pokazuje, że i w szerszych kołach lekarskich myśl o zaraźliwości suchot nie powstała. Pierwszy, który podjął tę myśl, był Buhl; nie wspo-

mina on jednak o spostrzeganym przypadkach zarażenia się, zwraca tylko uwagę, że wzmianki o przypadkach mniemanego przenoszenia gruźlicy w małżeństwie się mnożą, i dodaje, że podobne objaśnienie jest wątpliwem. Ogólnie uznaniem jest, że suchoty rozwijają się przeważnie w okresie dojrzałości płciowej, t. j. około 20-go roku życia. Okres ten u większości kobiet naszego klimatu, przypada jednocześnie z chwilą zamężcia. Czy te zestawienie jest przypadkowem, czy też czynności płciowe, jak ciąża i karmienie są momentami przyspieszającymi rozwój suchot, są to kwestyje nierozstrzygnięte. Rzadkie zresztą przypadki, dopuszczające przytem zaraźliwość suchot, mogą być objaśnione inaczej, a mianowicie, że osoba, która później zachorowała, uległaby suchotom i w pożyciu ze zdrowym małżonkiem, ponieważ czynności płciowe stały się nowym momentem usposabiającym do gruźliczego zapalenia płuc. Kliniczne spostrzeżenia nie stwierdzają dotychczas hipotezy o zaraźliwości suchot płucnych. Ileż bowiem suchotników badano od czasów Laënneca i Auenbrüggera; ile osób pozostawało w ciągłych stosunkach z chorymi na gruźlicę, a pomimo to najznakomitsi klinicyści nie zwrócili wcale uwagi na zaraźliwość tej choroby.

W rodzinach, w których suchoty są chorobą dziedziczną, przypadki choroby występują nie jednocześnie, lecz odpowiednio do wieku. Najczęściej rozwija się choroba w 20-tym roku życia, przyczem od chwili śmierci jednego członka rodziny do chwili zachorowania drugiej osoby upływa dużo czasu. W wielu przypadkach suchot tuberkulizacja jest następstwem pierwotnego cierpienia płuc, jak zapalenia płuc serowatego. Jeżeliby laseczniki były przyczyną zapalenia płuc serowatego, powinnyby gruźelki zjawiać się w początku choroby. Jeżeli zaś laseczników w początku nie ma, a serowacenie zjawia się bez nich, to wynika ztąd

wniosek, że istnieją suchoty (gruźlica) bez laseczników.

Ponieważ zaś gruźelki są następstwem pierwotnej sprawy zapalnej, powstaje więc pytanie, czy to nie ognisko serowate jest ich przyczyną?

Kwestyja zaraźliwości suchot powinna być rozstrzygniętą nie przez doświadczenia, lecz na zasadzie danych statystycznych, ściśle zbieranych przez lekarzy.

Co się zaś tyczy doświadczeń, to poczynając od Knauffa (1867 r.) wielu autorów robiło próby z wziewaniem różnych organicznych i nieorganicznych pyłów z dodatnim wynikiem. Wziewania więc gruźliczych mas niczego nie dowodzą dla człowieka. Trzebaby najprzód dowieść, przynajmniej dla zwierząt, że powietrze wydechowe suchotników może wywołać suchoty. Tappeiner na zasadzie doświadczeń zaprzecza, by to mogło nastąpić, Gibont zaś twierdzi, że mu się podobne doświadczenia udały.

Należy więc utrzymać dalej pogląd, że gruźlica zależy od szczególnego usposobienia organizmu, a zaraźliwość jej dotychczas nie jest dostatecznie uzasadnioną.

M. H.

III. Chirurgija.

306. **RODET. O istocie ostrego zakaźnego zapalenia szpiku kostnego.** *De la nature de l'ostéomyélite infectieuse.* (*Rev. de Chir.* Nr. 4 i 8—1885).

Oddawna już uderzała chirurgów często spotykana nierównomierność objawów ogólnych i zmian miejscowych przy procesach, które nazywano osteitis epiphysaria, periostitis phlegmonosa lub osteo periostitis juxta—epiphysaria. Ponieważ objawy ogólne nadawały procesom tym charakter zakaźny, nazwano je przeto dorem kostnym lub zakaźnem zapaleniem szpiku kostnego (ostéomyélite infectieuse) i jako przyczynę ich zaczęto uważać mikroorganizmy. Becker odkrył w ropie kości, dotkniętych tym procesem,

mikrokoka żółtego, którego hodował na żelatynie lub ziemniakach. Wstrzyknięcie takich hodowli do jamy brzusznej wywoływało zapalenie otrzewnej, wstrzyknięcie do żył pozostawało bez skutków, jeśli nie było połączonem z urazem kości. W ostatnim razie powstawało ropienie uszkodzonej kości i zwierzęta zdychały. Rosenbach stwierdził w ropie kości, porażonych procesem zakaźnym, obecność mikrokoka, odkrytego przez Beckera (*staphylococcus pyogenes aureus*) i nadto odkrył jeszcze innego, podobnego do pierwszego, lecz inaczej zabarwionego (*staphylococcus pyogenes albus*). Szczepienia dały wyniki, zgodne z Beckarem. Krause szczepił hodowle mikrokoków podskórnie i na rogówce, lecz z ujemnym rezultatem. Wstrzykiwania do żył przy jednoczesnem obrażeniu kości lub też bez niego wywoływały objawy ostre: podniesienie ciepłoty, ropienie w kościach i mięśniach na miejscu urazu. Nadto znajdował K. porażenie nerek, ropnie w mięśniach surowicze lub ropne wysięki do stawów. Z tem wszystkiem K. powiada, że oprócz nielicznych wyjątków, obraz choroby nie był podobnym do zapalenia szpiku kostnego u ludzi. Rodet na mocy swoich doświadczeń dochodzi do wniosku, że, szczepiąc hodowle mikrokoka żółtego, zawsze można wywołać zmiany, analogiczne spotykany u ludzi. Należy tylko szczepienie wykonywać w pewnych warunkach. R. skorzystał z dwóch wypadków zakaźnego zapalenia szpiku kostnego, by otrzymać czystą hodowlę mikrokoków. W pierwszym wypadku otrzymał on dwa rodzaje mikrokoków, różniące się wielkością i załamaniem światła, pomieszane z sobą w pierwszych pokoleniach hodowli na buljonie, lecz łatwo odosobniające się w następnych. R. nie badał wcale mikrokoka większego i bardziej łamiącego światło, a zajął się tylko drugim, którego znalazł także w drugim wydadku zapalenia kości. Są to mikrokoki małe, okrągłe, z wyraźnymi zarysami. Najczę-

ściej spotykamy je ułożone parami, ruszającymi się na miejscu lub szybko się przesuującymi. Często układają się one w kupki po 4—5 i więcej (staphylococcus). Rzadziej spotykamy je rozszarpanymi pojedynczo lub ułożonymi w łańcuszki (streptococcus). Starsze pokolenia mikrobów nieco się zmieniają: mikrokokki są tu znacznie mniejsze, odosobnione, szybko poruszają się na miejscu, lecz przesuwać się niewiele. Hodowle udają się łatwo na bulionie, niezupełnie stężałej surowicy krwi i ziemniakach; R. dochował się w jednym wypadku 16, w drugim—22 pokoleń. Hodowle na bulionie szybko go i jednostajnie mącą, bez wytwarzania błonki lub kosmków; na surowicy stężałej, która się przytem nie rozpląwała, wytwarzały się gładkie żółte plamy, dające wypustki; na ziemniaku zaś żółta plama złożona z mnóstwa małych ognisk, z powierzchnią ziarnistą i nie równymi granicami. Brzegi takiej plamy są grubsze, aniżeli środek. Brak żółtego zabarwienia hodowli na bulionie, występującego w hodowlach na surowicy i ziemniaku, da się objaśnić mniejszym skupieniem mikrokoków. Zapach zepsutego kłajstru, opisywany przez innych badaczy, a który autor porównywa z zapachem nieco zakwaszonego mleka, występuje w hodowlach nie zawsze i zależy zapewne od zmian chemicznych gruntu odżywczego. Szczepienia dokonywał R., wstrzykując hodowle do żył, pod skórę i do jamy brzusznej. Najbardziej interesujące wyniki dało *wstrzykiwanie hodowli do żył*. Odpowiednio do ilości wstrzykniętej substancji i do jej siły zakażającej, R. otrzymał przebieg choroby bardzo ostry, ostry lub podostry. Wypadki z przebiegiem podostrym dawały wyniki, odpowiadające zupełnie zapaleniu kości u ludzi. Z pomiędzy 14 takich wypadków w 8 R. znalazł martwaki; w 3 je podejrywał, lecz nie mógł zrobić sekcji; w jednym zwierzę użyte do doświadczenia zdechło z innej przyczyny, dwa zaś wypadki przedsta-

wiały nieprawidłowy obraz zakażenia bez umiejscowienia w kościach. Proces zapalny rozpoczął się zwykle w części trzonu, przytykającej do chrząstki nasadowej (tak zwana okolica przynasadowa). Punktem wyjścia był szpik. Okostna była nieco zgrubiałą lub bez żadnej zmiany; czasami tylko przedziurawiała ją ropa kości, przedostając się do mięśni lub stawu. Właściwych nacieczeń ropnych (phlegmone) podokostnych R. nie spotykał. W jednym tylko wypadku nieznaczna utrata kości spowodowaną była widocznie zapaleniem podokostnym. Okostna w okolicy przynasadowej zawsze odrywała się bardzo łatwo, lecz z małymi kawałkami kości. Kość pod nią przedstawiała się nacieczoną, wilgotną, z powierzchnią coraz bardziej nierówną, w miarę zbliżania się do chrząstki. Tam tylko mogą się ograniczyć zmiany miejscowe; jednakże w większości wypadków tuż przy samej chrząstce nasadowej R. znajdował małe utraty istoty kostnej, wypełnione ropą lub zajęte przez martwak ruchomy. Małe te zagłębienia szły daleko w głąb kości, dochodząc nieraz do kanału kostnego. Na obwodzie kości można było napotkać czasami kilka takich ognisk. Niektóre z nich leżały dosyć głęboko. Szpik zawierał małe kropelki ropy, rzadziej napotykał R. obfitsze jej nagromadzenie. Czasami zamiast oddzielnych ognisk pojawiało się zapalenie kości, jednostajnie rozlane na całym obwodzie trzonu, wskutek którego następowało oddzielenie się nasady. Przytem przy nasadzie pozostawała chrząstka nasadowa, a czasami nawet cienka warstwa trzonu (jak u dzieci). Zwykle chrząstka nasadowa służyła za granicę procesu zapalnego. Jednakże w dwóch wypadkach R. obok zajęcia przylegającej okolicy trzonu, znalazł częściowe zniszczenie chrząstki nasadowej i samej nasady. W górnej części uda proces zwykle rozpoczyna się na górnym brzegu szyjki, oddzielonym od główki i od trzonu za pomocą chrząstki nasadowej. W jednym

tylko wypadku, dotyczącym szyjki uda, zapalenie przyjęło charakter stwardniający (osteitis condensans). Odnośnie swej częstości, zapalenie występuje w następującym porządku: dolny koniec uda, górny—ramienia, górny uda i górny goleni. Sąsiednie stawy zwykle są wypełnione ropą. R. przypuszcza, że ropne zapalenie stawu może czasami wystąpić, jako zapalenie błony maziowej; w większości jednak wypadków stanowi ono skutek zapalenia kości. W 3-ch wypadkach, obok zmian w kościach, znaleziono zmiany w nerkach, a raz w sercu. Przebieg choroby trwał od 5—6 dni do kilku tygodni i dłużej. Objawy i zmiany anatomo-patologiczne zupełnie odpowiadały zmianom, spotykanym u człowieka.

Ostry przebieg choroby po wstrzyknięciu hodowli do żył spostrzegł R. 12 razy po upływie 1—3 dni następowała śmierć. Przy sekcyi stale znajdowano na kończynach znaczne rozszerzenie większych żył podskórnych i głębokich, zwłaszcza naokoło nasad, gdzie nastrzykniętymi były nawet mniejsze naczynia. Na tem tle nastrzyknięciem w okolicy nasadowej i przynasadowej znajdował R. często plamy czerwone, występujące na kości, okostnej i częściach miękkich, z nią się stykających. Plamy pochodziły wskutek wylewu lub kongestyi. Okostna oddzielała się łatwo w okolicy przynasadowej, odrywając zarazem kawałeczki kości. Przytem sączył się płyn surowicy powstały wskutek wysięku zapalnego pomiędzy kością a okostną. Sama kość w tem miejscu była mniej trwałą. Na okostnej w różnych miejscach, szczególnie na wewnętrznej powierzchni goleni spostrzegł R. plamy białe, nieco wyniosłe, wielkości ziarnka prosa i większe, powstałe wskutek zgrubienia okostnej. Stawy zawierały w 3 wypadkach wysięk surowicy lub napół ropny. W mięśniach znajdował R. białe punkciki, linije lub plamki. Mikroskop wykazał w tych miejscach zapalenie śródmiąższowe, z nagro-

madzeniem komórek embryjonalnych pomiędzy włóknami mięsnymi, oraz zwyrodnienie szkliste samych włókien. Podobneż plamki białe znajdowały się na powierzchni i w głębi ścianek serca. Nerki były zawsze zmienione. Na przecięciu występowały żółtawe paski, poczynające się na granicy istoty korowej i przebiegające równoległe do kanalików istoty rdzeniowej. Są to ropnie, poczynające się w substancji korowej i rozszerzające się w kierunku kanalików. Mikroskop wykazał zapalenie śródmiąższowe, powodujące ropienie a także zwyrodnienie i martwienie komórek nabłonkowych. W moczu, oprócz białka, znajdowały się wałeczki koloidne; pokryte często resztkami nabłonka lub czerwonymi krążkami krwi. Na powierzchni wątroby spostrzegł R. białe plamki, wielkości ziarnka prosa.

W czterech wypadkach po wstrzyknięciu ropy lub hodowli otrzymał R. przebieg bardzo ostry, kończący się śmiercią w ciągu 24 godzin. Zmian anatomo-patologicznych nie znalazł żadnych. W 2-ch wypadkach z przebiegiem podobnym nie znaleziono porażenia kości, ani też innych organów, za wyjątkiem nerek. Po pewnym czasie, w ciągu którego zwierzęta znacznie chudły, znajdowano je leżące nieruchomo, reagujące słabo, z mocno rozciągniętym pęcherzem, co wskazywało na jakieś porażenie ośrodków nerwowych. W takim stanie pozostawały 2—3 dni, poczem zdychały. U wszystkich zwierząt, którym wszczepiono mikrokoka, R. badał krew i tkanki porażone, starając się otrzymać hodowle mikrokoka lub znaleźć go pod mikroskopem. Nie zawsze udawało się wykryć go we krwi; za to stale znajdowano go w tkankach, szczególnie w nerkach, gdzie żółte zabarwienie pasów od niego pochodziło.

Wstrzykiwania podskórne ropy i hodowli wywoływały mniejsze lub większe ropnie, często bez żadnego wpływu na sam organizm. Parę razy R. widział ro-

pne nacieczenie wokoło miejsca ukłócia; kończyło się wszystko zmartwieniem skóry i wytworzeniem strupa. W znacznej ilości wypadków wstrzyknięcie mikrokoków nie wywoływało żadnych zmian miejscowych, ani też ogólnych. Bywały jednak wypadki, że zaraz po wstrzyknięciu zjawiały się objawy zakażenia z przebiegiem bardzo ostrym lub ostrym. W takich razach czasami przed śmiercią występowały drgawki. Bywały wypadki, że w kilka tygodni po wytworzeniu ropnia zwierzęta zdychały i sekcja wtenczas nie wykazywała żadnych zmian w mięśniach, trzewiach i kościach. Jeżeli występowało porażenie stawów, sąsiednich z miejscem ukłócia, to można je było wytlómaczyć rozszerzeniem się procesu na sąsiednie tkanki. W dwóch tylko wypadkach udało się wykryć zmiany w kościach dalej położonych, co mogło nastąpić tylko drogą ogólnego zakażenia.

Wstrzykiwania do otrzewnej dały wyniki ujemne. R. przypuszcza, że przy wstrzyknięciu znacznej ilości bardziej złośliwych mikrokoków możnaby było wywołać ropne zapalenie otrzewnej. Mikrokokki, wprowadzone do organów trawienia w jednym wypadku spowodowały śmierć po upływie dni 11, bez dających się wykryć zmian w tkankach.

Takie lub inne działanie mikrokoków R. stawia w zależności: 1) od drogi, jaką je wprowadzono, 2) od poddanego doświadczeniom zwierzęcia, 3) od własności istoty zakażającej. Młody wiek zwierzęcia sprzyja więcej porażeniu kości i wystąpieniu objawów cięższych, aniżeli wiek późniejszy. Własności substancji zakażającej zmieniają się odpowiednio: 1) do jej postaci, własności ropy są często odmienne od własności hodowli; 2) do stopnia żywotności (*activité*) mikrokoków; 3) do ich ilości.

Wogóle badane przez R. mikrokokki odznaczają się małą odpornością i łatwością, z jaką się zmienia ich żywotność. Przechowywana przez dłuższy przeciąg

czasu hodowla odznacza się bardzo małą żywotnością mikrokoków. Jeśli hodowla skuteczną była na bulionie, to takowy szybko mętnieje, a następnie w ciągu 2 lub 3 dni z wolna zaczyna się przezroczyszczać, dochodząc niekiedy do pierwotnej prawie czystości. Na takim bulionie po raz drugi nie można już skutecznie hodowli. Widocznie mikrokokki pierwszej hodowli zużyły już pierwiastki pożywne, a, może być, wytworzyły zarazem substancje, szkodliwie wpływające na organizm mikroba. Badając pod mikroskopem taką starą hodowlę, R. zauważył, że mikrokokki były znacznie mniejsze i mniej liczne. Wstrzyknięte zwierzęciu, nie dawały żadnego skutku lub działały bardzo słabo; przeniesione do świeższego bulionu rozwijały się bardzo powolnie. Po upływie 1½—2 miesięcy hodowla traci zupełnie żywotność swoją i, przeniesiona na inny grunt odżywczy, wcale się nie rozwija. Przyczyna tego dla autora pozostaje niewiadomą. Chcąc podtrzymać żywotność mikrokoków, należy wciąż robić nowe hodowle. Jeżeli nawet ze starej hodowli zaczniemy robić nowe w ten sposób, by pomiędzy temi młodemi pokoleniami pozostawał przedział 1—2 dni, to możemy złośliwość mikrokoków nieco zwiększyć. Przy tem wszystkiem, przeprowadzając hodowlę przez znaczną ilość pokoleń, zmniejszamy żywotność i złośliwość mikrokoków. Wtenczas naprzykład gdy 4 pokolenie w ilości ½ kub. cent. zabiło królika po upływie 3 dni przy objawach ostrego zakażenia; 19-te pokolenie w ilości 1 kub. cent. zabiło królika po upływie 4 dni wśród objawów zakażenia podostrego z porażeniem kości. Przedział pomiędzy oddzielnymi pokoleniami równał się 2 dniom.

Mikrokokki wykazały małą odporność względem podniesionej ciepłoty. Ciepłota 70°—80° w ciągu 1—2 godzin zupełnie je zabijała. Stare hodowle odznaczały się mniejszą odpornością aniżeli młode. Wtenczas, gdy stare hodowle ginęły

w ciepłocie 44^o, młode mogły się w niej swobodnie rozwijać. Powstałe w ciepłocie 41^o—44^o pokolenia odznaczały się jednakże mniejszą złośliwością, aniżeli wyhodowane w ciepłocie niższej (35^o). Autor wyhodował szereg pokoleń w ciepłocie 35^o i drugi szereg w ciepłocie 43^o—44^o, pozostawiając przedział dwudniowy pomiędzy oddzielnymi pokoleniami. 14-te pokolenie pierwszego szeregu, wstrzyknięte w ilości 1 sześć. cent., zabiło królika po upływie 4 dni wśród objawów porażenia kości (martwaki); 16-te pokolenie drugiego szeregu, wstrzyknięte w ilości 2 kub. cent., zabiło królika po upływie dni 12 z objawami porażenia nerek i ropnego zapalenia stawów.

Wyżej powiedziano, że, przeprowadzając mikrokokki przez znaczną ilość hodowli, R. zmniejszał ich złośliwość. Ażeby przywrócić im napowrót ich żywotność i złośliwość, wystarczyło przeprowadzić je przez organizm zwierzęcy za pomocą szczepienia. Wstrzyknąwszy królikowi hodowlę mało złośliwą i zabiwszy go po upływie 5 tygodni, R. robił hodowlę ropy, znalezionej w stawach. Hodowle te wydały pokolenia, o wiele złośliwsze od zaszczepionego królikowi. Wstrzykując w jednych wypadkach ropę, w drugich—pierwsze hodowle, z niej otrzymane, R. zauważył, że często ropa słabiej działała od hodowli. Objaśnia on to tem, że w hodowli znajduje się więcej mikrokoków, aniżeli w takiej samej ilości ropy.

Zwiększając ilość wstrzykniętej hodowli, przy jednakowych innych warunkach, można było otrzymać większy skutek. Pomiedzy dozą niedziałającą, a szybko zabijającą było wiele stopni przejściowych, co pozwala zaliczyć mikrokokka zapalenia kości do rzędu mikrokoków łagodniejszych. Zupełnie inaczej zachowuje się lasecznik karbunkułowy: przy wstrzykiwaniu różnych ilości jego działanie zmienia się tak szybko, że nader trudno jest znaleźć dozę pośrednią pomiędzy zupełnie nie działającą i zabójczą. Opiera-

jąc się na własnościach mikrokokka, R. stara się wytłumaczyć różnorodność wyników szczepienia jego. Wstrzyknięcie $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ sześć. cent. hodowli dostatecznie złośliwej dawało przebieg ostry, hodowli słabszej—przebieg podostry (zajęcie kości). Hodowla słabsza, wstrzyknięta w ilości $\frac{3}{4}$ —1 sz. cent. wywoływała objawy ostre, w ilości $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ podostre (zajęcie kości). Bardzo słaba hodowla nie jest w stanie wywołać nawet zmian w kościach, a poraża nerki i wywołuje ropienie stawów.

Przebieg bardzo ostry otrzymywał R. po wstrzyknięciu 3 sz. cent. lub więcej bardzo złośliwej hodowli. Wstrzyknięcie pod skórę małej ilości mniej złośliwej hodowli przechodziło bez śladu, większa ilość złośliwszej hodowli wywoływała ropień. Szczepienie podskórne ropy częściej sprowadzało ropnie, aniżeli szczepienie hodowli. Widocznie, oprócz mikrokoków, działały tu także składowe części ropy. Wstrzyknięcie pod skórę znacznej ilości mocno złośliwej hodowli (2—3 k. c.) parę razy spowodowało ogólne zakażenie z przebiegiem bardzo ostrym. R. przypuszcza, że mikrokok może się rozwijać w tkance łącznej i skórze, chętniej w nerkach i mięśniach, jeszcze chętniej w kościach. Jeśli wstrzykniemy niewielką ilość niezbyt złośliwych mikrokoków, to one wybierają sobie najulubieńsze miejsce—kości. Złośliwsze mikrokokki wstrzyknięte w znacznej ilości, są mniej wybredne i rozwijają się wtenczas w okostnej, nerkach i mięśniach. Jeśli wstrzykniemy mikrokokki bardzo mało złośliwe, kości oprą się ich działaniu; znaczniejsza tylko ich ilość może wywołać zmiany w nerkach, które widocznie bardziej są w tym razie wrażliwe na ilość, aniżeli na stopień złośliwości mikrokoków. Droga podskórna nie sprzyja rozwojowi mikrokoków. Widocznie za pomocą naczyń chłonnych nie wiele ich może się dostać do krwi. Znaczna ich część pozostaje na miejscu lub może ginie w naczyniach chłonnych. Po-

nie waż tworzący się ropień niejako się otarbia, mikrokokki nie mogą zeń przedostać się do krwi. Dla objaśnienia wypadków, gdzie po wstrzyknięciu znaczniejszych ilości mocno złośliwych hodowli pod skórę, nastąpiło ogólne zakażenie z bardzo ostrym przebiegiem R. przypuszcza, że mikrokokki mogą wytwarzać substancje trujące. Tym samym sposobem można wytłómaczyć występowanie zaburzeń nerwowych. Autor próbował szczepień ochronnych, szczepiąc najprzód mikrokokki słabsze, a później bardziej złośliwe. Szczepienia ochronne nie zapobiegły jednak skutkom mikrokoków złośliwych.

R. badał 3 wypadki zapalenia kości przewlekłego. W jednym wypadku przed rokiem było ostre zapalenie szpiku kostnego, w drugim przed 25 laty, w trzecim—przed 50 laty. We wszystkich wypadkach udało się R. wykryć mikrokokki żółte.

Na zasadzie wyżej przytoczonych wyników R. uważa mikrokokka żółtego za mikroba swoistego dla zakaźnego zapalenia kości. Uraz, zimno i inne czynniki, którym nadawano znaczenie przyczynowe, należy uważać tylko za okoliczności pomagające mikrobowi w ich walce z organizmem. To, że Jaboulay odosobnił inny rodzaj mikrokokka (*micrococcus albus*) i, szczepiąc go, wywołał objawy podobne do objawów, jakie wywołuje *micrococcus aureus*, nie zaprzecza wcale swoistości ostatniego. R. uważa je obadwa za dwie bardzo bliskie odmiany tego samego rodzaju. Swoistości mikrokokka nie może zaprzeczać i to, że Krause, Garré, Rosenbach ¹⁾ znajdowali go w innych zbiornikach ropy: wrzodziakach, flegmonach, zastrzale i t. d. i że cierpienia te można wywołać, wcierając w skórę hodowlę mikrokokka żółtego. Dowodzić to może tylko, że mikrokok żółty wywołuje różne objawy objawy patologiczne w miarę tego, gdzie się znajdzie. Przeciż i lase-

czniki gruźlicze wywołują różne objawy, stosownie do tego, w jakiej tkance się znajdują. Zarzut, że lasecznikom gruźliczym odpowiadają gruzelki, R. zbija w ten sposób, że i mikrokokowi żółtemu odpowiada ropa i zgorzel (martwak kostny, rdzeń wrzodziaki). *Sawicki.*

307. HENNEQUIN. **O wyciąganiu kończyny dolnej u dorosłych.** *Les lois qui régissent l'extension continue appliquée au membre inférieur chez l'adulte. (Rev. de Chir. Nr. 2, 3 i 4—1885).*

Jak pojęcie siły przypuszcza pojęcie oporu, tak pojęcie wyciągania wiąże się z pojęciem przeciwwyciągania. Pod wyciąganiem (*extension*) rozumiemy siłę, starającą się pociągnąć ramię drąga (w danym razie odcinek członka) w kierunku wypadkowej sił składowych. Przeciwwyciąganiem (*contre-extension*) nazywamy przeszkodę, czyli siłę, przeszkadzającą drugiemu, przeciwległemu odcinkowi uledez wpływowi wyciągania. Wyciąganie i przeciwwyciąganie są sobie wręcz przeciwne; równość ich wytwarza równowagę, a kierunek powinien się zlewać z osią członka lub być do niej równoległym. Tarcie ciała, przy innych jednakich warunkach, znajduje się w stosunku prostym do jego wagi. Jeśli więc za punkt oparcia dla siły wyciągającej oberzemy odcinek lżejszy bardziej ruchomy, tarcie tego odcinka będzie mniejsze, a więc opór stawiany sile wyciągającej będzie mniejszy, co pozwala nam użyć mniejszej siły wyciągającej, by otrzymać ten sam skutek. Zastosowując mniejszą siłę wyciągającą, zmniejszamy ucisk na miejsce jej zastosowania, wskutek czego chory łatwiej zniesie wyciąganie. Z tego wynika, że używając wyciągania za pomocą ciężarów, trzeba je zastosować do odcinka lżejszego, bardziej ruchomego.

Wyciąganie i przeciwwyciąganie mogą być: samodzielne, mechaniczne i mięszone. *Samodzielniemi* nazywamy je wtedy, gdy je wytwarza ciężar samego odpowiednio umieszczonego odcinka we-

1) Patrz „Kron. Lek.“, Nr. 20, r. 1885, str. 953.

spół z tarcie lub bez niego. Wyciąganie takie wykonywa górny odłamek uda złamanego przy zastosowaniu podwójnej równi pochyłej, lub tułów, umieszczony na równi wstępującej, gdy stopa i goleń są przymocowane do łóżka. Przeciwwyciąganie tego rodzaju spotykamy zawsze, gdy tułów, ułożony na równi wstępującej lub zstępującej bez obcej pomocy równoważy siłę, wyciągającą odłamek dolny. *Mechanicznem* będzie wyciąganie i przeciwwyciąganie wtenczas, gdy dla ich wytworzenia użyjemy ciężarów lub ciał sprężystych (rura kauczukowa, sprężyna metalowa). Czyniąc wyciąganie i przeciwwyciągnięcie zarazem mechanicznem i samodzielnem, otrzymujemy—trzeci rodzaj—mieszane.

Ponieważ sprężystość nie jest stałą, lecz zmienia się pod wpływem czasu, ciepłoty i t. d., wobec tego należy zawsze dawać pierwszeństwo ciężarom przy zastosowaniu wyciągania i przeciwwyciągania mechanicznego.

Ciągnięcie musi zawsze pokonywać pewne przeszkody, które mogą być stałemi lub przypadkowemi. Stałemi są: kurczliwość (tonicité) mięśni i sprężystość skóry; do przypadkowych należy zaliczyć: kurczenie się (contraction) mięśni przy czynnościach fizjologicznych, skurcz (contracture) mięśni patologiczny, ciężar odłamka, tarcie jego o łóżko i o części przyrządu, wreszcie przeszkody, jakie chirurg umyślnie wytwarza, by zabezpieczyć od zesuwania się.

Przeszkody stałe są wymiernemi i możemy zawsze wiedzieć, jakiej siły należy użyć dla ich pokonania; przeciwnie, przeszkody przypadkowe są bardzo zmienne, zależne od wielu warunków i zupełnie niewymierne. Wobec tego taki sposób wyciągania będzie najodpowiedniejszym, przy którym uda się chirurgowi usunąć lub znacznie zmniejszyć przeszkody przypadkowe, gdyż tylko wtenczas może on wiedzieć ściśle, jakiej ma użyć siły dla otrzymania pewnego skutku. Przy za-

stosowaniu wyciągania i przeciwwyciąganie należy zwracać uwagę na następujące prawa mechaniki: 1) wyciąganie mechaniczne lub mieszane może być zastosowane do jednego lub wielu punktów; 2) punkt oparcia siły wyciągającej podlega uciskowi, który znajduje się w stosunku prostym do tej siły i w odwrotnym do powierzchni uciśniętej. 3) Ażeby ucisk uczynić łatwiejszym do zniesienia, nie należy obierać jednego jakiegoś punktu dla przyłożenia siły wyciągającej, lecz przeciwnie rozłożyć przyłożenie jej na znaczną przestrzeń; 4) siła wyciągająca powinna być możeźnie małą.

Używając wyciągania, najlepiej jest stosować je do odłamka dolnego, jako lżejszego i bardziej ruchomego. Jako punkty oparcia mogą służyć: stopa, kostki, łydka, kłykiec uda, górny brzeg rzepki i skóra. Przeciwwyciąganie najłatwiej da się zastosować na miednicy; o wiele trudniej zastosować je na klatce piersiowej. Płótno, złożone w kilkoro na wzór krawata i okrążające klatkę piersiową pod pachami, przeszkadza oddychaniu, utrudnia ruchy kończyn górnych, a zatem mniej nadaje się do wykonania przeciwwyciągania. Najprzyjemniejszym i najodpowiedniejszym jest przeciwwyciąganie samodzielne, uwarunkowane ciężarem tułowia i jego tarcie o łóżko. Przy zastosowaniu wyciągania i przeciwwyciągania należy zwracać uwagę na to, by każde z nich działało tylko na swoje terytorjum. Miejsce złamania lub linia stawowa powinny stanowić punkty neutralne. Siła wyciągająca powinna być możeźnie najmniejszą, dla uskutecznienia czego należy usuwać wszystkie przeszkody przypadkowe. Ucisk należy starać się rozszerzyć na przestrzeń możeźnie wielką, by zmniejszyć spowodowany przezeń ból. Skórę, podlegającą uciskowi, zwłaszcza na występkach kostnych, należy zabezpieczać od uszkodzeń. Opierając się na powyższych poglądach, H. krytykuje różne sposoby wyciągania. Przy użyciu

podwójnej równi pochyłej wyciąganie uskutecznia górny odłamek i miednica, przeciwwyciąganie — goleń. Ujemnymi stronami tego przyrządu są: niemożebność sprostowania przemieszczanych odłamów; niestałość siły wyciągającej wobec tego, że chory zawsze może sobie podłożyć ręce lub poduszkę pod kszyż; ucisk naczyń i nerwów w dole podkolanowym; zeszczywnienie w położeniu niewygodnym, jeśli wyciąganie zastosowano wskutek zapalenia stawu biodrowego. Nielepszymi są inne sposoby wyciągania samodzielnego. Jedni radzili kłaść chorego na równi wstępującej (nogi wyżej na 20—25 centm., aniżeli głowa), przymocowując odłamek dolny stałe; inni kładli chorego na łóżku zwykłym, nogę wyprostowaną podnosili na powietrzu tak, by z tułowiem stanowiła kąt zbliżony do prostego i wtenczas ją zawieszali za stopę i łydkę. W obu wypadkach znaczną część siły wyciągającej niszczą przeszkody przypadkowe—w pierwszym razie tarcie, w drugim naprężenie tylnych mięśni uda. Nadto bardzo nieprzyjemny ucisk wywiera przeciwwyciąganie w wypadku drugim, obadwa zaś zmuszają chorego leżeć w pozycji, niezgodnej z jego przyzwyczajeniami. Przechodząc do sposobów wyciągania mechanicznego, H. potępia użycie trzewika, do którego przywiązują ciężar za pomocą sznura. Natomiast z dobrym skutkiem używał on elastycznej pończochy, sięgającej za kolano. Ciężar przymocowuje się do dwóch tasiemek, przyszytych do boków pończochy na całej jej długości. Wielu chirurgów postępuje się przy wyciąganiu pasem płótna, pokrytego plastrem lepkim. Pas taki, długości $1\frac{1}{2}$ m., szerokości 3—4 cent. przymocowują po bokach goleni tak, by środek pasa tworzył pętlicę przy pięcie. Pętlica łączy się ze sznurem, do którego przymocowuje się ciężar. Mała deszczółka, umieszczona w pętlicy poprzecznie, zabezpiecza kostki od zbytniego ucisku. Zwierzchu cała goleń owija się opaską

plócienną. Ujemną stronę tego sposobu stanowią: znaczna ilość przeszkód przypadkowych i podrażnienie skóry, wywoływane często plastrem. Dogodniejszym jest użycie kilku pasów takiej samej wielkości, co powyższy. Na zewnętrznej i wewnętrznej powierzchni członka przymocowujemy je w ten sposób, by oddalone u góry, schodziły się z sobą wachlarzowato ku dołowi i łączyły na wysokości kostek. Środkowa ich część tworzy pętlicę, w której pomieszczoną jest deszczółka, jak wyżej. Nadto podłużne te pary przymocowuje się paskami kolistymi lub spiralnymi, przymocowanymi powyżej kostek, łydki i kolana. Te to poprzeczne paski stawia wyżej drugi sposób od pierwszego: siła wyciągająca działa tu nie tyle na skórę, ile na mięśnie i kości. Ujemne strony tego przyrządu te same, co i pierwszego. Chcąc przy ich użyciu pokonać wszystkie przeszkody przypadkowe, musielibyśmy użyć takiego ciężaru, którego chory nie zniesie. Nadto użycie obudwu przyrządów wymaga równego, niezbyt miękkiego materaca, położenia nawznak, ciągłego wyprostowania tułowia, co dla wielu chorych jest nie do zniesienia. Wyniki po użyciu tych sposobów wyciągania są niezupełnie zadawalniające, gdyż przy złamaniach w środkowej trzeciej części uda otrzymujemy skrócenie 1—4 cent.; przy złamaniach wyższych wyniki są jeszcze gorsze. Jako jedynie racjonalne, H. podaje 3 sposoby wyciągania:

1) Przy wyprostowanej kończynie odłamek ruchomy zawieszamy w pozycji poziomej lub nieco pochyłej za pomocą hamaka, zupełnie nie dotykającego się do łóżka. Ciągnięcie stosujemy na stopę, łydkę lub skórę. Sposób ten czasami bywa bolesnym i skutek nie zawsze da się ocenić matematycznie.

2) Przy wyprostowanej kończynie, odłamek ruchomy umieszczamy na wózku, który się toczy po równi poziomej lub nieco pochyłej. Punkty zastosowania si-

ły, jak w 1 szym. W materacu należy zrobić zagłębienie. W obudwu wypadkach chory musi leżeć na wznak. Przy siadaniu napręży on mięśnie uda tylne, przez co zwiększa przeszkody, a zatem zmniejsza siłę wyciągającą.

3) Goleń przekształcana na drąg pierwszego rodzaju z nierównymi ramionami. Wiadomą jest rzeczą, że drąg materyjalny z nierównymi ramionami może rozwinąć samodzielnie, bez obcej pomocy, pewną siłę, także dla otrzymania jego równowagi na końcu krótszym musimy dodać jakiś ciężar. Otóż staramy się goleń przekształcić na drąg tego rodzaju, by dolny koniec był dłuższym, górny zaś — jako krótszy, mógł wykonać pewną pracę (wyciąganie uda). Zginamy goleń pod kątem 135° (środek pomiędzy położeniem wyprostnem, a zgięciem do kąta prostego) i, złożąwszy serwetę na wzór krawatu, środek jej kładziemy ponad rzepką. Następnie obchodzimy końcami kłykcie uda i, skrzyżowawszy je pod kolanem, zawiązujemy na guzowatości kości goleniowej. Serweta opasze nam wtenczas nogę pod postacią 8, której górna połowa otoczy dolny koniec uda, dolna zaś połowa, bardziej wydłużona, będzie obejmowała górną część golenia. Na zewnątrz lub na wewnątrz od węzła przymocujemy sznurek, który, przepuszczony przez blok, służy do przymocowania ciężaru. Ciężar w danym razie ma znaczenie tylko podpory dla drąga, wyciąganie zaś uda odbywa się samodzielnie za pomocą dłuższego ramienia drąga, czyli części golenia, leżącej niżej pętlicy. Samą kończynę odprowadza H. nieco od środkowej linii ciała i pod piętę podstawia stołeczek z poduszką. Goleń owija on flanelową opaską, by zapobiedz obrzękowi. Ażeby podobne położenie nogi umożliwić, należy materac odpowiednio wyciąć lub podciągnąć w kierunku głowy. W ciągu 15-stu lat używając tego sposobu, H. otrzymywał wyniki najlepsze. Zaletami jego są: 1) chory może siedzieć, gdyż przy tem

tylne mięśnie uda naprężeniem swoim nie będą zmniejszały siły wyciągającej; 2) siła potrzebna daje się obrachować z matematyczną ścisłością, ponieważ przeszkody przypadkowe są zniesione, a pozostają tylko przeszkody stałe. Rozbierając różne sposoby przeciwwyciągania, H. potępia użycie pasów elastycznych, gdyż działają zmiennie, krytykuje też H. sposób, w jaki je zwykle nakładają. Kierunek ich bywa z dołu, z wewnątrz, z przodu, ku górze, zewnątrz i tyłowi, lub też od dołu, zewnątrz i tyłu ku górze, wewnątrz i przodowi. W obydwu razach sprzyjają one przez swe ułożenie przemieszczeniu górnego odłamu lub zwichnieniu główki (coxitis). H. za najodpowiedniejszy rodzaj uważa przeciwwyciąganie mięszone, t. j. zarazem samodzielne, wykonywane tarciem i ciężarem tułowia, i mechaniczne, do czego służy odpowiednio ułożona serweta, Chory może na przemiany posiłkować się jednym i drugim. Właściwie nawet serweta ma to tylko znaczenie, że nie pozwala choremu zsuwać się po za pewien punkt, co szkodziłoby sile wyciągającej. Samą serwetę nakłada H. w kształcie 8. Środek jej obejmuje osadę członka, końce krzyżują się na brzuchu ponad naczyniami, obchodzą następnie tułów i pod poduszkami biegną ku tyłowi, gdzie za pomocą sznura przymocowują się do kółka żelaznego lub deski łóżka (użycie ciężarów do przeciwwyciąga H. odrzuca). Drugi sposób polega na przeciwwyciąganiu obustronem. Środek serwety leży ponad spojeniem łonowem. Końce obchodzą osady obudwu kończyn dolnych, przechodząc kolejno przez doły biodrowe zewnętrzne, fałdy pośladkowe i pachwinowe, a następnie kierują się ku bokom tułowia, które obchodzą, dążąc pod poduszkami ku tyłowi. Cała ta opaska ma wygląd okularów, gdzie, zamiast szkieł, w oprawie siedzą nogi. Zamiast krzyżować końce oddzielnie na obudwu stronach, można je skrzyżować na spojeniu łonowem. Spo-

sób ten ma tę dobrą stronę, że daje choremu możliwość siedzenia bez obawy zsunięcia się, oraz jest łatwym do zniesienia, ponieważ ucisk rozchodzi się na znaczną przestrzeń. Chory przytem może dowolnie posiłkować się przeciwwyciąganiem lub uwolnić się od niego, przesunawszy się nieco ku górze. Chorego należy zawsze umieszczać na płaszczyźnie poziomej lub zstępującej, co otrzymujemy, dając mu poduszki pod plecy. Użycia równi wstępującej (podstawianie piefków pod przednie nogi łóżka) H. gorąco się sprzeciwia. Odlamek dolny, wyciągany ma wtenczas dążność zsuwać się na dół, t. j. zwiększają się przez to przeszkody przypadkowe, czego najbardziej należy unikać.

Przy zastosowaniu wyciągania mechanicznego część siły wyciągającej zużywa się na pokonanie przeszkód przypadkowych (praca nieużyteczna), druga zaś część pokonywa przeszkody stałe i przenosi się drogą odłamka ruchomego na odłamek unieruchomiony za pomocą przeciwwyciągania. Ta tylko druga część siły wyciągającej wykonywa pracę użyteczną. Pominąwszy inne przeszkody przypadkowe, na ilość pracy użytecznej znaczny wpływ wywiera to, w jakim miejscu zastosowano siłę wyciągającą. Najlepsze wyniki otrzymamy, działając siłą wyciągającą na szkielet, t. j. przymocowując ciężar wyciągający do kostek lub do stopy. Jeżeli pokonamy przeszkody przypadkowe, kładąc nogę na wózku lub hamaku, to prawie cała siła wyciągająca wykona nam pracę użyteczną. Przy wyciąganiu za pomocą goleni, przekształconej na drąg z nierównymi ramionami pracę użyteczną wykonywa siła, równająca się połowie zamierzonego ciężaru. Objaśnia to H. w następujący sposób. Jeżeli ciężar, przymocowany do pętlicy równa się 4 kilogramom, to znaczy, że podpora drąga wytrzyma ucisk 4 kil. Ucisk, jakiemu podlega podpora, równa się sile samodzielnej, wytwarzanej przez dłuższe ra-

mię drąga plus opór, t. j. siła, która wyciąga w danym razie udo. Jeżeli drąg zachowuje równowagę, to znaczy, że siła samodzielna równoważy się siłą oporu, czyli że one są sobie równe. Jeżeli razem wynoszą one 4 kil., to znaczy, że każda z nich równa się 2 kil. ¹⁾

Stosując siłę wyciągającą na mięśnie łydki, możemy prawie całą siłę zużyć na pracę użyteczną. Jednakże mięśnie wprędce zanikają i przyrząd, który wyciągał mięśnie, zaczyna wprędce wyciągać skórę.

Stosując wyciąganie na skórę, otrzymujemy pracę użyteczną niewielką i nie dającą się obliczyć. Skóra zsuwa się ku dołowi, na całym udzie, a poczęści brzuchu. Siła wyciągająca przenosi się na szkielet za pomocą powięzi. Z powięzi jedne przymocowują się do kości goleniowej i udowej, inne do miednicy. Tylko część siły przeniesiona za pomocą pierwszych daje pracę użyteczną. Druga część, przeniesiona za pomocą powięzi wprost na miednicę i górny odłamek, zamiast pomagać, szkodzi pracy użytecznej. Nadto znaczna część siły zużywa się na pokonanie elastyczności skóry. Wobec tego przymocowanie siły wyciągającej do skóry winno być odrzuconem. Jedynie racjonalnem jest zastosowanie jej na kości szkieletu. Drogą doświadczalną na trupach H. stwierdził, że, stosując wyciąganie na szkielet, możemy otrzymać zupełnie zadawalniające wyniki za pomocą ciężaru 2 kilogr. Ponieważ przy użyciu wózka lub hamaku cała siła, przymocowana do szkieletu, zamienia się na pracę użyteczną, dla wyciągania możemy w tym razie użyć 2—3 kilogr. Przy przekształceniu goleni na drąg 1 rodzaju, ponieważ

1) Ucisk na miejscu podpory, mówiąc ściśle, równa się ciężarowi całego drąga, plus opór. Nadto na dowodzenie autora w takim tylko razie można się zgodzić, jeżeli 4 kil. przedstawiają najmniejszy ciężar, jaki przeszkadza nodze upaść, t. j. przejść w pozycję pionową. W takim bowiem tylko razie 4 kil. będzie przedstawiało wielkość ucisku podpory. (Przyp. spraw.)

użyteczną pracę wykonywa tylko połowa ciężarzu, należy użyć 4—6 kilogramów.

Dla przeciwwyciągania wystarcza siła 2—4 kilogr. Samodzielna siła przeciwwyciągania wynosi w pozycji leżącej 15—20 kilo, lecz przy podnoszeniu się chorego, siadaniu i t. d. zmniejsza się do 4—5 kilo. Wobec tego widocznem jest, że o ile przy leżeniu wystarcza przeciwwyciąganie samodzielne, o tyle przy zmianie położenia może być bardzo pomocnem przeciwwyciąganie mechaniczne. Wrazie znacznego przemieszczenia odłamków H. używa rylnienki, wysłanej watą na tylną powierzchnię uda. Zupełnie unieruchamiający opatrunek nakłada tylko przy złamaniach otwartych. *B. Sawicki.*

308. THOMPSON. **o cięciu pęcherza podbrzusznem.** *Da la cystotomie sus-pubienne. (La Semaine méd. Nr. 48).*

W dziewięciu wypadkach kamieni pęcherza na dziesięć można je usunąć za pomocą kruszenia za jednym posiedzeniem. Nawet większe kamienie (55—60 grm.) można usuwać tym sposobem. Największy kamień, jaki kruszył T., ważył 84 grm. (wyzdrowienie). Jednakże dla kruszenia kamieni tej wielkości wymaga się od lekarza wielkiego doświadczenia; z tego względu większości lekarzy T. radzi używać cięcia podbrzusznego zamiast kruszenia w tych razach, gdy kamień jest twardy i waży 40—45 grm. Operacja cięcia podbrzusznego przedstawia dwa rodzaje niebezpieczeństwa: możność zranienia otrzewnej i nacieczenia moczowego tkanki łącznej okołopęcherzowej. Pierwsze jest ważniejszem, ponieważ odległość otrzewnej od spojenia łonowego (T. zwie ją przestrzenią nadłonową) jest niewielką. Przestrzeń nadłonowa zachowuje się rozmaicie odpowiednio do wieku i do innych warunków, co jeszcze bardziej utrudnia operację. Pomimo tego cięcie podbrzuszne uważa T. za mniej niebezpieczne, aniżeli kroczone. W ostatniem niebezpieczeństwo, chociaż łatwiejsze do przewidzenia, za wyjątkiem krwo-

toków w razie nieprawidłowości naczyń, są jednak liczniejszemi i poważniejszemi.

W wieku dzieciennym cięcie kroczone jest niebezpiecznem tylko wskutek małej odporności tkanek, co usposabia do rozdarcia. W wieku dojrzałym cięcie boczne może spowodować: zranienie kiszki prostej (szczególnie u starców), krwotok, uszkodzenie szyjki pęcherza przy znacznej objętości kamienia. Kamień 70—90 grm. nie może być usunięty bez uszkodzenia szyjki; wskutek tego śmiertelność wzrasta odpowiednio do wielkości kamienia, gdy ten przewyższa 60 grm. Niebezpieczeństwa nie zmniejszy w takim razie nawet rozkruszenie kamienia, ponieważ skutecznie je musimy w pęcherzu próżnym. Niebezpieczeństwo nacieczenia moczowego T. uważa za mało znaczące. Z 10 wypadków, jakie T. operował od Lipca 1883 r. do Listopada 1885 r., w żadnym powikłania tego nie było. Dla uniknięcia go nie należy oddzierać pęcherz a od spojenia łonowego. Otóż, pominiawszy możność zranienia otrzewnej, ważniejszych trudności operacyjna ta nie następuje. Krwawienia prawie nie ma, posocznicy także nie należy się zbyt obawiać. W żadnym z 10 wypadków cięcia podbrzusznego, operowanych przez T., nie było zakażenia, pomimo to, że oprócz czystych narzędzi i słabego roztworu kwasu karbolowego lub bornego, nic więcej nie używał. Nawet opatrunku szczelnie zatykającego ranę nie nakładał. Cięcie kroczone, które T. robił wielokrotnie, mniej usposabia do zakażenia, aniżeli kruszenie kamieni. Z 29 wypadków śmierci raz tylko nastąpiła takowa wskutek posocznicy. W ciągu ostatnich lat pięciu robił T. 56 wycięć guzów pęcherza i raz tylko wystąpiła ropnica. Za przyczynę jej uważa on zapalenie żył pęcherza, spowodowane długotrwałem zapaleniem błony śluzowej lub też obrażeniem mechanicznem. Te same przyczyny mogą wywołać ropnicę po kruszeniu kamieni, z którą obecnie T. prawie nie spotyka się od czasu, jak zaczął

kruszyć na jednym posiedzeniu. Doświadczenia Garsona nad zmiejszczeniem pęcherza przy wypełnieniu кишки prostej nasunęły Petersenowi myśl nowego sposobu cięcia podbrzusznego. Wstrzykuje on do pęcherza płyn antyseptyczny, a do кишки prostej wprowadza worek kauczukowy, objętości 500 grm. Po rozciągnięciu worka pęcherz unosi się ku górze i przodowi, pociągając za sobą fałdę otrzewnej i powiększając przestrzeń nadłonową. Petersen po wydobyciu kamienia brzegi rany zeszywa, pozostawiając mały otwór, w który wkłada sączek. Raz spróbował zupełnie zaszyć ranę, lecz to mu się nie udało. Thompson wykonuje operację w odmienny nieco sposób. Wszelkie przygotowania chorego, dążące do zwiększenia pojemności pęcherza uważa on za zbyt niebezpieczne, ponieważ mogą one tylko zwiększyć podrażnienie. Rozpoczyna on operację przez danie lewatywy choremu i ułożenie go na krzyżu z podniesionymi barkami. Po zachlormowaniu wprowadza się do кишки prostej po za zwieracz worek kauczukowy, zwinięty stożkowato i nasmarowany tłuszczem, poczem wstrzykują weń 350—400 grm. wody. Następnie, wprowadzwszy do pęcherza kateter miękki, wstrzykuje 200—300 grm. roztworu kwasu karbolowego 0,1% lub kwasu bórnego. Nie należy czynić tego gwałtownie, oraz trzeba kierować się przy tem oporem, jaki uczuwamy, oraz uczuciem guza, jaki zjawia się ponad spojeniem łonowem. Najważniejszym jest tu rozciągnięcie кишки prostej, co do pęcherza zaś, to wystarczy wstrzyknięcie nawet małej ilości płynu. Wyciągnąwszy kateter, T. zawiązuje członek sznurkiem elastycznym i obmacuje okolice podbrzuszną, gdzie należy wyczuć pęcherz zaokrąglony, odsunięty ku górze. Stanąwszy po lewej stronie chorego, robi cięcie po linii środkowej, rozdzielając skórę i tkankę podskórną, długie na 8 cent. i sięgające nieco niżej górnego brzegu spojenia łonowego. Następnie T. odkłada nóż, rozdziela paznog-

ciem prawego wskazującego palca tkanki na linii białej. Podniósłszy kilka włókien ścięgnistych, przecina je i, wsadziwszy zgłębnik żłobkowany przez otworek, rozszerza takowy ku górze i ku dołowi na 3 cent. Teraz znów posilkuje się paznogciem, by rozdzielić mięśnie od linii środkowej. Doszedłszy do tylnego listka ścięgnistego (fascia transversa), rozdziela go, jak pierwszy. Jeżeli kamień jest dużym, należy nieco nadciąć dolne przyczepy mięśnia prostego. Teraz operator ma przed sobą tkankę tłuszczową, pokrywającą przednią ściankę pęcherza, stara się oddzielić ją paznogciem z dołu ku górze. Dla uniknięcia krwawienia żyły spotkane należy starać się zsunąć na bok. Doszedłszy do ścianki pęcherza, T. wbija w nią ostry haczyk, przyczem wypływa kilka kropel moczu. Wziąwszy haczyk w lewą rękę, prawą robi cięcie takiej wielkości, by przez nie mógł przejść palec wskazujący i, zatkawszy sobą otwór, przeszkodzić wpływaniu zawartości. Tą drogą można dobrze zbadać wielkość i położenie kamienia. Ażeby rozszerzyć otwór T. obok wskazującego prawego wprowadza lewy i stara się je rozsunąć. W ten sposób postępuje on, by uniknąć krwotoku. Jeżeli ma do czynienia z nowotworem, obadwa brzegi rany przewleka nitkami, by móżdż ranę utrzymać wciąż rozwartą. Teraz można już wypuścić nieco wody z worka kauczukowego. Kamień wyciąga T. szczypczykami lub wskazującymi palcami, zbliżając je do siebie a inne palce splatając ze sobą. Upewniwszy się, że w pęcherzu nic już nie pozostało, operację uważa za skończoną. Szew nakłada najwyżej jeden na ściankę brzuszną 2½ cent. powyżej dolnego kąta rany. W ciągu 24 lub 48 godzin w ranie pozostawia on sączek kauczukowy, 12—15 cent. długi. Czasami zakłada także kateter do kanału moczowego. Wogóle po 2—3 dniach tak sączek, jak i kateter można usunąć. W ciągu 24 godzin chory musi leżeć na grzbiecie, potem zaś leży na przemiany to na

lewym, to na prawym boku, co 6 godzin zmieniając pozycję. Wskutek tego mocz zwilża to jedną, to drugą stronę i nie tyle drażni skórę. Zamiast opatrunku T. używa kompresu płóciennego, zmoczonego w słabym roztworze kwasu. Z 10 operowanych przez T. umarł tylko jeden, 73-letni starzec, wskutek osłabienia, w dniu po operacji. T. przypuszcza, że cięcie podbrzusne odda wielkie usługi przy operowaniu większych nowotworów pęcherza. Małe polipy łatwo można usunąć za pomocą cięcia kroczonego.

(Patrz „Kron. Lek.“, Nr. 9, r. 1883, str. 406). *Sawicki.*

IV. Pedjatria.

309. Dr. J. COMBY. **Etyjologija i profilaktyka żoźów we wczesnem dzieciństwie.** *Étiologie et prophylaxie de la scrofule dans la première enfance.* (*Archives Générales de médecine.* Decembre, 1885. Dokończenie).

Szkodliwy wpływ pokrewieństwa między rodzicami na potomstwo znany jest oddawna. Ujawnia się on często w postaci nieprawidłowości lub zatrzymania w rozwoju. Trudno określić w jakim stopniu pokrewieństwo pomiędzy rodzicami ma wpływ na rozwój żoźów, w każdym razie nie jest ono i pod tym względem obojętne. Rilliet pomiędzy skutkami związków ludzi ze sobą spokrewnionych wspomina o skłonności do żoźów i gruźlicy.

Co się tyczy wieku rodziców, to wielu autorów utrzymuje, że rodzice zbyt młodzi wydają na świat potomstwo skrofuliczne; Lalouette uważa za jedną z przyczyn żoźów spółkowanie podczas miesiączki. Według Bazin'a zbyt młody, lub zbyt stary wiek rodziców, a także spółkowanie w czasie miesiączki nie mogą być uważane za przyczyny żoźów, są to tylko czynniki, osłabiające ustrój. Comby podaje cztery wypadki żoźów u dzieci zbyt młodych rodziców. Należy jednak zwró-

cić uwagę na to, że we wszystkich tych wypadkach dzieci były karmione albo wyłącznie tylko sztucznie, albo sztuczne karmienie połączone było z naturalnem. W dwóch z tych wypadków matki były skrofuliczne. Dalej opisuje autor wypadek żoźów u dziecka, którego ojciec jest zupełnie zdrowy, lecz ma 60 lat, matka zdrowa lat 31. Ośmioro poprzednich dzieci tych samych rodziców zmarło w bardzo młodym wieku. Wracając jeszcze raz do kwestyi dziedziczności żoźów, autor zwraca uwagę na niesłuszność zdania Lugoł'a, jakoby w każdym wypadku żoźów można było upatrywać wpływ dziedziczności. Autor zgodnie ze zdaniem wielu innych utrzymuje, że żoźy nabyte są tak samo kwestyją niezaprzeczną, jak gruźlica nabyta.

Reasumując przyczyny żoźów we wczesnem dzieciństwie autor stawia na pierwszym planie dziedziczność: żoźy, a bardziej jeszcze gruźlica rodziców najczęściej wywołuje żoźy u dzieci. Dalej idzie przymiot, choroby nerwowe i diathesis arthritica przodków. Żoźy dziedziczne są bardzo częstem zjawiskiem, być może iż są one w przebiegu cięższe, niż żoźy nabyte, istnienie jednak tych ostatnich nie może być kwestyonowanem. Rodzice zupełnie zdrowi pod każdym względem mogą mieć dzieci skrofuliczne, jeżeli te wystawione są na wpływ złych warunków zdrowotnych, pomiędzy którymi najważniejszą rolę gra wadliwy pokarm, sztuczne odżywianie, gruba i zbyt wczesnie podawana strawa. Warunki te mogą wywołać nie tylko krzywicę, ale i żoźy. Mniejsze znaczenie w powstawaniu żoźów mają choroby, usposabiające do nich (maladies scrofulitantes), miejscowe drażnienie i t. d.

Rozebrawszy szczegółowo przyczyny żoźów, autor zgodnie z nakreślonym programem przechodzi do środków zapobiegawczych. Profilaktyka żoźów znajduje się w bezpośrednim związku z ich etyjologiją. Ponieważ najkardynalniejszą przyczynę skrofulozy stanowi dziedziczność,

przedewszystkiem więc lekarz powinien skierować uwagę w tę stronę. Trudno jednak jest lekarzowi zapobiedz związkom między osobami choremi; z tego więc powodu pozostaje mu tylko możność uchronienia potomstwa chorych rodziców od zołzów, na które jest skazane. Najważniejsze znaczenie ma tu dobra matka. Matka suchotnica nie powinna karmić swego dziecka w jego i swoim własnym interesie. Jeżeli zaś matka nosi na sobie ślady zołzów, to okoliczność ta, według autora, nie stanowi przeciwskazania do karmienia. W każdym razie pokarm matki nawet skrofulicznej mniej naraża dziecko na zołzy niż każdy inny. Jaccoud radzi pokarm mamki nawet w tym razie, jeżeli tylko ojciec sam jest suchotnikiem. Autor uważa to za przesadę, zgadzając się na to, że karmienie powinno trwać jaknajdłużej, od 18 do 22 miesięcy. Radzi również odstawić dziecko od piersi powoli i zastąpić na początek kobiecy pokarm mlekiem oślem i lub kozim.

Jeżeli karmienie przez matkę lub mamkę jest niemożliwe, to należy, jeżeli się da, zastąpić je karmieniem przez oślicę lub kozę; w ostatecznym razie karmieniem ze szklanki, nie z flaszki. W każdym razie powinno się unikać wszelkich innych pokarmów, mniej lub więcej niestrawnych, gdyż wynikające z nich zaburzenia w trawieniu grają ważną rolę w powstawaniu zołzów.

Oprócz tej nader ważnej kwestyi karmienia należy mieć na uwadze i inne warunki zdrowotne. Nigdy nie należy wahać się zmienić szkodliwe miejskie powietrze na wiejskie, wybierając miejsca suche i zdrowe pod każdym względem. Pobyt dziecka na wsi i izolacja, wśród której się wychowuje, zabezpiecza je od chorób zakaźnych, mających wielki wpływ na rozwinięcie się zołzów. W miastach ulice powinny być oczyszczane, domy i mieszkania przewietrzane.

Czystość chroni od drażnienia skóry i wysypek, które są punktem wyjścia

skrofulicznego cierpienia gruczołów limfatycznych.

Kąpiele zimne, tusze, suche frykcyjne zalecane są usilnie przez wielu lekarzy; wzmacniające ich działanie ma zbawienny wpływ na budowę dziecka. Oprócz tego gimnastyka, ćwiczenia na świeżem powietrzu i gry, mające na celu wzmocnienie ustroju, stanowią rzecz ważną dla każdego dziecka wogóle, a konieczną dla skrofulicznego, lub zagrożonego skrofulami.

Za najpotężniejszy środek leczniczy przeciwko zołzom uważają wodę morską. Hamilton jednak utrzymuje, że woda morska, użyta wewnętrznie, ma tylko znaczenie środka przeczyszczającego, morskie zaś kąpiele nie różnią się niczem od innych, zwyczajnych kąpeli. Pomimo to metoda ta znajduje wielu zwolenników. Baumes sądzi, że samo powietrze morskie jest bardzo pożyteczne dla skrofulicznych dzieci. Niestety wszystkie prawie dzieci, dotknięte zołzami lub skłonne do nich z powodu chorobliwego stanu ich rodziców nie są w możności korzystania z tego potężnego środka. W takich razach do pewnego stopnia kąpiele morskie dadzą się zastąpić przez częste używanie kąpeli słonych, które w każdym razie utrzymują ciało w czystości i potęgują apetyt.

Co się tyczy niby swoistego przeciwko zołzom środka—tranu rybiego, to należy przedewszystkiem przekonać się, czy dobrze będzie znoszony przez chorego. Po większej części jesienią i zimą używanie tranu nie napotyka przeszkód, latem często zdarzają się przy jego użyciu zaburzenia w narządach trawienia, wymioty, biegunka, brak łaknienia. W tych razach tran korzystnie daje się zastąpić przez jodek żelaza lub przez inny przetwór, zawierający jod. Tran powinien być zadawany w dużych dawkach. W summie ze wszystkiego, co powiedziano, da się wyciągnąć nie wiele wskazówek praktycznych odnośnie do profilaktyki zołzów.

Wobec najważniejszej przyczyny zółzów, wobec dziedziczności lekarz jest bezsilnym prawie. W wypadkach zółzów nabytych zaleca się pokarm mamki pod każdym względem zdrowej, dobre powietrze, wieś, gimnastykę, suche frykcyjne, leczenie zimną wodą i t. d. Na specjalne wspomnienie zasługują morskie kąpiele, wywierające zbawienny wpływ nie tylko na dzieci skłonne do zółzów, lecz i na dotknięte już skrofulozą.

Ogólne wywody z obu części przedstawiają się jak następuje:

1) Zółzy we wczesnym dzieciństwie mogą być skutkiem rozmaitych przyczyn, znaczenie których nie jest jednakowe.

2) Nie ulega kwestyi, że złe warunki zdrowotne, wynikające z biedy, jako to: niedostateczny pokarm, brak powietrza i światła, nieczystość i t. d. grają pewną rolę w genezie zółzów. Dla tego też w klasie ubogiej liczniejsze są wypadki tej choroby, niż w klasie bogatej.

3) W rzędzie warunków zdrowotnych, które mają wpływ na powstanie zółzów na pierwszym miejscu należy postawić wadliwy pokarm ssawców i sztuczne karmienie, zbyt wczesne odstawienie od piersi, zbyt wczesne używanie innych pokarmów.

4) Niektóre choroby wieku dziecięcego: odra, ospa, krztusiec, gorączka durzycowa zasługują na nazwę chorób, usposabiających do zółzów (maladies scrofulisantes), ponieważ wywołują objawy chorobliwe u osobników skłonnych do skrofulozy. Szczepienie ospy u dzieci skrofulicznych należy odłożyć na czas późniejszy.

5) Lżejsze cierpienia skrofuliczne, te, które możnaby nazwać *scrofula minor*, nie dają się przenieść przez szczepienie, podczas gdy produkty ciężkiej formy zółzów — *scrofula major* przechodzą na zwierzęta w postaci gruźlicy. Z tego wynika, że należy podzielić zółzy na dwie kategorie: pierwszej zostawić autonomię, drugą umieścić w rzędzie gruźlicy.

6) Zółzy są chorobą dziedziczną: często rodzice skrofuliczni mają także potomstwo, częściej jednak skrofuliczne dzieci pochodzą od rodziców, dotkniętych gruźlicą. Gruźlica w dziedziczeniu zółzów stoi na pierwszym planie, dalej idzie skrofuloza przodków, przymiot, choroby nerwowe, diathesis arthritica, pokrewieństwo i słabość rodziców.

7) Profilaktyka powinna mieć na względzie przede wszystkim dziedziczność, jako najważniejszy czynnik w powstawaniu zółzów.

8) Karmienie naturalne przez dobrą mamkę jest konieczne u wszystkich dzieci, skłonnych do zółzów. Ten pokarm powinien być wyłącznie używany i stosowany dłużej, niż u innych dzieci.

9) Jako środki pomocnicze zaleca się: pobyt na wolnym powietrzu, na wsi, ćwiczenia, kąpiele i natryski, suche wycierania i t. d.

10) Wysłanie dzieci na brzeg morza, gdzie jednocześnie mają powietrze i kąpiele słone, oddaje bardzo wielkie przysługi dzieciom zagrożonym zółzami.

11) W pewnym stopniu kąpiele morskie można zastąpić kąpielami słonymi i tranem rybim w dużej ilości. *Z. Srebrny.*

310. Prof. HIRSCHSPRUNG. **O onanizmie u małych dzieci.** *Erfahrungen über Onanie bei kleinen Kindern.* (*Hosp.-Tid. n. d. 3 R. III. 12—1885*, według streszczenia w *Jahrb. f. Kinderheilkunde*. Bd. XXIII, Hft. 4).

Onanizm, według spostrzeżeń H., zdarza się w młodocianym wieku zarówno u chłopców, jak i u dziewcząt, częściej jednak u ostatnich. Jako typowy, przytacza autor następujący ciekawy wypadek. Trzynastomiesięczna, dobrze zbudowana i odżywiana dziewczynka, której matka wygląda na kobietę bardzo nerwową, miewa, przypuszczalnie już od ośmiu do dziewięciu miesięcy, napady, których nie tylko rodzice, ale i lekarz domowy nie są w stanie sobie objaśnić. Dziecko, u którego przy badaniu nie można znaleźć nic

nieprawidłowego, leży podczas napadu, trwającego około pięciu minut, na pierśsiach niańki z zarzuconemi na jej ramiona rękoma, przyciska się do niej mocno, obejmuje nogami brzuch niańki i rozpoczyna szereg ruchów ku górze i ku dołowi miednicą i równoległe wyciągniętemi nogami. Dziecię pracuje ciągle, staje się zupełnie spokojnem, twarz ma czerwoną, źrenice rozszerzone. Do tego dołącza się stękanie, które niańka uważa za wyraz bólu ze strony dziecka i mocniej jeszcze przyciska je do piersi. Podczas jednego z takich napadów obserwował dziecko H., niespostrzeżony przez nie. Spojrzenie dziecka było słabe i błędne. Badanie części rodnych nie wykazało nic nieprawidłowego ani przed, ani po napadzie. Takie napady, według słów matki, mogły się zdarzać kilkakrotnie w przeciągu dnia; noce były bardzo niespokojne, ponieważ dziecko prawie nie spało i uspokajało się tylko wtenczas, kiedy znajdowało sposobność zadosyćczynienia swojej skłonności. Rada H.—przeszkadzać dziecku w zaspokajaniu żądzy, okazała się skuteczną.

Sposoby onanizowania się są rozmaite. Dziewczeta najczęściej zakładają jedną nogę na drugą w siedzącej pozycji i wykonywają ruchy naprzód i wtył. Trzyletnia dziewczynka, pochodząca z rodziny psychopatycznej, zaczęła onanizować się, mając 1½ roku, w opisany powyżej sposób nietylko dniem, ale i nocą, a nawet we śnie. W szpitalu trzymano dziecko w łóżku ze związanemi nogami. Po 40 dniach, gdy dziewczynka wstała, zdarzały się już tylko rzadko słabe napady.

Ośmioletnia dziewczynka, która już od pięciu lat onanizowała się, używała przy tej manipulacji do pomocy palców, lub koszulki, nie zakładając jednak nóg, lecz ściskając mocno uda. Oprócz opisanych wypadków widział H. jeszcze 4 podobne u dzieci między 1 a 8 rokiem życia.

U chłopców erekcja członka ułatwia rozpoznanie. H. przypuszcza, że u chłop-

ców onanizm rzadziej się zdarza, niż u dziewcząt.

Co się tyczy przyczyn, to autor sądzi, że w tym względzie pewne znaczenie mają dziedziczne choroby nerwowe; dalej zaparcie stolca może być także przyczyną onanizmu. W jednym wypadku rozszerzenie odbytu okazało się skutecznem przeciwko zaparciu stolca i jednocześnie przeciwko onanizmowi u trzyletniej dziewczynki. Miejscowe drażnienie, spowodowane skórnymi chorobami, jak również robaki mogą spowodować onanizm. Ponieważ złe skutki onanizmu mogą bez wątpienia daleko łatwiej wystąpić u małych dzieci, rozpoznanie więc choroby jest rzeczą nader ważną, aby jaknajprędzej zaradzić złemu, co łatwiej daje się wykonać u małych dzieci, niż u starszych.

Z. Srebrny.

Wiadomości bieżące.

OD REDAKCYI.

Z dniem 1 Stycznia 1886 roku „Kronika Lekarska“ przechodzi na wyłączną własność kolegów: Ottona Hewelkego, Władysława Krajewskiego i Konstantego Sierpińskiego.

Nowonabywcy zamierzają utrzymać nadal przeważnie sprawozdawczy charakter pisma, przyczem główna uwaga zwróconą będzie na staranny dobór i układ referatów, tak, aby one dawały Czytelnikowi możliwie dokładny obraz postępu w różnych gałęziach wiedzy lekarskiej.

Niezaprzeczenie, dobre grupowanie referatów, pod względem ich treści, w piśmie sprawozdawczem jest trudniejsze do wykonania, niż pomieszczenie luźnych referatów, lecz za to znakomicie ułatwia Czytelnikowi oryjentowanie się w materjale naukowym w piśmie nagromadzonym.

Cheąc zyskać więcej czasu dla umożliwienia należytego grupowania sprawozdań pomieszczanych w „Kronice“, postanowiliśmy zamienić dotychczasowy dwutygodnik na miesięcznik. Zrobiliśmy już odpowiednie

podanie do głównego zarządu prasy, dopóki zaś zezwolenie nie nadejdzie będziemy wydawali po 2 numery „Kroniki“ na raz, pierwszy i drugi numer wyjdą dnia 15 Stycznia 1886 roku. Każdy numer miesięcznika będzie zawierać 3 arkusze druku.

Oprócz działu sprawozdawczego na początku każdego numeru pomieszczony będzie artykuł, którego zadaniem będzie opracowanie podług najnowszych źródeł pewnej kwestyi z dziedziny medycyny, w celu obznajmienia Czytelnika w treściwym wykładzie z postępem, jaki zrobiła wiedza w danym kierunku.

Nie wyrzekając się całkowicie innych działów, jako to: korespondencyj, feljetonu i t. d., stawiamy je jednakże na drugim planie, i przeważnie o sumienne spełnienie głównego naszego zadania starać się będziemy.

Dział sprawozdań z posiedzeń Towarzystw zagranicznych, reprezentowany dotąd w „Kronice“, zmniejszymy ze względu, iż większość prac na nich odczytywanych, pojawia się następnie pod postacią oryginalnych artykułów, których streszczenia znajdują swe miejsce w odpowiednich działach.

Natomiast starać się będziemy o powiększenie działu drobniejszych artykułów treści ściśle naukowej, objętego pod nazwą „Miscellanea.“

Dopóki nie nadejdzie odnośne zatwierdzenie z zarządu prasy, dotychczasowi Redaktor i Wydawca pismo podpisywać będą.

— **Sprawozdanie statystyczne ze szpitala Dzieciątka Jezus za rok 1883** ułożone przez miejscowego lekarza tegoż szpitala, d-ra *Krajewskiego*, świeżo opuściło prasę. Jest to książka 140 stron druku in 8-o mająca, starannie wydana i opatrzona trzema tablicami litografowanymi w kolorach.

Część ogólna jest stosunkowo małą, zawiera bowiem tylko 26 stron druku. Część szczegółowa składa się z 21 rozdziałów odpowiadających grupom chorób i z 200 pozycji odpowiadających pojedynczym chorobom.

Z pierwszej części dowiadujemy się przedewszystkiem o ruchu chorych w ogólności. Ogółem przebyło w szpitalu Dz. Jezus 6,617 chorych (3,282 mężczyzn i 3,335 kobiet). Odsetka śmiertelności wynosiła 14,6%. Najwięcej chorych przybyło w Listopadzie (619), w Sierpniu (572) i w Marcu (560), naj-

mniej—w Grudniu (370) i we Wrześniu (457). Ilość dni szpitalnych wynosiła ogółem 140,315.

Chorych wewnętrznych było 4,729 zewnętrznych 1,888 (wyzdrowiało—wewnętrznych 2,018, zewnętrznych 899).

Najwięcej chorych przypadło w wieku 20—25 lat. Największa śmiertelność przypadła u kobiet na wiek 90—100 lat (100%, ogółem tylko 5 przypadków), 80—90 lat (50%, ogółem 25 przypadków) i 70—75 lat (32,2%); u mężczyzn zaś—na wiek 80—85 lat (50%) i 70—75 lat (42,8%).

Pod względem zajęć, najwięcej było mężczyzn: wyrobników (1,041) i szewców (238), najwięcej umarło: wyrobników (151) i żebraków (54). Kobiet zaś najwięcej było „przy rodzinie“ (923); służących (922), najwięcej umarło „przy rodzinie“ (139) i wyrobnic (117).

Ilość chorych na choroby zakaźne wynosiła 10,7% ogólnej liczby chorych; śmiertelność zaś z chorób tych wynosiła 12,4%.

Do części ogólnej sprawozdania dodane są 3 tablice graficzne (w kolorach) i 2 liczbowe. Pierwsza tablica wykazuje stosunek niektórych częstszych chorób w danym wieku do ogólnej ilości chorych w szpitalu, druga tablica wykazuje śmiertelność niektórych ważniejszych chorób w stosunku do ogólnej śmiertelności w odpowiednim wieku; trzecia tablica wykazuje stosunek liczby niektórych chorób do ogólnej liczby chorób przybyłych w danym miesiącu. W tablicy czwartej przedstawione jest zejście rozmaitych chorób, a w piątej objęte są operacje chirurgiczne z wykazaniem rezultatów i wskazań.

Co do części specjalnej, to nie mogąc oczywiście wchodzić tu w bliższe szczegóły takowej, porzestaniemy na podaniu przyjętej przez autora klasyfikacji. Grup przyjął autor, jak wspomnieliśmy, 21, a mianowicie: 1) choroby ogólne i choroby krwi, 2) zółty i gruźlica, 3) nowotwory, 4) pasożyty, 5) obrażenia, 6) otrucia, 7) choroby układu nerwowego, 8) choroby oczu, 9) choroby uszu, 10) choroby narządów oddychania, 11) choroby narządów krążenia, 12) choroby narządów trawienia, 13) choroby narządów moczowych, 14) choroby narządów płciowych, 15) choroby weneryczne i przymiotowe, 16) choroby skóry i tkanki łącznej podskórnej, 17) choroby kości, 18) choroby stawów, 19) choroby mięśni, ścięgien i worków maziowych, 20) potworności, 21) choroby bez bliższego rozpoznania.

— **Warszawskie Towarzystwo lekarskie.** Na posiedzeniu dorocznem administracyjnem tutejszego Towarzystwa lekarskiego obok zwykłych spraw administracyjnych ma być wniesiony przez bibliotekarza Towarzystwa d-ra *Peszkego* projekt regulaminu biblioteki i czytelnicy Towarzystwa. Do pięknych więc instytucyj jakie Towarzystwo zyskało w ostatnich czasach wchodzi już niebawem w ży-

cie nowa, skromna wprawdzie, ale bardzo wygodna i dobrze urządzona czytelnia.

— „Przegląd Lekarski“ obraził się na nas, za to, że przytaczając wyjętą ze szpalt jego odezwę „Wien. Med. Wochen.“ (p. „Kronika Lek.“ p. d. 15 Listopada) o uniwersytecie Krakowskim, nie podaliśmy jego komentarzy. Uważaliśmy je wszakże za zbyt techniczne, albowiem taktyka „Wien. Med. Wochenschrift“ mówi sama za siebie, a zresztą samo wykazanie źródła, z kąd zaczerpnęliśmy wiadomość, świadczy, iż nie podaną ona była jako dowód solidarności z wiedeńskim polakożerczym organem lekarskim. Nieumotywowane podejrzenie „Przeglądu“ wydaje się nam wprost śmiesznem.

— „Gazeta Lubelska“ w numerze z 10-go grudnia r. b. przytacza wyjątek z z aktów zapisów ziemskich lubelskich dowodzący niewątpliwie, że Stanisław Oczko pochodzi ze wsi Łucki i że jeszcze w r. 1558 był woźnym przy sądach w Lublinie. Zatem syn jego doktor Wojciech urodził się w Lublinie, w którym początkowe nauki pobierał.

Prócz tego z zapisów induct oblat grodzkich chęcińskich księgi I szej, zaczynającej się od r. 1600 okazuje się, że Wojciech—znamienity lekarz, miał do wsi starostwa małogockiego przez woźnego wiazanie, więc był starostą małogoskim.

Nobilis Adalbertus Oczko doctor medicinae, medicus Sacrae Regis Majestatis per ministerialem regni generalem providum ad bona villarum capitaneatus małogostensis in palatinatu sandomiriensi consistentium,—„Intromissio“.

— **Pensyje lekarzy szpitalnych w Petersburgu.** Komisya zdrowia publicznego wraz z Urzędem zdrowia wypracowały projekt pensyi dla lekarzy w szpitalach petersburskich znajdujących się pod zarządem miasta. Według tych obrad, pensya lekarza naczelnego wynosi 1,200 rubli, starszego ordynatora—900 rubli, a młodszego—600 rubli. „Wracz“, przytaczając fakt ten, powiada: Czyż potrzeba dowodów, że pensyje takie stanowią hańbę dla miasta. Cóż powiedziałby na to „gołowa“ miasta, który uważa pensyję swoją 12,000 na rok za niewystarczającą? Przy takim stanie rzeczy ordynator ma do wyboru: albo pracować godzinę dziennie na oddziale, albo głód cierpieć. Nic dziwnego, że dotychczas większość trzyma się tego pierwszego systemu. (Wracz, 47—1885).

— **Statystyka w Czechach.** Na propozycyję ministra spraw wewnętrznych w Wiedniu, wszystkie miasta w Czechach postanowiły wydawać tygodniowe buletyny sanitarno-statystyczne, które posyłane będą do centralnego komitetu statystycznego i następnie publikowane wraz z buletynem innych krajów Austrii. (Annales d'hygiène, Nov.—1885).

— **Nowy szpital w Wiedniu.** 14-go Listopada r. b. miało miejsce uroczyste poświęcenie pierwszego pawilonu nowego szpitala, zwanego „Rudolfinerhaus“, w obecności następcy tronu arcyksięcia Rudolfa i jego małżonki, oraz liczego grona arystokracji stołecznej, a w jej liczbie prezesa stowarzyszenia, hrabiego Wilczka oraz dyrektora zakładu, prof. Billroth'a. Ten ostatni pokazał zwiędzającym piękne na nowych zasadach techniki sanitarnej wykonane urządzenia opatowe, wentylacyjne i t. p. szpitala.

(Allg. Wiener. Med. Ztg. 16 Listop. 1885).

— **Sprawozdanie o wystawie międzynarodowej higienicznej w Londynie** ukazało się w Wiedniu jako urzędowy komunikat delegata austriackiego, d-ra Kraus'a. Jest-to spora książka (przeszło 100 stron wielkiego formatu licząca), która stanowi niepospolity przyczynek do literatury higienicznej.

— **Bakteryjoaterapia.** Po doświadczeniu Cantani'ego, który stosując u suchotnika zwiewania bakteryj (bacterium termo) sprowadził znakomite polepszenie, podobną obserwacyję opisuje dr. Salama z Pizy. Przypadek przez tego autora spostrzegany dotyczył chorego posiadającego jamę w lewym płucu; po upływie paru dni od chwili rozpoczęcia inhalacji z bacterium termo, laseczniki Koch'a znikły a inne objawy chorobne poczęły się zmniejszać. Dr. Maffucci, prof. anatomii patologicznej w Pizie po sprawdzeniu rozpoznania choroby, zajął się przyrządzeniem płynu do wziewań; kilka kropeł wody źródlanej dodano do sterylizowanego peptonu z żelatyną. Po upływie doby lub dwóch ukazywały się kolonije rozmaitych drobnoustrojów, a w tej liczbie i bacterium termo. Przy pomocy mikroskopu zapuszczano w nie sterylizowaną igłę platynową, którą natychmiast potem zanurzano w oddzielnie umieszczony płyn odżywczy takiego składu jak i poprzednio; po dwóch dniach spostrzegano w takowym czyste kultury bacterium termo. Zawartość wypełnionej temiż epruwetki służyła do inhalacji na jeden dzień, przyczem mięszano ją z rosółem przyrządzonym ze 150 gramów mięsa wołowego i 200 gramów wody i wystawego w ciągu 8—10 godzin. Inhalacje uskuteczono za pomocą rozpylacza Siegel'a. Sprawozdawca czasopisma „The Brit. Med. Journ.“ podając fakta te, czyni uwagi, iż znaczenie bakteryj w wypadkach tych jest wątpliwe, że jednak pewien wpływ wywiera tu niezaprzeczenie mocny odwar mięsny, a wiara w bakteryje działa korzystnie nie tylko na umysł pacjenta ale i na lekarza.

(The Brit. Med. Journ. 28 Listop. 1885).

Wydawca:

Dr. Wł. Mączewski.

Redaktor odpowiedzialny

Dr. Otton Hewelke.

Dr. Ig. Baranowski