

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z kliniki terapeutycznej szpitalnej.

PRZYPADEK HYSTERO-NEURASTENII U MĘŻCZYZNY.

Podał

Edmund Biernacki

ordynator kliniki.

Opracowywanie pytania o istnieniu hysteryi u mężczyzn rozpoczęto zaledwie od lat 10—15 i teraz jest jednym z najulubieńszych tematów dla neuropatologów i klinicystów. Pytanie to, jak każda nowość w nauce, podlegało długi czas sporom i nawet teraz niektórzy autorowie niechętnie uznają pewne objawy hysteryczne u mężczyzn. Ale dowiedzionem już jest, że hysteryja u mężczyzn istnieje i dzisiaj rozstrzyga się tylko pytanie, czy niektóre formy cierpień nerwowych u mężczyzn należy dołączyć do hysteryi, czy też utworzyć dla nich osobne miejsce nozograficzne. W rozwijaniu i opracowywaniu pytania uczestniczyła i uczestniczy głównie szkoła Charcot'a ¹⁾ z Salpêtrière, szkoła, której również jest zasługą wyjaśnianie pojęcia o hysteryi w ogóle. Szkoła ta dowiodła, że hysterya u mężczyzn nie jest formą rzadką; na pierwszy rzut oka rzeczywiście może się zdawać, że trafia się ona nie często, jeżeli nie będziemy wierzyć, że jakiś dobrze zbudowany mężczyzna, nie osłabiony wpływami cywilizacji, nie zmęczony cierpieniem moralnem, jest hysterycznym. Ale pewną jest rzeczą, że i tacy ludzie mogą nosić w sobie objawy hysteryi i za przykładem Charcot'a zaczęto rozpoznawać hysteryję u naszej płci nie tylko we Francyi, ale i w Anglii i Ameryce, i w innych krajach (Putnam ²⁾, Walton ³⁾, Page ⁴⁾.

¹⁾ Leçons sur les maladies du système nerveux, szczególnie tom 3-ci. Leçons du Mardi (policlinique) 1887—1888 i 1888—1889 r.

²⁾ Americ. Journal of Neurology. 1884. p. 57.

³⁾ Archiv. of. Medicin. 1883. T. X.

⁴⁾ Injuries of the spine and spinal Cord without apparent mechanical lesion and nervous schoch. London 1885.

Znajdują hysteryję u mężczyzn z takimi samymi objawami, jak u kobiet: choroba ta nie różni się podstawowo u obu płci według zdania Charcot'a, najlepszego znawcy hysteryi, wbrew mniemaniom szczególnie autorów niemieckich.

Liczne przypadki hysteryi u mężczyzn trafiają się po uszkodzeniach traumatycznych: po uderzeniach, upadkach, spotkaniu pociągów i t. p. Mianowicie przypadki ostatniej kategorii, które zwróciły uwagę na siebie dość dawno i były nazywane railway-spine, lub później railway-brain—są przypadkami hysteryi, jak tego dowodzą amerykańscy, angielscy autorowie—Putnam, Walton, Page i inni. Zapewne, trudno jest uznać traumatyzm w tych razach za przyczynę choroby; przeciwnie—jest on głównie tylko momentem, wyprowadzającym na jaw ukryte usposobienie neuropatyczne. Takim czynnikiem, warunkującym powstanie hysteryi u mężczyzn może być inna okoliczność: to wstrząśnienie moralne, to powody więcej materjalnej natury, jak zatrucie wyskokiem, ołowiem, nawet siarkiem węgla. Te przyczyny wywołują również hysteryję w formie typowej i w klinice Salpêtrière przedstawiają niemało osobników chorych na hysteryję wskutek warunków wspomnianych. „Jest to hysteryja i tylko hysteryja“—powtarza znakomity klinicysta ⁵⁾; i rzeczywiście, czytając rozbiory chorych takich, którzy wykazują cały szereg objawów charakterystycznych, należy w to wierzyć. Tym sposobem kraina hysteryi i jej przyczyn u naszej płci rozszerza się coraz więcej dzięki trudom szkoły Charcot'a. Naturalnie, niektóre z tych odkryć są zbyt nowe, zbyt niespodziewane i oryginalne, by odrazu mogły być uznane w nauce. Być może nawet fakt, że hysteryja zjawia się wskutek jakiegokolwiek zatrucia chronicznego, będzie wkrótce przyjętym przez wszystkich przez to, że formy rozstroju nerwowego są bardzo ściśle i nie odróżniają się zupełnie od nozografii hysterycznej, określonej już dość dokładnie. Tymczasem ta okoliczność, że przyczyna najczęstsza — uraz mechaniczny wywołuje hysteryję, czyli odwrotnie, że cierpienie nerwowe wskutek traumatyzmu jest hysteryją, podlega zarzutom szczególnie ze strony autorów niemieckich (Oppenheim i Thomsen ⁶⁾, Moehli, Strümpell ⁷⁾). Pisarze ci zwracają

⁵⁾ „L'hystérie est une et indivisible.“ Leçons du Mardi, 1889. Leçon III.

⁶⁾ Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. B. XV.

⁷⁾ Nerwice pochodzenia traumatycznego. Warszawa, 1889.

uwagę na to, że wiele przypadków rozstroju nerwowego po traumatyzmie jest podobnem do neurastenii, ale jednocześnie nosi objawy nie należące do tej choroby, że inne znów przypadki podobne są do hysterii, ale jednocześnie przedstawiają niektóre oznaki neurastenii. Przeto, autorzy wspo mniani, nie nazywając wtedy choroby ani hysteryją, ani neurastenją, tworzą z rozstroju nerwowego wskutek insultu mechanicznego oddzielny gatunek chorobowy i nazywają go „ogólną nerwicą traumatyczną“ (Strümpell). Nazwę tę nadają oni naturalnie, formom funkcjonalnym, nie biorąc w rachubę jakichkolwiek cierpień organicznych układu nerwowego, które można skonstatować zaraz po urazie lub wkrótce.

Z drugiej strony Charcot, pozostawiając na uboczu przypadki czystej hysterii u mężczyzn po traumatyzmie i uważając je za takowe, nie chce z przypadków skomplikowanych tworzyć osobnego rodzaju chorobowego, a przeciwnie widzi w nich istniejące jednocześnie hysteryję i neurastenię i ściśle odszukuje elementy jednego i drugiego cierpienia u badanego osobnika. W ostatniej jego seryi „Leçons du Mardi“ znajdujemy kilka przypadków bardzo czystych i ciekawych takiej kombinacji, która się rozwinęła po urazie mechanicznym. Nie możemy wdawać się w rozstrzyganie pytania, czy rzeczywiście wszystkie przypadki nerwic traumatycznych nie przedstawiają nic innego oprócz takiej kombinacji, lub form czystych hysterii lub neurastenii. Ale takie połączenie nie jest niemożliwem: hysteryja i neurastenja są to formy teraz dość ściśle oddzielone, różne co do swego charakteru, objawów i przebiegu, a nie coś niejasnego lub identycznego, jak to mniemano jeszcze niedawno. Ważną dla nas jest rzeczą, że taką kombinację dwóch form nerwowych znajdują bez jakiegokolwiek traumatyzmu, gdzie, zresztą jest ona jeszcze kwestyją sporną; w roku przeszłym dr. Mathieu ⁶⁾ opisał przypadek, przedstawiany także przez Charcot'a, w którym hystero-neurastenija rozwinęła się u mężczyzny, urzędnika drogi żelaznej, obarczonego dziedzicznie,

⁶⁾ Le Progrès medical. 1888. Neurasthénie et hystérie combinées. Z objawów neurastenicznych u chorego znaleziono uczucie kasku na głowie i uczucie ciężkości, utratę pamięci, niezdolność do pracy umysłowej, utratę czynności płciowych, pryapizm, niestrawność nerwową i popęd zwracać się lewo przy chodzeniu (vertige de translation); z hysterycznych — hemianalgizję, zwężenie pola wzrokowego, aurę hysteryczną i niekiedy napady charakteru epileptycznego. Nie była to wszakże epilepsyja.

nie wskutek traumatyzmu, jakiegoś shok'u nerwowego, a tylko wskutek pracy nadmiernej. Analogiczny przypadek, różniący się od opisanego przez Mathieu większą ilością hysterycznych i neurastenicznych objawów obserwowałem w tutejszej klinice terapeutycznej szpitalnej: mimo pewnych braków badania, z powodów niezależnych odemnie, można było łatwo rozróżnić objawy hysteryi i neurastenii u danego osobnika. Przypadek ten jest bardzo pouczającym i ciekawym pod wieloma względami i przeto uważałem za pożyteczne ogłosić go drukiem.

14 Września 1889 r. przybył do kliniki Lar... urzędnik kolei żelaznej, przeniesiony do nas ze szpitala Ś-do Ducha. Miałem sposobność widzieć i zbadać chorego w przeciągu dwóch ostatnich tygodni pobytu jego w klinice; po raz pierwszy widziałem chorego 24 Listopada. Lar... jest to młody człowiek, w wieku lat 24, wzrostu średniego, budowy ciała prawidłowej, bez śladów rachityzmu, syfilisu lub żołądów: chory blady, chudy, skóra cienka, przeświecająca. Wygląd Lar... i ciałokształt kobiecy.

Oto w krótkich słowach dane anamnestyczne. Rodzice Lar... byli ludzie dość zamożni, tak że pacjent nasz biedy nie cierpiał i mógł otrzymać pewne wykształcenie. Ojciec człowiek tegiej budowy, pełnokrwisty, umarł kilka lat temu na apopleksyję. Matka umarła więcej niż przed rokiem; była to kobieta bardzo nerwowa i dość często miewała napady nerwowe (kurcze, śmiech, płacz i t. d.). Z rodzeństwa Lar... siostra zamężna jest również nerwową, jak matka i cierpi na napady nerwowe. O innych członkach rodziny Lar... nic pewnego powiedzieć nie może. Lar... nieraz był obecnym przy napadach matki, nawet będąc dzieckiem, ale widok ich szczególnego wrażenia na nim nie robił, ponieważ przyzwyczał widzieć je dość często. Zawsze był zdrowy i wedle słów własnych, system nerwowy jego zawsze był mocnym; ani nerwowych, ani innych chorób nigdy nie przenosił. W roku 20-ym życia Lar... rozpoczął stosunki płciowe, nigdy jednakże ich nie nadużywał. Samogwałtowi, jak zapewnia, nigdy się nie oddawał; z chorób wenerycznych miał dwa lata temu wrzód miękki; syfilisu nie było. Nie nadużywał wyskoku—prowadził jednym słowem, życie umiarkowane. Kilka lat temu otrzymał posadę urzędnika kolei żelaznej i wtedy zaczął usilnie pracować w biurze. Nadmierna praca wywarła wpływ szkodliwy na zdrowie jego i półtora roku temu zaczął sła-

bnąć: łatwo się męczył, od czasu do czasu doznawał bólów głowy, krzyża, nóg, jednakże siły nie opuszczały go zupełnie. Ale więcej niż rok temu umarła matka Lar... i śmierć jej odbiła się zaraz na nerwach naszego chorego; w dniu pogrzebu zjawił się napad nerwowy, pośród płaczu poczuł on ściskanie w dołku podsercowym, uczucie kuli w przełyku, jednocześnie doznał bicia serca, przyływu krwi do głowy, tętnienie w skroniach, poczem utracił przytomność. Po tym ataku wkrótce bóle w nogach, krzyżu, bóle głowy, bezsenność, łatwe zmęczenie przy pracy umysłowej rozwinęły się w stopniu silniejszym, niż było przedtem. Od czasu do czasu zjawiały się i napady podobne do pierwszego napadu i trafiały się zwykle po wzruszeniu moralnem, zmartwieniu i t. p. Jak wyglądały te ataki, Lar... ściśle opowiedzieć nie może, ponieważ nie pamiętał ich prawie zupełnie, początek napadu — uczucie kuli, tętnienie w skroniach i t. p. znał dobrze; potem były kurcze i sprawa kończyła się szlochaniem. Bezwiedne oddawania uryny lub ukąszenia języka podczas napadów nie zdarzały się nigdy, atak nie kończył się snem.

Mimo zdrowia naderwanego Lar... pracował siągle, ale nagle 17 Maja r. b. wieczorem nogi zostały odrazu sparaliżowane; rano Lor... chodził dobrze i nic nie przeczuwał, a wieczorem nie mógł zrobić kroku. Wtedy zaczął się leczyć i przyjmował jod, po którym nie było polepszenia; przeto w końcu Lipca przyjechał do Warszawy i zapisał się do szpitala Ś-go Ducha, gdzie leżał miesiąc i z powodu restauracyi szpitala został przeniesiony do kliniki w szpitalu Dzieciątka Jezus. Napady nerwowe bywały i w szpitalu, jednak nie zbyt często, tak że przez miesiąc były cztery czy pięć razy; jednego dnia były dwa napady jeden po drugim. W klinice atoli zjawiały się także kilka razy, ostatni był miesiąc temu. Z innych objawów męczyły go pollucye, rozpoczęły się kilka miesięcy temu i bywały bardzo często, po kilka razy na noc, lub w dzień, ale zawsze podczas snu. Od trzech tygodni pollucyje ustały. Niekiedy bywała i pewna trudność przy oddawaniu uryny, mocz wychodził nie równomiernie, a przerywanie. Teraz objawu tego nie ma. Bóle głowy również nieco ustąpiły i są słabsze i rzadsze w porównaniu z dawnymi. Bóle te szczególnie umiejscowiają się w skroniach i opasują głowę. Bezsenność, która przez długi czas męczyła Lar..., teraz mniej się daje we znaki; chory śpi po 5—6 godzin w nocy. Apetyt zawsze dobry, w ostat-

nich czasach popseł się zupełnie, niekiedy po jedzeniu bywa odbijanie bez smaku i zapachu; wzdęcie brzucha. Objawy te od czasu do czasu znikają odrazu i po pewnym przeciągu czasu wracają znowu na dni kilka lub więcej. Teraz skarży się jeszcze na bóle w pasie, uczucie chłodu w kończynach porażonych.

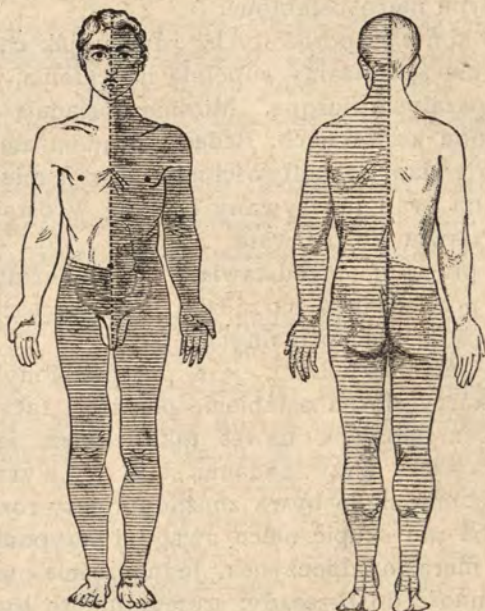
Ze szpitalnej historyi choroby okazuje się, że opowiadanie Lar... o przeszłym stanie zdrowia w ogóle jest dość prawdziwem. Po przybyciu do kliniki użalał się na bóle głowy i krzyża, bezsenność, pollucyje, osłabienie pamięci, wzroku i słuchu; przytem funkcyje pęcherza moczowego i odbytnicy, tak samo jak teraz, były normalne. Wedle słów kolegi Pruszyńskiego odruchy kolanowe były znacznie wzmożone, a na stopie można było wywołać lekki fustphänomen. Podczas pobytu w klinice Lar... skarżył się ciągle, bez przerwy: gdy jedno ustawało, zaraz zjawiało się drugie: Raz był napad bicia serca.

Badanie chorego okazało fakta następujące.

Po stronie lewej ciała konstatujemy wyraźną hemianestezyję, która zajmuje głowę, tułów i kończyny chorego. Jest także pewien stopień i analgezyi, ale objaw ten nie jest wyrażony ściśle. Czucia mięśniowego i temperatury nie ma. Również po stronie lewej znajduje się znieczulenie organów zmysłów (hemianesthésie sensorielle): lewe oko, ucho, nozdrze i lewa połowa języka funkcyjonują znacznie słabiej (w znaczeniu ich działalności specyficzej) w porównaniu ze stroną prawą. Strona lewa gardzieli jest nieczułą i odruchu nie daje. Badanie szerokości pola wzrokowego (uszkutechnione sposobem pierwotnym z powodu braku w klinice perymetru) wykazało zwężenie tegoż, szczególnie ze strony zewnętrznej, przytem w lewym oku znaczniejsze niż w prawem. Żrenice rozszerzone, umiarkowanie i reagują bardzo dobrze na światło. Na kończynach porażonych umiejscowienie czucia i znieczulenia bardzo charakterystyczne i oryginalne.

Na kończynie dolnej lewej anestezya kończy się na wysokości kostek linią prostą, tak że stopa okrążona jest czuciem jak rękawiczką. Na goleniu zauważymy miejsca formy okrągłej, nieco czujące (czucie en plaques). Na stronie prawej anestezyja u góry rozpoczyna się na wysokości pępka: granica górna z przodu i z tyłu idzie łukiem z wypukłością na dół. Na dole beczułość kończy się tak samo na pozio-

mie kostek linią prostą i prawa stopa czuje. Organa płciowe z lewej strony znieczulone, a z prawej mają czucie. Przy-



tem, zauważyć należy, że czucie w ogóle jest zmniejszonym nawet w miejscach czujących: anestezja zaś na stronie prawej jest słabszą niż na lewej; odwrotnie—stopa prawa jest więcej czułą niż lewa. Jądro lewe nieco bolesne przy ucisku.

Przy badaniu kolumny kręgosłupowej okazuje się, że pomiędzy łopatkami kilka wyrostków grzbietowych jest bolesnych przy ucisku; tak samo bolesne są kilka wyrostków lędźwiowych. Miejsc hysteryjogennych, przy ucisku których powstałaby aura—nie ma.

Co się tyczy strony ruchowej, to teraz Lar... może już nieco chodzić. Chód wolny, paretyczny, ale chodzi bez laski, nie chwiejąc się. Skarży się na silne zmęczenie nóg nawet po zrobieniu kilku kroków. Ataksji lub chodu spastycznego nie zauważyłem zupełnie. Podczas leżenia w łóżku ruchy czynne i bierne każdą nogą oddzielnie (zginanie, rozginanie, przyprowadzenie, odprowadzenie) wykonują się dokładnie, chociaż nieco wolno; przytem ze strony lewej osłabienie ruchów jest większem niż z prawej. Siła ręki lewej na dynametrze 21, prawej 25.

Czucie mięśniowe głębokie w kończynach porażonych istnieje i przy zamkniętych oczach Lar... określa dość ściśle

położenie kończyn. Kontraktury nie ma. Odruchy kolonowe są wzmożone, ale nie otrzymujemy fussphänomen'u. Odruchy skórne nieco osłabione.

Mięśnie kończyn porażonych, równie jak całego ciała, są wiotkie i nie zauważamy zupełnie naprężenia, tak że porażenie jest paralyse flasque. Mięśnie posiadają jednakową objętość na obu kończynach. Badanie prądem elektrycznym nie wykazało zmian pobudliwości mięśniowej: mięśnie wykazują odczyn na prąd przerywany i stały, w ostatnim przypadku KSZ zjawia się pierwsze.

Serce i płuca nie przedstawiają nic nienormalnego. To samo da się powiedzieć o narządach jamy brzusznej. Moczu nie zawiera części nie normalnych.

Nastrój umysłowy Lar... jest przygnębionym, melancholijnym. Skarży się na osłabienie pamięci, łatwe znużenie przy zajęciu umysłowem, nawet tak lekkim jak czytanie powieści lub gazet. Przy badaniu stan ten wyraźnie rzuca się w oczy; chory silnie bywa znużonym przy rozpytywaniu się, gdy trzeba mu skupić nieco uwagę i przypominać sobie, prosi przeto nieraz o odpoczynek. Jednocześnie obserwujemy u Lar... skłonność do przesady: szczególnie to było widocznem, gdy chory już pod moją obserwacją przechodził lekkie zapalenie gardła i reumatyzm mięśni karku, który znikł we dwa dni po użyciu preparatów salicylowych. Lar... mówił wtedy cicho, niewyraźnie, chociaż za rozkazem mógł mówić głośno. Skargi nie mają końca, jak to było przez czas cały pobytu w klinice. Zaburzeń artykulacji mowy nie ma. Popęd płciowy osłabiony, chociaż erekcje istnieją.

Lar... wypisał się z kliniki na własne żądanie. Przy wyjściu nie skarżył się już na bóle, był dość wesołym iżywionym. Chód polepszył się znacznie w porównaniu z tem co było przed dwoma tygodniami. Zdaje się, że Lar... bał się, by go nie zatrzymano w klinice, na co go namawiałem; ta okoliczność znacznie wpłynęła na jego skargi subiektywne, a po części i na wygląd zewnętrzny. Ale hemianestezja i wiele innych objawów (zwężenie pola wzrokowego) pozostało bez zmiany.

Ze środków przyjmował głównie brom, a w ostatnich czasach arsenik z żelazem.

Chociaż z jednej strony obserwowaliśmy Lar... w przeciągu krótkiego czasu, do tego w stanie polepszenia, gdy niektóre objawy chorobowe znikły lub istniały w formie za-

nikowej i chociaż, z drugiej strony, badanie nasze jest niepełnem pod niektórymi względami, — jednakże istniejące dane pozwalają określić ściśle istotę cierpienia. W nagłówku artykułu niniejszego nazwaliśmy przedstawiony przypadek „hystero-neurasteniją” t. j. kombinacją dwóch wielkich nerwic hysteryi i neurastenii; rzeczywiście, idąc za przykładem i poglądami Charcot'a, łatwo nam będzie oddzielić jedne objawy od drugich i dowieść jednoczesnego istnienia obu form u Lar... Przekonamy się, że nasz osobnik nie różni się w niczem od hystero-neurasteników, przedstawianych w klinice Salpêtrière.

Szukając najpierw oznak neurastenii—nerwowego osłabienia lub wyczerpania, spotykamy cały szereg objawów ze strony mózgu i rdzenia, objawów, należących do tej nerwicy. Lar... cierpi na bóle głowy, które opasują czaszkę i umiejscawiają się przeważnie w skroniach; jednocześnie znajdujemy osłabienie pamięci i energii mózgu, łatwe jego nużenie przy pracy umysłowej. Dodajmy do tego nastrój przygnębiony chorego, bezsenność i mamy gotowy obraz wyczerpania mózgowego: najważniejsze jego oznaki (np. charakterystyczne opasujące bóle głowy), ustanowione przez Beard'a ⁹⁾ istnieją u Lar... Z drugiej strony Lar... uskarża się na bóle w kręgosłupie, a przytem znajdujemy bolesność niektórych wyrostków kręgowych w części piersiowej i lędźwiowej kolumny; objawy te stanowią istotę tak zwanej „irritatio spinalis” — rozdrażnienia rdzeniowego, które przedtem uważano za oddzielną chorobę. Beard wykazał, że jest to objaw neurastenii rdzeniowej. Pod jej wpływem Lar... obserwował u siebie łatwe nużenie kończyn dolnych, bóle w pasie, nareszcie zmniejszenie siły mięśniowej, skonstatowane za pomocą dynamometru.

Wiadomo, że neurastenija mózgodrdzeniowa wywiera często wpływ na czynności organów wewnętrznych. Najczęściej zdarza się to z trawieniem i neurastenicy cierpią na tak zwaną niestrawność nerwową. Zaburzenia trawienia, które obserwuje niekiedy u siebie Lar... prawdopodobnie należy policzyć równie na karb nerwowego osłabienia, chociaż nie robiliśmy badania zawartości żołądka. Po spożyciu po-

⁹⁾ Die Nervenschwäche (Neurasthenie). Tłumaczenie niemieckie przez Neissera. Leipzig, 1889.

karmu Lar... doznaje niekiedy wzdęcia i odbijania gazami bez woni i smaku; a gdy takie objawy zjawiają się u osobnika czasem, nie stale, a peryjodycznie, to w obecności innych oznak wyczerpania nerwowego możemy je przyjąć za zjawisko tylko czynnościowe pochodzenia nerwowego. Zjawisko to zdolnem jest zniknąć samo przez się, co ma miejsce u Lar...; powstało ono już w szpitalu i zniknęło kilka razy, by znowu powrócić. Neurastenija odbiła się u Lar... także i na organach płciowych i wywołała pollucyje i osłabienie mocy płciowej. Nareszcie nie oszczędziła ona i serca, warunkując łatwą jego pobudliwość i bicie, którego doznawał Lar... i które było skonstatowane obiektywnie kilka razy w klinice.

Neurastenija, tym sposobem, zarysowuje się u Lar... w zupełnych swych kształtach, ale hysteryja nie ustępuje jej pod tym względem. Obserwujemy rzeczywiście u naszego osobnika ciężką formę tego cierpienia, nazywaną przez Charcot'a hysteryja major—hystero-epilepsyja. Głównymi jej objawami są znieczulenie połowiczne czuciowe i organów zmysłó w, które znaleźliśmy u Lar... i zwięźnienie pola wzrokowego, które łatwo było wykryć nawet bez pomocy perymetru. Na nieszczęście brak tegoż, jak i innych przyrządów ocznych, nie pozwolił wykryć innych ciekawych objawów ocznych, jak achromatopsyi, dyschromatopsyi, objawów właściwych hysteryi i starannie badanych przez francuzką szkołę neurologiczną (Parinaud). Znalezienie hemianestezyi i zwięźnienie pola wzrokowego dostatecznem jest do rozpoznania wielkiej hysteryi, ale Lar... posiada jeszcze więcej stygmatów hysterycznych. Cierpi on niekiedy na ataki nerwowe: sądząc z charakterystycznej aury (uczucie kuli i ściskanie w dołku, bicie serca, przyływ krwi do głowy, tętnienie w skroniach) musimy je uznać za napady hysteroepilepsyi; prawdopodobnie nie były to napady zupełne, jakie można obserwować nie często, ze wszystkimi 4-ma okresami (okres drgawek tonicznych i klonicznych, okres wielkich ruchów czwli klownizmu, okres pozycyj namiętnych i nareszcie okres bredzenia), ale napady częściowe (formes frustes), obserwowane najczęściej. Istnienie napadów, również i punktów hystero-gennych, których nie znaleźliśmy u Lor..., nie jest koniecznem do djagnostyki wielkiej hysteryi i czwarta część chorych nie ma napadów (Briquet). Że ataki te nie były atakami epilepsyi, łatwo do-

wieść tego: najpierw rozpoczęły się one charakterystyczną aurą, po drugie, przy nich nigdy nie było bezwiednego oddawania moczu i ukąszeń języka, co zdarza się nadzwyczaj rzadko przy hystero-epilepsyi i stanowi ważną oznakę różniczkową (Charcot) od napadów epilepsyi prawdziwej.

Przekonani jesteśmy, że porażenie poprzeczne u Lar... jest tylko hysterycznym. Na pierwszy rzut oka przypomina ono wyraźnie porażenie wskutek procesu zapalnego w rdzeniu; za tem przemawia znaczne nasilenie odruchów ścięgowych; nawet zaburzenia w narządzie moczopłciowym i bóle w pasie, podobne do bólów opasujących mogły być pomocne w danym przypadku do rozpoznania porażenia ze zmianami anatomicznymi. Ale początek, przebieg i wreszcie, co najważniejsza, umiejscowienie znieczulenia na kończynach porażonych dowodzi natury hysterycznej cierpienia. Początek jego jest nagłym, szybkim i chociaż taki początek możebnym jest w przypadkach porażenia organicznego (wskutek krwotoku, traumy, czego w danym razie nie było), ale w większości przypadków właściwym jest porażeniom hysterycznym. Takie porażenia, jak wiadomo, mogą trwać długie lata mimo leczenie energiczne, ale i odwrotnie, mogą zniknąć w moment, uleczać się samoistnie. U Lar...¹⁰⁾ wyraźną jest ta tendencya ku samoistnemu uleczeniu; nie był on leczony ani elektrycznością, ani masażem, a tymczasem chodzi coraz lepiej. Ciekawem jest bardzo znakomite polepszenie przy wyjściu chorego z kliniki, kiedy chciał on koniecznie wypisać się i bał się zatrzymania; wpływ psychiczny okazał się wtedy najlepszym środkiem leczniczym.

Ale ani początek, ani stopniowe polepszenie się porażenia nie są jeszcze putognomicznymi dla rozpoznania porażenia hysterycznego. Charakterystyczną jest trzecia oznaka — umiejscowienie znieczulenia na kończynach, któreśmy szematycznie przedstawili na szkicu. Pod tym względem porażenie Lar... identycznym jest z obrazami przedstawionymi przez Charcot'a. Przy porażeniu organicznym czucie może być zniesionem lub zmniejszonym wzdłuż kierunku wszystkich wychodzących nerwów lub niektórych i znieczulenie trzyma się dróg gałęzi i pni nerwowych. Takie umiejscowienie

¹⁰⁾ Lar... jest przekonany, że będzie chodzić dobrze i czuje już poprawę, mimo, że ktoś z lekarzy, u których leczył się w domu, powiedział mu, że nogi są porażone na zawsze.

wienie czucia, jakie widzimy u Lar... (znieczulenie urywa się na dole linią prostą, połowa moszny i członka obdarzone są czuciem pośród okolicy znieczulonej), niemożliwym jest przy porażeniu organicznem. Ten fakt dostatecznie świadczy o prawidłowem rozpoznaniu. Jeżeliby zaś znaczne zwiększenie odruchów ścięgowych mogło przeszkodzić pewności w dyagnozie, to na to można odpowiedzieć co następuje. Wiadomo, że przy porażeniu hysterycznym jak i przy przykurczeniach odruchy ścięgnowe mogą być znacznie wzmożone wskutek usunięcia się wpływu hamującego mózgu; ale oprócz tego u Lar... znaleźliśmy neurasteniję rdzeniową, która sama przez się zdolną jest nasilać odruchy wskutek rozdrażnienia szarych zwojów rdzenia. Tym sposobem u Lar... mamy dwa czynniki zdolne zwiększać odruchy; ta okoliczność objaśnia dokładnie nawet fussphänomen, obserwowany poprzednio ¹¹⁾).

Po dowiedzeniu, że porażenie kończyn dolnych u Lar... jest hysterycznym, upadają już wszystkie zarzuty, któreby można zrobić przy uznawaniu niektórych objawów, jak bóle w krzyżu, zaburzenia narządu moczopłciowego, bóle w kończynach, za neurasteniczne. Jeżeli zaś porażenie nosi charakter funkcjonalny, to takiemiż tylko te są objawy i dowodzą istnienia neurastenii rdzeniowej.

Zauważymy nareszcie, że skłonność Lar... do przesadzania swych cierpień jest cechą umysłów hysterycznych. Można więc, jak widzimy, odróżnić, co w mózgu naszego osobnika jest hysterycznym i co neurastenicznym.

¹¹⁾ Co się tyczy zwiększenia odruchów ścięgowych przy porażeniach i przykurczeniach hysterycznych można zauważyć, co następuje. Niewątpliwie w przypadku długotrwałego porażenia lub przykurczenia hysterycznego rozwijają się niekiedy wtórne zmiany w rdzeniu, zwykle w postaci zwyrodnienia zstępującego bocznych pęczków. Obserwował to i wspomina Charcot (Union medical 1865). Z drugiej strony i przy neurastenii nie można zaprzeczyć możności przejścia cierpienia funkcjonalnego w organiczne, np. zapalenie, zwyrodnienie pęczków szarych i t. p., chociaż, naturalnie, zdarza się to rzadko (Erb, Neisser). Wszystko to możebnym jest, ponieważ w razie istnienia u osobnika cech dziedzicznych cierpienie organiczne ośrodków nerwowych może rozwijać się tak samo łatwo, jak i funkcjonalne. Czy w danym przypadku do nasilenia objawów ścięgowych przyczynia się cierpienie organiczne, jest nader wątpliwem, chociaż nie jest to niemożliwym w przyszłości, ponieważ Lar... usposobionym jest dziedzicznie do cierpień nerwowych. Przypadek ten rzeczywiście wskutek działania momentów dziedzicznych należy do ciężkich i zupełne wyzdrowienie nawet przy racjonalnem leczeniu jest wątpliwem.

W naszym przypadku kombinowane cierpienie nerwowe rozwinęło się niewątpliwie na gruncie dziedzicznie neuropatycznym; dane anamnestyczne, choć niezupełne, wykazały niewątpliwie, że Lar. . . pochodzi z rodziny nerwowej. Dzięki dziedzicznej niemocy układu nerwowego usilna praca, wstrząśnienia moralne, łatwo stworzyły u Lar. . . ciężką formę cierpienia nerwowego. Przyczyny moralne miały w danym przypadku takie same znaczenie, jak uraz fizyczny dla innych osobników z ukrytem usposobieniem neuropatycznym. Jeżeli „traumatyzm“ będziemy pojmować więcej ogólnie, jako moment wywołujący do życia odziedziczony nerwozizm, to i powody moralne będą tak samo należeć do szeregu „traumatyzmu“, jak inne materyjalne czynniki — syfilis, alkoholizm, zatrucie ołowiem i t. d. Wszystkie te czynniki mogą mieć przy sposobności jednakową wagę i wywołać jednakowe we wszystkich przypadkach cierpienie—hysteryję lub, jak się teraz okazuje, jeszcze więcej złożoną — hysteroneurasteniję. A że ta ostatnia kombinacja może istnieć i rozwijać się li tylko wskutek momentów moralnych, nasza obserwacja pod tym względem zaświadcza i potwierdza jeszcze raz, być może zbyt mocno, zdanie znakomitego francuzkiego klinicysty.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna i Patologija ogólna.

1. Von Wilhelm Alexander FREUND. Ueber Akromegalie. (*Samml. Klin. Vortr. N. 329. 30*).

Przed 2 laty P. Marie opisał nową chorobę pod nazwą „akromegalia.“ Erb podaje opis i przebieg tej choroby w sposób następujący. Cierpienie to rozwija się powoli, przy nieznacznych objawach (parestezyje, bóle, uczucie zmęczenia w członkach, bóle głowy, zawroty i t. d.), po większej części w młodym i średnim, a niekiedy dopiero w późniejszym wieku, u obu płci, a szczególnie zdaje się u mężczyzn. Nogi i ręce jednocześnie lub też wkrótce po sobie zaczynają stawać się większemi, niezgrabnemi, niekształtnemi, niezręcznemi. Stawy w rękach i nogach grubieją, jak również golenie i przedramiona, gdy pozostałe części kończyn zostają mniej lub więcej oszczędzone. Charakterystycznemi są olbrzymio rozwinięte ręce na kształt łap, grube, często rozdęte w kształcie kolby palce, szerokie, rowkowane paznokcie, słoniowate zniekształtnienie goleni i olbrzymich nóg, jakoteż palców. Wkrótce występują zmia-

ny w twarzy, a mianowicie: powiększenie nosa, warg, zwieszanie się wałkowatej dolnej wargi, wysunięcie naprzód dolnej szczęki, powiększenie języka, niewyraźna mowa, jakoteż więcej podłużno-owalny kształt twarzy. W następstwie przyłącza się zgarbienie postawy wskutek zmian w kręgosłupie. Cierpienie powyższe postępuje ciągle aż do pewnego stopnia, z początku w szybszem tempie, w ciągu 3—5 lat, poczem pozostaje w mierze lub też bardzo nieznacznie postępuje naprzód. Przy badaniu łatwo poznać, że zniekształcenie to dotyczy głównie kości, że skóra i tkanka podskórna przyjmują pewien udział tylko na podbródku i wargach, jakoteż na nogach i rękach, że niemamy do czynienia ani z obrzmieniem, ani z puchliną śluzową (myxoedema), ani z skłoniowacizną, że czucie i ruchy przedstawiają nieznaczne zboczenia, że odruchy i czynności (psychiczne, duchowe) nie są bardzo upośledzone; w wewnętrznych narządach również nie ma żadnych szczególnych zmian. Z tem wszystkiem zasługują na uwagę: stan serca i tętnic, zachowanie się moczu, zmiana resp. brak gruczołu tarczowego, obecność stłumienia w górnej okolicy klatki piersiowej (być może zależna od powiększonej grasicy), obecność mocniejszych objawów mózgowych (ból głowy, osłabienie ducha, zmiany ze strony wzroku, zależne prawdopodobnie od ucisku i zaniku nerwów wzrokowych ze strony guza przydatku mózgowego (hypophysis).

Co się tyczy anatomii patologicznej, to Erb znalazł: dość ogólny rozrost (hyperplasia) najrozmaitszych tkanek, naprzód łączno-tkankowych, przeważnie kości i chrząstek, częściowo także skóry i tkanki podskórnej; podobne zmiany, a w szczególności rozrost tkanki łącznej, rozszerzenie i rozgałęzienie naczyń, znalazł także w najrozmaitszych narządach wewnętrznych, jak w wątrobie, śledzionie, nerkach, sercu i t. d.; dalej znalazł rozrost mózgu i wielu nerwów, a w szczególności nerwu sympatycznego, stały rozrost przydatku mózgowego, pewne zmiany w gruczole tarczowym i rozrost grasicy. Co się tyczy przyczyny tego cierpienia, to E. nie znajduje żadnej podstawy dla przyjęcia zakażenia przez specyficzne drobnoustroje, lub też chemicznego drażnienia przez pożywienie lub napoje. Również wyklucza wrodzoną zwiększoną energię wzrostu, gdyż akromegalia występuje dopiero w późniejszym wieku, przyjmuje jednak wpływ dziedziczności. O przyczynach jakoteż leczeniu nie da się według E. nic stanowczego powiedzieć. E. uważa akromegalia za właściwą formę chorobną o charakterystycznych rysach. Z niestałych objawów, które nie są bez znaczenia dla samej choroby, Freund podnosi ustanie miesiączki, występujące u kobiet z pojawieniem się tej choroby.

W drugiej części swej pracy F. na zasadzie faktów, zaczerpniętych z anatomii porównawczej, stara się dowieść, że opisane powyżej cierpienie można uważać za zboczenie w normalnym rozwoju organizmu. Według F. każde zwierzę od urodzenia aż do zupełnego rozwoju przechodzi proces rozwojowy, dzięki któremu nie tylko rośnie, lecz również zmienia się. Ta zmiana zależy po większej części od nierównomiernego wzrostu

oddzielnych części ciała. Prawdopodobnie u wszystkich ssących, a napewno u małp, podobnych do człowieka, jakoteż u człowieka znacznie przeważa bezpośrednio po porodzie pokrywa mózgu, nad kośćmi twarzy, jak również tułów przeważa kończyny z kośćmi umacniającymi takowe. Z nastąpieniem okresu drugiego ząbkowania, a jeszcze bardziej z rozwojem dojrzałości płciowej występuje w odwrotnym stosunku nadzwyczaj szybko wzrost całego kośćca twarzy, jakoteż kończyn z kośćmi umacniającymi takowe, który dochodzi do normalnych granic dopiero z ukończeniem ogólnego wzrostu. U niektórych osobników ten prawidłowy przebieg rozwoju zostaje zakłócony: nie dochodzi on do normy lub też przekracza taką w przestrzeni i czasie. Powstałe stąd zniekształcenia schodzą się ze zboczeniami w rozwoju płciowym, a następnie funkcji płciowych. W fizjologicznym procesie wzrostu mieści się usposobienie do obu typów zniekształceń: niepełnego i nadmiernego rozwoju twarzy i kończyn. Na tym gruncie powstają dziecienny wygląd (*habitus infantilis*), karłowatość, olbrzymi wzrost *akromegalia*; wszystkie te stany są związane w zagadkowy sposób z życiem płciowym.

Podług poglądu F. *akromegalia* trzeba uważać za zboczenie wzrostu. Rozpoczyna się ono prawdopodobnie już w okresie drugiego ząbkowania, napewno jednak występuje energicznie w okresie rozwoju płciowego. Polega na szybko występującym i przekraczającym znacznie fizjologiczną granicę wzrostu powiększeniu kośćca twarzy, a przeważnie dolnej szczęki i kończyn z kośćmi umocowującymi takowe, któremu w następstwie towarzyszą zmiany w kościach czaszki, jakoteż tułowia. Wiadomo napewno, że we wszystkich przypadkach wyraźnej *akromegalii* czynności płciowe ustały. F. znalazł wskazówki odnośnie bardzo wczesnego rozbudzenia się uczucia płciowego, które wkrótce przekraczało normalne granice. Wszystkie inne objawy, spostrzegane przy *akromegalii*, trzeba uważać za wtórne lub też przypadkowe komplikacje. Wygięcie (*kyphosis*) części piersiowej kręgosłupa z charakterystycznym trzymaniem się (opadnięcie łopatek) i włóczący się chód są następstwem zwiększonego ciężaru głowy, jakoteż górnych i dolnych kończyn. Znaczne zboczenia i zniekształcenia okolicy nosowej, czołowej, usznej i policzkowej, które rosną słabiej niż dolna szczeka, trudne są do wytłumaczenia. Upadek ducha daje się łatwo wytłumaczyć świadomością zniekształcenia, jakoteż niemocą płciową. Znaczne zgrubienie części miękkich łatwo się tłumaczy zwiększonym przyływem krwi do kości. Że przy *akromegalii* rozrost części miękkich zwiększa się ku obwodowi członków, zależy to od mocniejszego rozwoju w tych miejscach naczyń włoskowatych, jakoteż od bezpośredniego połączenia (*anastomosis*) tętnic z żyłami. Inne chorobliwe zboczenia części miękkich (np. skóry) należą do przypadkowych komplikacji, jak również inne zboczenia w wewnętrznych narządach.

Usposobienia do *akromegalii* ma każdy człowiek w krytycznym okresie rozwoju płciowego. F. twierdzi, że niema wyraźnej granicy pomiędzy początkowym okresem, a zupełnie roz-

winiętym obrazem chorobowym akromegalii. Na zasadzie doświadczenia F. mniema, że choroba ta nie jest rzadką. Jest wiele osób, w początkowych okresach choroby uważanych za niekształtne, które dotknięte są w rzeczywistości akromegalią. Zdaniem F. najbliższą przyczynę akromegalii stanowi zwiększony przyływ krwi w rozszerzonych naczyniach.

Huzarski.

2. E. KROMAYER. O t. zw. zapaleniu płuc nieżytowym po odrze i krztuścu. (*Virchow's Archiv. T. 117. Z. 3*).

Autor, oprócz zwykłych ognisk zapalenia mięszkowego, powstających wskutek zatkania drobnych oskrzeli wysiękiem i następczego zapadania się (atelectasis) ścian pęcherzyków płucnych oraz wypełniania się ich wysiękiem, znalazł jeszcze 2 rodzaje ognisk zapalnych innego zupełnie pochodzenia; oba te rodzaje stanowią tylko rozmaite stopnie jednej i tej samej sprawy.

Zmiany rozwinięte przedstawiają się w postaci sporych ognisk, gdzie razem ze zmianami mięszkowymi (wysięk w pęcherzykach płucnych i oskrzelkach) widać i zmiany śródmiąższowe t. j. zgrubienie wskutek infiltracji drobnokomórkowej ścian pęcherzyków płucnych, najdrobniejszych oskrzeli i naczyń. Zwężone pęcherzyki płucne wypełnione są wysiękiem, składającym się przeważnie z ciałek ropnych. Prócz tego widać w ogniskach komórki olbrzymie, wcale niepodobne do napotykanych zwykle przy gruźlicy. Jedna część tych komórek powstała zdaniem autora wskutek zlania się złuszczonego i napęczniałego nabłonka pęcherzyków płucnych; pochodzenie zaś drugiej autor wyprowadza z płaskiego nabłonka tychże pęcherzyków. Inny jeszcze rodzaj komórek olbrzymich, zauważonych przez autora, powstaje według niego ze zlania się jąder kubicznych komórek, tworzących szczegółowo opisane przez Friedländer'a atypiczne wybujałości nabłonkowe (atypische Epitel-Wucherung). Friedländer, opisując owe wybujałości nabłonkowe przy gruźlicy, nowotworach i sprawach śródmiąższowych płuc, dowodzi, że punktem ich wyjścia są komórki cylindryczne oskrzeli. Autor jednak nie podobnego nie był w stanie zauważyć, a nawet, przeciwnie, przekonał się, że początek im dają komórki kubiczne pęcherzyków płucnych (Schaltzellen).

Wybujałości nabłonkowe składają się z niskich kubicznych komórek, tworzących jużto worki lub koła, jużto rzędy, zniżające niekiedy światło. Autor uważa powstawanie wybujałości nabłonkowych za dalszy okres częstej w płucach sprawy: przemiany płaskiego nabłonka pęcherzyków płucnych w kubiczny, a właściwie zastąpienia pierwszego przez drugi. Zamiana powstaje wszędzie tam, gdzie bujająca tkanka łączna upośledza czynność pęcherzyków przy oddechaniu. Skoro nabłonek ten, bujając, poczyną przenikać do tkanki łącznej, która uciska zmienne w powyższy sposób pęcherzyki płucne, natenczas otrzymujemy obraz wybujałości nabłonkowych nakreślony przez Friedländer'a. Jestto rodzaj odnowy dla zniszczonego nabłonka płucnego, Friedländer nawet przypuszcza, co jednak wyma-

ga potwierdzenia, że z wybujałości, których światło łączy się ze światłem oskrzeli, powstają pęcherzyki płucne.

Drugi rodzaj ognisk, cechujących początek sprawy zapalnej rozwija się w sposób następujący. Sprawa rozpoczyna się od infiltracji ścian drobnych oskrzelków, zajmującej w nieznanym jednak stopniu również i ścianki pęcherzyków płucnych, które wysięku jeszcze wtedy nie zawierają. Dopiero z rozszerzeniem się sprawy pierwotnej śródmiąższowej, powstają zmiany miąższowe, a w pęcherzykach i oskrzelkach zjawia się wysięk morfologiczny, wypełniający takowe — wszystko to razem daje obraz ognisk wyżej już opisanych. Zmiany miąższowe są tu zatem zawsze wtórnymi, czem też różnią się od zmian zwykle opisywanych przy zapaleniu płuc nieżyłowym. Za takim rozwojem sprawy przemawia najdobitniej okoliczność następująca. W początkowych okresach oprócz infiltracji tkanki łącznej naokoło oskrzelków widać pęcherzyki płucne, w których wysięk w niewielkiej ilości przylega tylko do ścianek ich, nie wypełniając całkowicie światła. Widoczna zatem, że za życia w chwili powstawania wysięku w pęcherzykach, takowe zawierały jeszcze powietrze, co jest możliwem tylko wtedy, gdy doprowadzające oskrzela niebyły zatkane wysiękiem.

Taki sposób powstawania zapalenia płuc nieżyłowego widział autor najczęściej po odrze i krztuścu, uważa go też za charakterystyczny dla wspomnianej choroby. Sprawa tu zawsze rozpoczyna się w miejscu przejścia oskrzeli w najdrobniejsze oskrzelki (bronchioli respiratorii), ztąd szerzy się ona nietylko na sąsiednie pęcherzyki płucne, ale przechodzi także w kierunku dośrodkowym na ściany większych oskrzeli (1—2 mm. grubych), zajmując po drodze sąsiednie pęcherzyki płucne. Sposób ten szerzenia się sprawy jest bardzo podobny do t. zw. peri-bronchitis tuberculosa, od której różni się brakiem laseczników gruzliczych, tych autor ani razu nie znalazł, brakiem przemiany serowatej wysięku, a także układem i formą jąder w komórkach olbrzymich, które w danym razie leżą w pośrodku komórek i wcale nie są podobne do gruzliczych. Wskutek następnego rozwijania się tkanki łącznej naokoło oskrzeli oraz pęcherzyków płucnych znikają wskutek ucisku naczyń limfatycznych, oto dlaczego wysięk nie ulega wessaniu, oto przyczyna złośliwości zapalen płuc, rozwijających się w przebiegu odrzy oraz krztuśca.

S. Klejn.

3. Prof. G. HAYEM & P. TISSIER. **Przyczynę do nauki o zapaleniu gruzliczem osierdzia.** (*Révue de Médecine*, I. 1889).

Nie tak dawno jeszcze uważano gruzlicę osierdzia za cierpienie, jeżeli istniejące w rzeczywistości, to bardzo rzadko występujące, nie dalej np. jak w r. 1882 Rousseau mógł zaledwie zebrać 35 tego rodzaju przypadków, a dziś po 7 latach zdanie to zmieniłoby się znacznie.

Gruźlica zapalenie osierdzia według Weigarta zdarza się 1 : 128 przypadków gruzlicy, według Vierordt'a 4 : 24 przypadki gruzliczego zapalenia błon surowiczych. Sądzono, iż gruzlica osierdzia powstaje drogą zapalenia naczyń chłonnych, nie

znaleziono jednak żadnych potwierdzających to spostrzeżenie dowodów; najczęściej cierpienie to bywa wtórne i przechodzi z kręgow, mostka, opłucny lub gruczołów oskrzelowych. Ta ostatnia droga jest bardzo częstą. Spostrzegano już przypadki wylewu zserowaciałej zawartości gruczołków do osierdzia, w innych przypadkach (np. w obserwowanym przez autorów) przez gruczoły zapalenie ustąpiło u podstawy serca, które, na rozmaitych stopniach zserowaciale, bezpośrednio łączyły się z osierdziem. Znaczna liczba zapaleń gruczołowych osierdzia należy do t. z. cierpień ukrytych, w wielu przypadkach dopiero oględziny pośmiertne wykazały jego istnienie, zwykle bowiem występują jednocześnie objawy innego cierpienia, które pochłania całą uwagę klinicystów, odsuwając na plan drugi cierpienie osierdzia.

Wielu bardzo objawów, któremi cechuje się zwykle włóknikowe zapalenie osierdzia ze zrostami, brakuje tu często zupełnie. Najczęstszym objawem jest brak uderzenia serca (ictus cordis), którego ani widzieć ani wyczuć się nie udaje, pomimo że przestrzeń wypukowa serca zupełnie może pozostać bez zmiany. Tętno serca zwykle są czyste, nieco przytłumione, wielka pauza bywa zmniejszona, a tempo miewa cechę tempa płodu. Tętno zwykle prawidłowe, małe, szybkie. Na nieszczęście jednak wszystkie prawie powyższe objawy można spotkać i w innych cierpieniach np. przy rostrzeni płuc. Dla tego też autorzy kładą nacisk na inny objaw, spotykany przy cierpieniach błon surowiczych wogóle — na ogólny wygląd chorego. Niewidzimy tu cech gruźlicy płuc, przeciwnie chorzy są to ludzie silni na pierwszy rzut oka, mimo to można u nich zauważyć pewne znużenie, bladeść twarzy, krwawienie z nosa oraz mniej lub więcej głębokie podkopanie ogólnej przemiany materii.

Gruźlica osierdzia nie pozostaje nigdy ściśle izolowaną, nader często spotykamy jednocześnie gruźlicę opłucny i otrzewny. Wyradza się z tego ciekawy zbiór objawów, które wskazują na cierpienie centralnego narządu krążenia. Prócz tego obrzęk gruczołów u podstawy serca, wywołując ucisk na naczynia, sprawdza często rozmaite sprawy uciskowe u przednich górnych kończyn. Chorzy przedtem zdrowi tracą odrazu siły, oddech staje się utrudnionym i krótkim przy najmniejszym wysiłku; prócz krwawień z nosa często spotykamy u nich poty wieczorne oraz krótki suchy kaszel. Ciężota zachowuje się rozmaicie, rzadko bardzo bywa wysoka; w opłucnej można zauważyć niekiedy po obu stronach w dość znacznej ilości płyn, który po wypuszczeniu zbiera się znowu; płyn bywa żółtawy, nie przypominający płynu przy ostrem zapaleniu opłucny, można w nim znaleźć nieco cz. ciałek krwi i mało włóknika oraz b. c. krwi. Nie rzadko występuje obrzęk kończyn dolnych, nieznaczny jednak w porównaniu z innym obrzękiem przy cierpieniach serca.

Zauważyli również autorzy powiększenie wątroby, która po wypuszczeniu płynu z otrzewny jest często nierówna, co

każe przypuszczać istnienie nowotworu, czego przy sekcji nie znajdujemy, pochodzi to wprost od zepchnięcia wątroby przez wysięk w prawej opłucnej, lecz tylko w części, ponieważ trudno wyobrazić sobie, aby sam płyn swem ciężarem mógł do tego stopnia zepchnąć przeponę brzuszną, iż ta ostatnia stała by się wypukłą ku dołowi (w przypadku autorów), pochodzi to zapewne od zwyrodnienia mięśnia przepony, wskutek czego przepona utraciła zwykłą swą elastyczność i stała się bardziej podatną, a więc łatwiejszą do zepchnięcia przez płyn w opłucnej.

Nakoniec wspomnimy, iż chorzy skarżą się na ziębienie w nogach, co łatwo objaśnić się daje przeszkodami w krążeniu oraz że moczu bywa silnie stężony i nie zawiera białka, natomiast niekiedy spotkać w nim można barwniki żółciowe.

Śmierć nie każe długo czekać na siebie, zwykle następuje po 4—8 miesiącach od początku choroby. Asystolia występuje pod koniec choroby wskutek zrostów osierdzia, a wysięki opłucnej wzmagają jeszcze słabość mięśnia sercowego tak, że chorzy często po wypuszczeniu płynu umierają (przypadek autorów) wskutek niedowładu serca; przyczyną śmierci może być również ucisk powiększonych gruczołów u podstawy serca na wielkie naczynia.

Najważniejszymi objawami ułatwiającymi rozpoznanie, powtarzamy, są obustronne wysięki w opłucnej, wysięk w otrzewnej, brak objawów ze strony serca i obecność w wysięku cz. c. krwi w dość znacznej ilości, jeżeli zaś prócz tego ictus cordis znika rozpoznanie staje się prawdopodobnem. Mała ilość we krwi b. c. krwi może pozwolić nam wykluczyć nowotwór w wątrobie.

Praca ta ponadto zawiera bardzo szczegółowo opisaną obserwację nad chorym, której na tem miejscu nie streszczamy.

Józef Zawadzki.

4. Dr. M. WEISS. **O tak zwanej chorobie Weila.** *Weil'sche Krankheit.* (Wien. Medic. Presse. 1889. N. 46).

Kiedy w roku 1881 pisał autor o białkomoczu, występującym przy osłabieniu działalności serca w następstwie chorób zakaźnych, już wówczas zwrócił uwagę na pewną formę żółtaczki, której stale towarzyszy gorączka i gdzie jednocześnie przyjmują udział nerki i śledziona; formę tę, jako wielce różną od zwykłej żółtaczki kataralnej, nazwał wtedy żółtaczką pochodzenia zakaźnego (icterus infectiosus). Następnie Landouzy i Mathieu opisali w „Archives generales de medecine“ przypadki, bardzo podobne do duru brzusznego, powikłane żółtaczką, zapaleniem nerek i gwałtownymi bólami łydek (typhus hepaticque lub fièvre bilieuse). Od czasu jednak gdy Weil dał klasyczny opis 4 przypadków tej nowej postaci chorób zakaźnych nazwa „morbus Weil'i“ jest najpopularniejszą. Według Weila należy definiować ją, jako chorobę zakaźną, ostrą, etjologicznie zupełnie nieznaną chorobę, z pojęciem której się wiąże rozmaite objawy nerwowe i zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, szczególnie zaś takie 3 objawy: jak żółtaczką, guz śle-

dziony i zapalenie nerek; chorobę, której przebieg typowy, krótki i po większej części pomysłny.

Od tej chwili odnośna kazuistyka urosła ogromnie. Nie wszyscy jednak autorowie, zdaniem Weiss'a, położyli zasługi, w tym względzie niezaprzeczone.

I tak np. przypadek Aufrecht'a należy rozpoznawać nie jako *morbus Weilli*, ale jako „*nephritis acuta*.”

Oba przypadki Nauwerk'a należy uważać za „*septicaemia*.”

Przypadek Brodowskiego i Dunina „*pseudoleukaemia*.” Jeden przypadek Fraenkla z Berlina należy traktować, jako „*septicaemia*,” Wassilijewa zaś—jako „*Meningitis cerebro-spinalis*.” Za dyagnostycznie pewne uważa Weiss opisy autorów takich, jak: Goldschmidt, Goldenhorn, Windscheidt, Laudouzy, Mathieu, Heitler, Wassiljew (9 przypadków) i Haas (10 przypadków). Autor dorzuca jeszcze do tego 2 przypadki własne, które miał możność obserwować w Sierpniu r. z. w czasie epidemii w Pradze Czeskiej.

Na podstawie analizy powyższych przypadków autor dzieli wszystkie objawy nowej tej choroby na 2 grupy:

- a) stałe (*constante, pathognomonische*) i
- b) przypadkowe (*accidentelle*), nie stałe.

Do objawów stałych należą:

1. Gorączka od samego początku choroby wysoka, ze zwolnieniami rannemi, 5—7 dnia poczyna stopniowo opadać aż do 10 — 12 dnia, kiedy ciepłota ciała staje się prawidłową; tylko w 3 przypadkach po kilkudniowym okresie bezgorączkowym wystąpiła recydywa.

2. Objawy mózgowie i intensywne bóle łydek, przy dotykaniu wzmagające się znacznie.

3. Żółtaczka pochodzenia rezerbowego (obrzmienie wątroby, jako następstwo utrudnionego odpływu żółci).

4. Tumor lienis, spostrzegany często bezpośrednio po dreszczu, każe stanowczo zaliczać tę postać do chorób zakaźnych.

5. Zaburzenia ze strony nerek. Przypadki, którym towarzyszyła *nephritis haemorrhagica* kończyły się śmiercią chorego.

Do objawów niestałych należą:

1. *Roseola, Erythema, Purpura, Petechiae, Herpes labialis et nasalis.*

2. *Epistaxis.*

3. Objawy kataru oskrzeli.

Co się tyczy etylogii, to z zestawienia znanych nam przypadków wynika, że mężczyźni pomiędzy 20 — 35 rokiem życia stanowią główny kontyngens chorych, kobiety zaś i dzieci między 8 — 15 r. ż. i w stosunku do ilości mężczyzn stanowią mały tylko ułomek ogólnej liczby.

Prawie wszystkie dotąd przypadki powstawały w miesiącach letnich; epidemija *morbus Weilli* wybuchała zawsze równocześnie z epidemiją tyfusu brzuszego. Nie wiemy, czy choroba ta może bezpośrednio przechodzić na człowieka zdrowego; również i istota samej choroby dotąd pozostaje dla nas zagadką.

Rozmaitemi też nazwami posługiwali się różni autorowie przy opisie tej choroby, nie zawsze dość szczęśliwie (icterus infectiosus, febrilis, typhosus etc.). Pod względem klinicznym morbus Weill'i jest kompletnie analogicznem cierpieniem z typhus biliosus Griessinger'a, tak że pytanie o identyczności obu tych chorób było nieustannie podnoszone przez autorów w literaturze. Nadto jeden przypadek Wassilijewa który doszedł do sekyi, wykazał zupełną analogiją i pod względem anatomopatologicznym. Pod względem etjologicznym dzisiaj chorób tych identyfikować nie możemy; wszystkim zaś tym względem czyni zadość najlepiej nazwa proponowana przez autora „typhus biliosus nostras.“

Edward Orłowski.

5. Dr. H. v. HEBRA z Wiednia. **Leczenie ospowych chor.** (*Intern. Kl. Rundsch. N. 44 i 45. 1889*).

Autor bez ogródki przypisuje winę lekarzowi, jeśli chory jego przebywszy ospę otrzymuje po niej pamiątkę na całe życie w postaci t. zw. „dziobów“ i różnych blizn twarz oszpecających.

Nie jesteśmy tak bezsilni w tym względzie, jak się to wielu wydaje. Przeciwnie, można tu wiele uczynić i przy odpowiedniem postępowaniu uratować nie tylko od śmierci, ale i nie dopuścić do oszpecenia.

Już oddawna starano się, z różnym skutkiem, wynaleźć środek, któryby skracając wogóle przebieg ospy i zmniejszając nasilenie jej przypadków, usuwał niebezpieczeństwo grożące życiu i nie dopuszczał też do głębokich zmian miejscowych. Przed piętnastu laty polecono użycie w tym celu kwasu karbolowego i ksylołu (diametylbenzolu). Próby z podawaniem do wewnątrz tych środków dały wyniki wcale niepomyślne. Hebra na swoim oddziale dla ospowych (w szpitalu powszechnym w Wiedniu) po wielu próbach z karbolem, niekorzystnie przekonał się o tym środku. Sam przyznaje że wszyscy ciężko chorzy, którym podawał karbol, mimo tego leczenia umierali. Tak niefortunne wyniki odstręczyły nie tylko H., ale i innych od prób z ksylolem. I jakoś zarzucono ten środek. Dopiero przed trzema laty Ötrös w Budapeszcie podjął próby w tym kierunku i stosował ksyloł, bez względu na ciężkość przypadków, u 315 ospowych. Chory dorosły brał ksyloł kroplami w winie w ilości 2 — 3 grm. na dobę przez dni dwanaście. Wobec tego leczenia podobno miała się obniżać gorączka, a cały przebieg choroby skracał się i łagodniał. Cóż z tego kiedy odsetka śmiertelności u Ötrös'a była znacznie wyższą niżli na oddziale Hebry przy innem leczeniu w latach 1872—1875.

Przed 8 laty du Castel podał nowy sposób leczenia, polegający na stosowaniu podskórnem eteru siarczanego w ilości 2 strzykawkę Pravaz'a dziennie i podawaniu do wewnątrz mawkowca w ilości 0,15 — 0,2 grm. extracti opii w tymże czasie. Bucquet podaje wyniki leczenia tą metodą 106 przypadków ospy. Były one takie. W pomysłnych przypadkach wysypka zatrzymywała się w rozwoju. Na szczycie guzików tworzyły się

małeńkie pęcherzyki zasychające w dni parę, bez wywołania okolnego obrzęku; guziki te utrzymywały się w tej postaci przez tygodnie całe od chwili gorączki wstępnej. U innych chorych lub u tych samych rozwinięte już krosty nie powiększały się, ale wkrótce zasychały, tworząc blaszki rogowate o barwie mlecznej kawy. Nakoniec przy obfitej wysypce przychodziło do wytworzenia się jednostajnego obrzęku, a krosty szybko zasychały na małe do miodu podobne strupy, które po kilku dniach odpadły. I na przebieg gorączki leczenie takie wywierało wpływ bardzo korzystny. Tennesou, Gombault i Dreyfuss Brissac w Paryżu, Trail w Lille i Arnozan w Bordeaux po licznych próbach leczenia tą metodą jednoznacznie stwierdzili dobre wyniki.

Bonamy w Nancy leczył z pomyślnym skutkiem swoją metodą, będącą pewną modyfikacją poprzedniej. We wszystkich ciężkich przypadkach ospy już w stadyjum wysypania dawał chorym do wewnątrz 3 razy dziennie po 5—15 kropli liquoris ferri sesquichlorati i stosował podskórnie eter siarczany jak wyżej. Pierwszy, zdaniem tego autora, ma pokonywać upadek sił z powodu wysokiej gorączki, a zarazem działa skrzepiająco na naczynia włosowate i tym sposobem nie przychodzi do wybroczyn krwawych. Eter zaś ogranicza rozwój wysypki. Prócz tego jednak na szczycie wysypania Bonamy wyciera całe ciało chorego wazeliną z jodoformem. Zabieg ten ma na celu usunięcie wstrętnej woni wydzielanej przez skórę chorego; niedopuszcza do wytworzenia się oszpecających blizn; a wreszcie osłabia zaraźliwość jadu ospowego.

W nowszych nakoniec czasach przypadkowym sposobem Ory'emu udało się wykazać zbawienne działanie kokainy w ospie. Ory uważa ją nawet za specyfik przeciw tej chorobie i, przypisując jej wpływ neutralizujący na jad ospowy, radzi w celu zapobiegawczym podawać kokainę zdrowemu otoczeniu chorego.

Luton gorąco zachwala wyniki otrzymane przez wewnętrzne i podskórne stosowanie chlorku tego alkaloиду w ospie. Robi on 2 — 4 wstrzyknięć podskórnych 2% roztworu wodnego i podaje go do wewnątrz w ilości 0.25 na dobę (w 125 grm. mixturae gummosae). Oto wyniki otrzymane przez Lutona:

1. Kokaina brana w początku choroby znacznie obniża ciepłotę—z 40.5° na 37 na przeciąg czasu do 14 godzin i ogranicza wysypanie.

2. Podana w stadyjum wysypania działa jako środek abortywny—krosty zasychają i twardnieją.

3. Jeśli w stadyjum tem przestać ją podawać to choroba przybiera znów prawidłowy swój przebieg—ciepłota się znowu podnosi, a wysypka z wznowioną siłą zaczyna się rozwijać.

Hebra nie robił odnośnych doświadczeń z wyżej wymienionymi środkami, nie wypowiedział też o nich stanowczego zdania; radzi jednak być ostrożnym w ocenianiu działania środków podawanych do wewnątrz, czy też podskórnie, nie wiemy bowiem z góry, czy w danym przypadku i bez tych środków wy-

sypka nie wystąpi w łagodnej postaci — mylnie więc nieraz wnioskować „post hoc“ będziemy.

Zato jaknajgoręcej poleca Hebra zabiegi zewnętrzne, których działanie lepiej już dało się ocenić. Odpowiadają one najważniejszemu ze wskazań, bo usuwają niebezpieczeństwo wynikające z wessania ropy, pozwalają więc uniknąć wyniszczającej gorączki „ropienia“, przerzutów i t. p. Główną zasadą jest tu antyseptyka w najszerszym znaczeniu słowa. Przedewszystkiem więc należy chorego jak najczyściej utrzymywać. Jak tylko jakaś część bielizny lub pościeli powala się ropą, natychmiast powinna być zamienioną przez czystą. Drugim środkiem pomocniczym w tym względzie jest często stosowana i długotrwała kąpiel. Jest ona bardzo wskazana w każdym stadium choroby, a najbardziej wtedy, jeśli chory dziesiątego dnia choroby zacznie gorączkować nanowo. Kąpiel przytem tem dłużej trwać powinna, im gorączka jest wyższa, a wysypka rozleglejsza.

Działanie długotrwałych kąpeli w ospie polega na tem, iż woda rozmiękcza warstwę naskórka, pokrywającą krosty, przez co ułatwia opróżnienie tych ostatnich, a wreszcie wymywa ropę z krost już otworzonych i tym sposobem nie dopuszcza do wessania się takowej. Zdaniem autora przy oddziale dla ospowych nawet powinno być po kilka łóżek wodnych (Wasserbetten), w których możnaby było trzymać ustawicznie chorych ze zlewającą się wysypką, nożyczkami ścinać pewną ilość krost i tym sposobem zmniejszyć ilość wsysanej ropy. Aby nie przerywać maceracyi i w czasie między kąpielami, chorego należy zawijać w mokre prześcieradła i wełniane koce, ale tamte często trzeba odmieniać. Takie zawijania można połączyć z posypywaniem ciała środkiem przeciwnilnym posiadającym przytem własność złuszczenia naskórka. Tak działa właśnie kwas salicylowy, który sprowadzając odpadanie powierzchownych blaszek naskórka ułatwia sobie przystęp do treści króst. H. postępuje tak. Po kąpeli trwającej jedną do kilku godzin, kładzie chorego do łóżka, posypuje całe ciało proszkiem z 10 części acidi salicylici i po 50 cz. talci Veneti i amyli tritici i zaraz zawija w wilgotne prześcieradło i koc wełniany. Po pewnym czasie można zauważyć iż pewna część naskórka została złuszczoną i wysypka zasycha. W następnej kąpeli ciało chorego naciera się mocno mydłem szarem, które działa tu również w znaczeniu rozmięczenia i rozpuszczania naskórka. Potem powtarza się powyższy zabieg kilkakrotnie.

Wspomina autor i o Drzewieckim, który z powyższym celem stosuje kalomel, widzi jednak niebezpieczeństwo w możności zatrucia rtęcią.

Maceracyja da się również osiągnąć przez użycie maści ze środkami odrażającemi, z wyjątkiem rozumie się karbolu i sublimatu, które stosowane na powierzchnię całego ciała mogłyby spowodować zatrucie. Za to bardzo nadaje się maść jodoformowa, jeśli tylko chory znosi wstrętą woń tego przetworu.

Andreer z bardzo pomyślnemi wynikami używał w tym celu rezorcyny, ilość której w maści stosunkowo do ciężkości

przypadku, biorąc czasem do 50% i nigdy nie miał objawów zatrucia. Pokrywał on chorego grubą warstwą tej maści, obwijał prześcieradłem i trzymał tak całymi dniami. Gorączka szybko spadała, ogólny niepokój zastępowała wybitna euforyja, krosty szybko zasychały, strupy niebawem odpadały i nigdy nie przychodziło do wytworzenia się blizn na skórze. Prócz działania przeciwgorączkowego i przeciwniepalnego, maść rezorcynowa łagodziła także uczucie palenia i prężenia w skórze, tak przykre zwykle dla chorego.

Revillot miał bardzo dobre wyniki przy stosowaniu plastru takiego składu: 20 cz. emplastr. hydrarg., 10 cz. sapon. kalini i 4 cz. glicerin. Plastrem tym pokrywał ciało chorego i pod nieprzepuszczalną warstwą takowego szybko przychodziło do gojenia.

Weidenbaum z Dorpatu zamiast plastru stosował rtęć w maści, którą łatwiej niż tamtym pokryć ciało chorego. Rp. Ungent. hydrarg. ciner 9, Sapon. kalin. 17, Glicerin. 50. Maścią tą W. nacierał 3 razy dziennie chorego. We wszystkich przypadkach tak leczonych guzki zatrzymywały się w rozwoju i nie przechodząc w pęcherzyki ulegały rozdzieleniu, obecne zaś już pęcherzyki i krosty marszczyły się i zasychały. Tak więc z dniem każdym mnoży się ilość odnośnych środków i jest już teraz w czem wybierać. Rzeczą jest już myślącego lekarza wybrać odpowiedni w danym przypadku—stosownie do wieku chorego, ciężkości przypadku i t. p.

Rozumie się iż szczególnej pieczy dolożyć winien lekarz, aby uchronić od oszpecenia twarz, albowiem tutaj powstają najgłębsze dzioby i najbardziej zniekształniające blizny. Przyczyna tego według Hebry leży w anatomicznych stosunkach skóry twarzy; obfitość gruczołów łojowych i torebek włosowych, oplecionych obficie siecią naczyń. Wskutek tego nasięk zapalny sięga tu głębiej i dla tego przy rozpadzie mamy głębsze ubytki; bliskość krost ułatwia się zlewaniu ich; pod dużymi strupami gromadzi się ropa, która, nie mając ujścia na zewnątrz, niszczy głębsze warstwy skóry.

W wyborze środka należy się kierować dwoma względami t. j. aby działał on rozmiękczająco i odrażająco.

H. używa w tym celu unguent. diachyl. z dodatkiem 2—3% karbolu lub 1% sublimatu. Maścią tą nasmarowywa maskę wyciętą z płótna i przytwierdza ją na twarzy chorego zapomocą drugiej maski flanelowej. Czyste utrzymywanie i częsta zmiana tego opatrunku zapewnia pożądany skutek leczenia. Niema potrzeby obawiać się zatrucia przy takim stosowaniu tych środków ze względu, że to czynimy na stosunkowo niewielkiej powierzchni skóry.

Kupferschmied robi maskę z gutaperki, wyściela ją gazą jodoformową napojoną oliwą i przykładą na twarz chorego. Wynik bardzo zadawalniający.

Można też bezpośrednio posmarować twarz maścią jodoformową i pokryć maską.

Przyjemniejsze są jednak dla chorego przetwory z kwa-

sem salicylowym. Bardzo tani, łatwy do zrobienia i dogodny w stosowaniu, taki np. plaster składa się z 10% mydła salicylowego z dodatkiem 2—5% rezorcyny.

Nadają się też bardzo dobrze podane przez Unnę plastry gutaperkowo-muślinowe (Guttaperchapflastermulle), jako to: cynkowy, cynkowo-salicylowy, salicylowo-kreozotowy, ołowiano-karbolowy, jodoformowy, ichtyolowy i t. p. Przy stosowaniu ich chodzi głównie o to, aby plaster ściśle przylegał do skóry twarzy.

Również dobre są przetwory glicerinowo-żelatynowe, czyli t. zw. Kleje glicerinowe. (Glycerinleime) z powyższymi składnikami działającymi, zatem: Klej cynkowy, ichtyolowo cynkowy i t. d. Dają się one rozpuścić w gorącej wodzie i za pomocą szczeciniowego pędzelka łatwo na twarzy rozsmarować. Mają tę zaletę, iż klej wchodzi we wszystkie zagłębienia skóry tworząc po zastygnięciu ściśle przylegającą warstwę, która broni przystępu do skóry drobnoustrojom z zewnątrz. W ciepłej kąpieli znów bardzo łatwo można je odmoczyć i nałożyć świeżą warstwę.

Mimo tego leczenia często mamy do czynienia z woskiego stopnia seborrhoea. Polega ona, jak wiadomo, na powiększeniu czynności gruczołów łojowych. Ma to miejsce w najwyższym stopniu na czole i nosie. Skóra w tem miejscu pokrywa się grubą warstwą dość ściśle przylegającej łojowatej masy. W przypadku tym należy to silnie zeszkrobać stalową łyżeczką aż do głębi, usuwając nietylko wydzielinę ale i przerosłe chorobliwie gruczoły; otrzymawszy nareszcie gładką powierzchnię zdrowej tkanki, po zatamowaniu krwotoku, nakładamy opatrunek z wodnym 1—2% roztworem rezorcyny, która pomaga do nowowytworzenia się naskórka. Ten ostatni wychodząc zśród błonka gruczołów szybko skórę pokrywa.

Nawet już wobec wytworzonych przez niedbałe uprzednie leczenie dziobów i blizn, można jeszcze znacznie stan skóry polepszyć. Uczynić to można przez mechaniczne usunięcie wyniosłości między dziobami i na bliznach, w postaci pręgów i gwiaździstych figur. Niektóre z nich ścina się poprostu nożem, a resztę ściera czyli poleruje na gładko niżej podanym sposobem. W celu tym używa się mydła piaskowego, lub też podanego przez Ellingera i Unnę mialko sproszkowanego marmuru, dodając go do mydła, którego zadaniem jest zmiękczyć naskórek. H. używa w tym celu przetłuszczonego mydła rezorcynowo-salicylowo-siarkowego. Macza on kawałek płótna lub flaneli w gorącej wodzie, naciera dostatecznie tem mydłem i posypawszy proszkiem z marmuru, pociera twarz chorego. Trzeć trzeba z początku zwolna lekko uciskając, a potem coraz silniej, aż do wystąpienia nieznacznego krwawienia. Po umyciu nakłada się opatrunek z maścią lanolinową z 2% rezorcyny, lub zwykłą maścią cynkową, albo też muślinem cynkowym i t. p.

Jest to wprawdzie zabieg nieco bolesny, ale ponieważ już po pierwszym posiedzeniu widać polepszenie, a w dodatku wchodzi tu w grę próżność kobieca, przeto spotykamy się przytem

z nieoczekiwaną cierpliwością i wytrzymałością lezonej. Objawy odczynu po takim zabiegu nie prędzej jak w tydzień przechodzą, zatem nie częściej jak raz tygodniowo można robić posiedzenia. Dla osiągnięcia pożądanego celu kuracja taka ciągnie się czasami przez całe miesiące. Przy dostatecznej jednak wytrwałości ze strony chorego i lekarza można doprowadzić do tego, iż bardzo nawet zniekształcone oblicze staje się znowu równem i gładkiem.

W. Świątecki.

II. Ginekologija.

6. LEOPOLD. **Przyczynę do leczenia pęknięcia macicy.**
Zur Behandlung des Uterusruptur. (Arch. f. Gynäk. T. XXXVI. Z. 2.)

W ostatnich latach stosowano z dobrym skutkiem dwie metody postępowania przy leczeniu pęknięcia macicy: 1) wypchanie pękniętego miejsca i drenowanie za pomocą gazy jodoformowej z poprzedzającą laporatorią lub bez takowej, 2) otwarcie jamy brzusznej i usunięcie krwawiącej macicy sposobem Porro. Dotychczas jednak nie ma zgody, czy lepiej jest wywiązać płód na drodze naturalnej przez miejsce pęknięte, czy też otworzyć jamę brzuszną, usunąć płód i stąd zastosować to, co jest niezbędne do zagojenia obrażenia?

Na drugim kongresie niemieckich gynecologów w Halle (1888) L. opisał 4 przypadki zupełnego pęknięcia macicy, baczna obserwacja których doprowadziła go do następujących wniosków: 1) Pęknięcie macicy ma miejsce daleko częściej od przodu czyli w fałdzie pęcherzowo-macicznej, niż dotychczas przypuszczano. Pęcherz moczowy może być oderwany zupełnie w kierunku poprzecznym bez dalszych obrażeń. Krwotok przytem może być dość umiarkowany. W podobnych przypadkach najpewniej można zamknąć pęknięte miejsce za pomocą przodocięcia macicy, opaski uciskowej i tamponowania gazą jodoformową tegoż miejsca resp. macicy i pochwy i tym sposobem sprowadzić zagojenie, 2) Im więcej upłynęło czasu od chwili nastąpienia pęknięcia i im więcej przedsiębrano prób rozwiązania rodzącej, tem rokowanie jest mniej pomyslnie dla matki. Zakażenie i krwotok prędko wyczerpują siły rodzącej. 3) Świeże pęknięcia macicy przedstawiają pomyslnie widoki zagojenia nawet przy najwyższych stopniach. 4) Dziecko po pęknięciu w większej części wkrótce umiera. Puls, matki jako też ogólnej stan mogą już w ciągu bardzo krótkiego czasu (po 1 godzinie) podupaść. Jednakże przy prędkiej pomocy, skierowanej energicznie i z dobrym skutkiem przeciwko krwotokowi, można ocalić chorą. 5) Płód powinien być wywiązany sposobem najbardziej oględnym dla matki; w pierwszym bowiem razie pęknięcie fatalnie się zwiększa. Najbardziej odpowiadają celowi operacje zmniejszające objętość płodu; lub też idącej na końcu główce, nawet przy słabem zwężeniu miednicy, otwarcie główki (perforatio) przy położeniu poprzecznem – rozkawalenie płodu, a nie obrót. 6) Gdy poprzedzająca część płodu (główka, poślad-

ki, nóżka) wstąpiła do małej miednicy, a reszta takowego urodziła się do jamy brzusznej, w takim razie trzeba ukończyć poród na drodze naturalnej. 7) Gdy cały płód urodził się do jamy brzusznej, należy otworzyć jamę brzuszną (laparotomia), naturalnie przy zachowaniu najściślej antyseptyki. 8) Przed i po rozwiązaniu na drodze naturalnej należy oczyścić pochwę i macicę resp. miejsce pęknięte przez przestrzyknięcie 2% roztworem kwasu karbolowego, połączyć brzegi rany przez dopasowanie od wewnątrz i zewnątrz (przez pociąganie ostrym haczykiem lub kulociągami i opaską uciskową), a następnie wprowadzić do części rodnych wewnętrznych, poczynając od dna macicy aż do pochwy, obok samego pękniętego miejsca, długi i gruby knot z pasków gazy jodoformowej, który usuwamy, stosownie do przebiegu położenia, 8 lub 10 dnia. 9) Po wywiązaniu płodu przez ściany brzuszne, należy starannie oczyścić jamę brzuszną, powstrzymać krwotok resp. spróbować zeszyć pęknięte miejsce, nakoniec wprowadzić jeden knot z gazy jodoformowej do macicy i pochwy, a drugim zatkać pęknięte miejsce po mocnem dopasowaniu obu brzegów rany, którego koniec wyprowadzamy przez dolny kąt rany w ścianie brzusznej. 10) Reszta powinna być dokonana podług znanych prawideł. Każdy pojedynczy przypadek należy traktować stosownie do okoliczności.

Następnie L. przytacza poglądy Weit'a i Piskaček'a odnośnie leczenia pęknięcia macicy i zbija takowe. Dla zwięzłości streszczę poglądy obu tych autorów w kilku słowach. Podług Weit'a w razie pęknięcia macicy należy w zasadzie rozwiązać kobietę przez pochwę przy zachowaniu ściśle antyseptyki. Po rozwiązaniu należy przez drenaż i ucisk brzucha postawić ranę w najpomyślniejszych warunkach. Drenaż można rurką gumową, do której przymocowuje się drugą poprzeczną rurką, lub też gazą jodoformową. Piskaček w zasadzie jest również za wywiązaniem płodu na drodze naturalnej. P. odróżnia przy leczeniu zupełne pęknięcie od niezupełnego. Zwraca jednak uwagę, że i przy niezupełnym pęknięciu może mieć miejsce krwotok wewnętrzny, którego natężenie nie da się nawet w przybliżeniu określić. Przy niezupełnym pęknięciu P. zaleca oczyszczenie rany i wprowadzenie luźnego knota z gazy jodoformowej do rany aż do samej otrzewnej, które zastępuje w razie krwotoku, ostrożnym tamponowaniem pękniętego miejsca w połączeniu z długotrwałym uciskiem macicy od zewnątrz za pomocą ręki. Nie zaleca laparatomii przy niezupełnym pęknięciu, ani też obklucia ze strony pochwy art. uterinae. Przy zupełnym pęknięciu, gdy kobieta już urodziła lub też sztucznie została rozwiązana, P. oświadcza się również w zasadzie za drenażem knotem z gazy jodoformowej, z wyjątkiem tych przypadków, w których nie można powstrzymać mocnego krwotoku przez ucisk i tamponowanie, a stan ogólny pozwala jeszcze dokonać laparatomii. Ostatniej dokonywał tylko wtedy, gdy jest zupełnie pewny, że bez laparatomii przypadek musi zakończyć się śmiercią.

Poglądy Winekel'a i Zweifel'a zgadzają się w głównych punktach z poglądami L. Przy pęknięciu macicy W. podaje następujące przepisy postępowania: 1) Gdy płód nie wystąpił z macicy a rozwiązanie jest możliwe na drodze naturalnej, stosownie do przypadku—przyspieszone rozwiązanie za pomocą kleszczy, perforacyi, kranioklasyi, obrotu lub dekapitacyi. 2) Gdy płód częściowo wystąpił z macicy, bez zmiany swej osi podłużnej, należy go wywiązać na drodze naturalnej; gdy zaś w większej części lub całkowicie wystąpił z macicy, nie należy go wywiązywać przez pęknięte miejsce, lecz dokonać laperotomii, wydostać płód, oczyścić jamę brzuszną i zeszyć pęknięte miejsce. 3) Gdy poród nastąpił na drodze naturalnej, a pęknięcie jest przenikające (zupełne), należy drenaż dużym szklanym drenem, przepłukać jamę brzuszną 1% roztworem tymolu lub kwasu bornego i położyć pęcherz z lodem na brzuchu. Dren podtrzymuje się w pochwie gazą jodoformową. Gdy poród nastąpił na drodze naturalnej, lecz do jamy otrzewnej się dostało dużo wody płodowej i krwi lub też łożysko, jest wskazaną również laparotomia obok następczego szwu na macicy.

Podług Zweifel'a postępowanie przy pęknięciu macicy powinno polegać na rozwiązaniu na drodze naturalnej płodu i łożyska, gdy to jest jeszcze możliwe, na następczem wprowadzeniu drenu w kształcie litery T przez pęknięte miejsce do jamy brzusznej i na opasce uciskowej. Gdy płód lub łożysko dostały się do jamy brzusznej, wówczas może pomódz tylko laparotomia z następnem zeszczeniem pękniętego miejsca, a w odpowiednim przypadku wyłuszczenie macicy.

Następnie L. opisuje 3 świeże przypadki pęknięcia macicy podczas porodu, leczone za pomocą tamponowania gazą jodoformową od wewnątrz i opaski uciskowej, z których jeden zakończył się wyzdrowieniem a dwa inne śmiercią i zwraca uwagę, że gdyby w dwóch ostatnich przypadkach została dokonana laparotomia, to przez powstrzymanie krwotoku na tej drodze, możnaby chore ocalić od śmierci. Ztąd L. wyprowadza ważny wniosek, że największą uwagę przy pęknięciu macicy należy poświęcić krwotokowi, którego natężenie nie da się nawet z góry wcale obliczyć. Najpierwsza i najważniejsza czynność powinna polegać na możliwym ograniczeniu krwotoku, który z punktu widzenia praktycznego należy uważać za większy i niebezpieczniejszy, niż jest w rzeczywistości. Zewnętrzny krwotok nie koniecznie ma być znacznym. Krwotok wewnętrzny może pod otrzewną sięgać tak wysoko, że wokoło szyjki macicznej otrzewna jest podniesioną na grubość pięści, że obie nerki pływają w masie krwi, aż ostatecznie otrzewna pęka, a śmierć następuje z powodu upływu krwi.

W podobnych przypadkach powinniśmy, zdaniem L. postępować w sposób następujący: po postawieniu rozpoznania pęknięcia macicy, trzeba przede wszystkim starannie oczyścić cały brzuch, jak do laparotomii, przestrzyknać pochwę i następnie zatamponować gazą jodoformową, jak również przygotować wszystko do laparotomii. Najważniejszą rzeczą jest dostateczna ilość

wyjałowionej lub jodoformowej gazy, pokrajanej na paski długie jak przedramię, szerokie na 3 palce, których dwa lub trzy razem złożone skręca się w spłoty; oprócz tego kamfora lub eter, ergotyna, wino, duża ilość ręczników i jeżeli można kilka wiader gorącej wody na okłady, a przede wszystkim litr wyjałowionego 0,6^o/_o roztworu soli kuchennej. Rozczyn soli kuchennej wstrzykuje się pod skórę wrazie potrzeby. Sama procedura jest bardzo łatwa i została dokładnie opisana przez Müncheimera (patrz referat w Kron. Lek. Nr. 9 z roku 1889). Teraz należy szybko otworzyć jamę brzuszną przy niezupełnem uśpieniu chloroformem. Do pomocy potrzeba 3 osób: jedna do chloroformu, druga do pomocy przy samej operacyi, trzecia do podawania narzędzi, gazy lub gąbek. Naprzód usuwamy z jamy brzusznej płód lub też, w razie gdyby takowy tylko do połowy wystąpił z macicy, przez oględne wyciąganie przeprowadzamy resztę przez pęknięte miejsce, odszukujemy łożysko pod przewodnictwem sznurka pępkowego i usuwamy takowe, następnie z jamy brzusznej wodę płodową, krew i inne nieczystości usuwamy kawałkami gazy i prędko zwracamy się do krwawiącego miejsca. Należy unikać, o ile to jest możliwe, karbolu lub sublimatu, gdyż osłabiony organizm nie jest w stanie wydzielić z siebie tych trujących pierwiastków. Mocno krwawiące tętnice podwiązujemy; gdyby to nie pomogło, a krwotok miąższowy był znaczny, należy obkłuć krzyżewi igłami całą warstwę mięśniową macicy i prędko zawiązać szwy. (Należy unikać jajowodów i jajników z przodu pęcherza i pamiętać o moczowodach.) Przy mniejszem pęknięciu krwotok tym sposobem zostaje zatamowany. Do tego dodajemy powierzchowne szwy i pokrywamy dla wszelkiej pewności okolice szwów gazą drenującą. Często jednak brzegi rany są tak zazębite, i nierówne, że nie można ich porządnie zeszyć; wówczas należy obronić brzegi i zbliżywszy je o ile można zeszyć. Tym sposobem powstrzymujemy krwotok. Gdy nie można zeszyć brzegów, należy dokonać podwójnego tamponowania. Gruby, składający się z kilku warstw pasek gazy przeprowadzamy przez pęknięte miejsca jednym końcem do jamy macicznej, a drugim do pochwy, następnie zbliżamy do siebie oczyszczone i wyrównane brzegi rany, przy wepchnięciu całej macicy do jamy miednicy i zatykamy mocno brzegi rany w otrzewnej i otaczające części podminowane niekiedy przez krew, gazą jodoformową, której koniec wyprowadzamy na zewnątrz przez dolny kąt rany brzusznej. Oto jest postępowanie konserwatywne.

Niekiedy zeszyte i zatkanie pękniętego miejsca okazuje się niewystarczającym z powodu dalszego krwawienia. Niekiedy macica znajduje się już w stanie zapalnym. W tych przypadkach najlepiej jest i najpewniej usunąć macicę sposobem Porro. Opaskę uciskającą należy założyć poniżej pękniętego miejsca, a gdyby to się nie udało, należy naprzód zeszyć otwór zięjący w otrzewnej gęsto i mocno; nie należy zostawić żadnej komunikacyi pomiędzy pochwą a jamą brzuszną. Celem uniknięcia dalszego podminowania otrzewnej przy umocowaniu pieńka

poamputacyjnego w dolnym kącie rany i co za tem idzie dalszego krwawienia, zapalenia lub też sposoczenia takowej, należy zeszyte miejsce znajdujące się poniżej opaski uciskającej jakoteż okolicę takowego starannie i mocno zatkać gazą i drenaować na zewnątrz. Po 5 lub 6 dniach wszystko już jest tak sklejonie, że można wyciągnąć paski gazy z jamy brzusznej. Można także przed zeszyciem pękniętego miejsca wprowadzić do pochwy tampon z gazy. Jedynie w tych przypadkach laparotomia nie jest wskazaną, w których krwotok na zewnątrz i wewnątrz jest umiarkowany lub bardzo stały i mamy wszelkie widoki, że da się on powstrzymać przez tamponowanie resp. drenowanie i opaskę uciskującą. W tym celu trzeba przy pierwszym wewnętrznem badaniu naprzód określić stopień i natężenie krwotoku wewnętrznego, którego nigdy nie brak. Gdy kobieta jest wyniszczona, pęknięcie już dawno nastąpiło, krwotok jeszcze trwa, jakkolwiek umiarkowany, najszybszą i najpewniejszą drogę ocalenia stanowi laparotomia. To samo postępowanie wskazanem jest również, gdy kobieta, rozwiązana na drodze naturalnej i po zatamponowaniu, na drugi lub trzeci dzień po porodzie jeszcze dalej krwawi i grozi jej śmierć lub też gdy pęknięcie było niezupełne, a po naturalnem rozwiązaniu zapaść (collapsus) wskazuje na niewątpliwy krwotok następczy do tkanki podotrzewnowej. Przy takich ciężkich niezupełnych pęknięciach pomaga jedynie odszukanie i ucisk krwawiącego miejsca, gdyż tamponowanie i drenowanie ze strony jamy brzusznej działa daleko pewniej, niż manipulowanie po omačku i liczenie na działanie natury.

Huzarski

7. Alfred DÜHRSEN. **O leczeniu krwotoków po porodzie.** *Ueber die Behandlung der Blutungen post partum.* (Volk. Samml. Klin. Vortr. Nr. 347).

W roku 1887 Dührssen opisał po raz pierwszy metodę tamponowania macicy przy krwotokach po porodzie polegającą na mocnem wypchnięciu jamy macicznej jednym paskiem gazy jodoformowej. Już wówczas na zasadzie 2 przypadków ze szczęśliwym przebiegiem zapewniał o pewności działania i nieszkodliwości postępowania odnośnie zakażenia i zalecał wczesne stosowanie tego rękoćzynu. Obecnie po zebraniu 79 przypadków tamponowania macicy po przedwczesnych i czasowych perjo-
dach, zbija zarzuty przeciwników. Pierwszy zarzut dotyczy wartości tamponowania, jako środka tamującego krwotok. Zdaniem przeciwników — tamponowaniu przeszkadza kurczeniu się macicy gdyż przez to się takowa rozszerza. Że macica pomimo że jama jej jest rozszerzona, może się dobrze kurczyć, widać najlepiej przy każdym bólu porodowym. Najlepiej widać to z tego faktu, że macica, po wprowadzeniu części paska gazy, kurczy się mocno i prędko i że w następstwie już nie wolnieje, gdy nie uda jej się wypchnąć obcego ciała. Zatamowanie krwotoku ma miejsce z jednej strony już przy wprowadzaniu tamponującego paska, wskutek kurczenia się macicy, z drugiej znowu strony wskutek kurczenia się macicy i następującego po niej stałego zmniejszenia się w niej jamy o twardych ścianach.

Krwawienie zaś z takiej jamy wstrzymuje się przez mocne wypalanie takowej. Przy tamponowaniu macicy dwa czynniki wpływają na wstrzymanie krwotoku: 1) Kurczenie się resp. zmniejszenie się takowej, 2) ucisk zostaje wywarty na całą ścianę wewnętrzną macicy, a tem samem i na miejsce po łożysku. Co się tyczy celowości tamponowania przy bezwzględny bezwładzie (absolutnej atonii), to D. dowodzi, że ponieważ w tym przypadku zwykle brak jakiegokolwiek kurczenia się macicy, to zawsze jest nadzieja jeszcze, że tamponowanie może wywołać takowe, jako środek pobudzający do najmocniejszego kurczenia się. Tamponowanie ma przewagę nad innymi sposobami, stosowanymi przy absolutnej atonii. Do tych ostatnich należy, jak wiadomo: ucisk dwiema rękami od zewnątrz, lub też od zewnątrz i wewnątrz (ze strony pochwy lub też ze strony macicy), jako też zastosowanie półtorachlorku żelaza (Liq. ferri sesquichl.) Nad tym ostatnim tamponowanie ma tę wyższość, że gaza jodoformowa zatyka otwory w naczyniach.

Ucisk ręką wymaga przy ciągłym trwaniu wiele siły, przeto przy chwilowym zwolnieniu ucisku znowu rozpoczyna się krwotok. Dla chorej też taki dłużej trwający ucisk jest bardzo nieprzyjemny, szczególnie gdy jedna ręka znajduje się wewnątrz części rodnych. Nakoniec przy wprowadzeniu do macicy ręki ściśniętej w pięść, wobec braku kurczenia się macicy, ręka uciska miejsce po łożysku niepewnie i nie w całej rozciągłości. Przy mocnem wypchaniu jamy macicy gazą wystarcza lekki ucisk dna od zewnątrz do powstrzymania dolnego rozszerzania się takowej, przez co unika się niebezpieczeństwa wewnętrznego krwotoku. Jeśli tamponowanie macicy jest najpewniejszym środkiem powstrzymującym krwotok przy wyższych stopniach bezwładu (atonii), to jeszcze bardziej da się to powiedzieć o lżejszych stopniach takowego. Oba czynniki, działające przy tamponowaniu, a mianowicie ucisk i wywoływanie kurczenia się, odnośnie natężenia i trwania, przewyższają wszystkie inne środki jakich zwykle używamy dla powstrzymania krwawienia; do tych ostatnich należą rozcieranie, wstrzykiwanie podskórne ergotyny, gorące wstrzykiwania do macicy, ucisk macicy, pod rozmaitemi postaciami, jako też ucisk aorty. Tamponowanie nie tylko powstrzymuje krwotok natychmiast, ale i trwale, co ma ważne znaczenie zarówno dla położnicy, jak i dla lekarza. Lekarz po powstrzymaniu krwotoku przez tamponowanie może ze spokojnem sumieniem opuścić położnicę, a położnica może korzystać z pożądanego spokoju. Jasnem jest, że ucisk, wywarty przez tamponowanie na ściany macicy jest doskonalszy, niż ucisk ręką. Oprócz tego tamponowanie lepiej pobudza macicę do kurczenia się, niż wszystkie inne środki razem wzięte. Macica już podczas tamponowania staje się twardą jak kamień. D. zaleca także przy krwotoku wskutek rozerwania szyjki macicznej, nieskomplikowanym bezwładem macicy, nie tylko wytampotowanie pękniętej szyjki ale także jamy macicznej zarówno celem wzmocnienia kurczenia i zwiększenia się macicy jako też w celu uniknięcia zbrania się

krwi w takowej. Dobrze jest, jak D. doświadczył, przy rozerwaniu szyjki oprócz tego bardzo starannie wytamponować gazą jeszcze pochwę i na zakończenie wprowadzić do pochwy jeszcze parę tamponów z waty. To samo radzi Nagel zastosować przy poprzedzającym łożysku. D. w ogólności zarzuca szewy przy rozerwaniu szyjki. Gdyby nie udało się zupełnie powstrzymać krwotoku przez takie tamponowanie, to jednak przez to krwotok znacznie się zmniejsza, przez co z większym spokojem można przystąpić do zeszywania szyjki lub też obklucia sklepienia pochwowego. Niezmiernie ważnem jest w praktyce zdaniem D. że tamponowanie kanału maciczno-pochwowego powstrzymuje z bezwzględną prawie pewnością każdy krwotok z przeważnej części kanału rodnego. Gdy mamy wątpliwość, czy krwotok ma miejsce z bezwładnej (atonicznej) macicy, czy z rozerwanej szyjki, czy też z naderwanej pochwy, należy dokonać tamponowania kanału maciczno-pochwowego. D. zwraca uwagę, że przy pęknięciu krocza, lub naderwaniu lechtaczki (clitoris) powstrzymuje się krwotok ostatecznie przez założenie szwu.

Dalej D. dowodzi braku niebezpieczeństwa przy tamponowaniu odnośnie zakażenia. Oto drugi zarzut przeciwników tego postępowania: W dwojaki sposób może nastąpić zakażenie z powodu tamponowania: 1) gdy w samym materyjale, którym tamponujemy, istnieją zarazki; 2) zarazki mogą być przeniesione przy tamponowaniu z pochwy do macicy. Co się tyczy pierwszego punktu, to obecnie każdy materyjał opatrunkowy łatwo uwolnić od zarazków, gdyż wystarcza, jak tego dowiódł Koch, materyjał opatrunkowy wygotować w zwyczajnej wodzie, w przeciągu paru minut. Dawidsohn dowiódł, że nawet bakteryje ropne giną napewno przy zagotowaniu wody do 100° C. Stąd wniosek nadzwyczaj ważny w praktyce, że nie mając pod ręką innego materyjału, można tamponować paskiem płótna, który można odciąć od ręcznika a nawet od zanieczyszczonego prześcieradła, naturalnie po zanurzeniu tego paska na pięć minut w wrzącej wodzie, przez co sam materyjał staje się aseptycznym. Zamiast paska płótna zazwyczaj lepiej użyć gazy hygroskopowej, gdyż takowa wciąga daleko więcej krwi. Nie mając tedy gazy dla tamponowania, a jedynie płótno, dobrze jest wypchać niem mocno macicę, a na zakończenie wypełnić pochwę watą salicylową lub jodoformową. Samej macicy D. nie radzi wypychać tamponami z waty, gdyż tak wprowadzenie jak i usuwanie takowych sprawia wiele kłopotu i jest bolesne, oprócz tego łatwo niekiedy zostawić w macicy taki tamponik.

Na pytanie, czy można tamponować materyjałem aseptycznym, a nie zdezynfekowanym i w tych przypadkach, w których już podczas porodu nastąpiło zakażenie, D. odpowiada twierdząco. Większość akuszerów jest obecnie tego zdania, że przy nastąpieniu zakażenia może być korzystnem jednorazowe, możliwie wcześniej dokonane, dezynfekujące przestrzyknięcie; to ostatnie poprzedza zwykle tamponowanie pod postacią

gorącego przestrzyknięcia macicy, celem zwalczenia bezwładu; w podejrzanym przypadku należy dokonać takowego bardzo gruntownie. W jednym przypadku należy szczególnie użyć do tamponowania gazy jodoformowej, a mianowicie, gdy istnieje rozkład w jamie macicy, usunięcie rozkładającej się zawartości, jak np. pozostałych resztek błony doczesnej, przedstawia pewne trudności. W tym przypadku tamponowanie gazą jodoformową czyni zadość dwu wskazaniom: wstrzymuje krwotok i zapobiega rozkładowi. Przestrzykiwania nie w tym przypadku nie pomogą, gdyż gnijąca zawartość może się wydzielić tylko stopniowo z odchodami poługowemi. Stąd wniosek, że w większości przypadków, a nawet w przeważnej części zakażonych, wystarcza tamponowanie zwyczajną gazą, wyjałowioną przez gotowanie w ciągu 5 minut i wyciśniętą w 3% roztworze kwasu karbolowego. Kto więc obawia się zatrucia jodoformowego, ten może ograniczyć się z użyciem gazy jodoformowej do tych rzadkich przypadków w których podejrzywa zgóry dłuższe gnicie w jamie macicznej, w których zatem wskazane jest dłuższe działanie środka antyseptycznego. Wówczas tamponowanie usuwa zarówno krwotok, jak i rozkład. Kto chce osiągnąć jedynie pierwszego skutku, ten nie koniecznie potrzebuje do tamponowania gazy jodoformowej. D. nie widział nigdy złych skutków po zastosowaniu zwyczajnej 10—20% gazy jodoformowej bez dodatku proszku jodoformowego. Skutek i brak niebezpieczeństwa przy tamponowaniu nie są zatem związane z jodoformem. Co się tyczy drugiego punktu, że przy tamponowaniu zarazki mogą być przeniesione z pochwy do macicy, to łatwo uniknąć tego, zresztą zdaniem wielu nie istniejącego, niebezpieczeństwa, gdy zdezynfekujemy pochwę przed tamponowaniem. Zdaniem Steffek'a wystarcza przestrzyknąć pochwę 1 litrem 3% roztworu kwasu karbolowego, przyczem należy wycierać ściany pochwy 2 palcami, utrzymującami kankę w pochwie. Zatem przy tamponowaniu można napewno uniknąć zakażenia od zewnątrz przez wprowadzenie wyjałowionego lub antyseptycznego materiału opatrunkowego, zaś samozakażenia — przez poprzednie zdezynfekowanie pochwy.

Technika postępowania jest następująca: Przy krwotoku, występującym lub trwającym po odejściu łożyska, gdy macica nie kurczy się pod wpływem rozcierania i jednoczesnego zastrzyknięcia podskórnego ergotyny, lub też gdy pomimo dobrego kurczenia się macicy dalej krwawi, należy przenieść kobietę na łóżko poprzeczne. Następnie przedewszystkiem oczyszczamy zewnętrzne części rodne mydłem i 3% roztworem kwasu karbolowego, wypuszczamy mocz cewnikiem, następnie dezynfekujemy pochwę co najmniej 1 litrem gorącego (50° C.) 3% roztworu kwasu karbolowego, lub przy istniejącej już anemii 0,3% roztworem kwasu salicylowego resp. zwykłą wodą przegotowaną. Gdy pomimo to dalej krwawi, należy wejść 2 palcami do jamy macicznej, celem przekonania się, że nie w niej nie ma. Rozpoznanie rozerwania szyjki macicznej nie powinno nas wprawiać w kłopot; następnie chwytną przednią lub też obie war-

gi maciczne 2 kulociągami (Kugelzange) i ściągamy usta maciczne aż do sromu. Gdyby się to nie udało, wówczas można wprowadzić zwierciadło rynienkowate, lub też doprowadzamy 2 palce lewej ręki do ust macicznych i wprowadzamy pod ich przewodnictwem koniec paska gazy do macicy przy pomocy anatomicznego szczypczyków długich na 30 cm. Wówczas uwolniona lewa ręka obejmuje dno macicy, w którym należy wyraźnie wyczuć doprowadzone doń szczypczyki. Następnie szczypczyki chwytają dalszą część paska gazowego i takową również doprowadzają do dna macicy. Tym sposobem stopniowo cała macica zostaje wypchana, przyczem oddzielne części paska gazowego układają się jedna na drugiej w „kształcie wachlarza“. Na zakończenie tamponujemy pochwę mocniej lub słabiej stosownie do potrzeby, a przy krwawieniu z dolnego odcinka macicy dodajemy jeszcze tampony z waty. Gazę jodoformową najlepiej przechowywać w puszcze blaszanej, którą otwieramy dopiero w chwili użytku i trzymając otwartą puszkę obok samych części rodnych, wprowadzamy pasek z puszki bezpośrednio do macicy przy pomocy szczypczyków. Do tamponowania macicy wystarcza w każdym przypadku pasek gazy szeroki jak dłoń, długi na 5 metr. i składający się z 4 warstw. Zamiast szczypczyków można użyć korncangi lub też wprowadzić pasek za pomocą ręki do jamy macicznej. Kto używa zwykłej gazy, ten również powinien ją przechowywać w puszcze blaszanej; lecz w razie krwotoku należy otwartą puszkę wstawić na 2—5 minut do wrzącej wody, a następnie za pomocą szczypczyków zanurzyć w zimnym 3% roztworze kwasu karbolowego i w niem wycisnąć gazę, poczem trzeba znów ją przynieść do wyjałowionej puszki i wprowadzić do macicy w sposób wyżej opisany. Podczas gotowania dezynfekujemy tymczasem pochwę. Zbytecznym jest w ogóle uspienie chorej. Przy ciężkich krwotokach D. stosuje półnarkozę celem uniknięcia dotkliwego bólu przy mocnem tamponowaniu macicy, jakie w tych razach jest wskazane. Wszyscy autorowie, którzy stosowali tamponowanie, zapewniają o łatwości dokonania takowego. Wnioski, do jakich dochodzi D. są następujące: 1) tamponowanie przy zachowaniu zwykłych ostrożności jest rękozytnem bezpiecznym; 2) tamponowanie macicy jest najpewniejszym środkiem powstrzymującym krwotok wskutek bezwładu macicy; 3) tamponowanie kanału maciczno-pochwowego prawie zawsze powstrzymuje również krwawienie z rozerwanej szyki; 4) tamponowanie maciczno-pochwowe mniejszej wymaga wprawy pod względem rozpoznawczym, niż inne metody, powstrzymujące krwotok.

D. stosuje nawet zapobiegawcze tamponowanie, ażeby kobiecie niedokrwistej oszczędzić napewno wszelką dalszą utratę krwi. W ten sposób D. powstrzymuje krwotok prawie w chwili powstania. Ograniczenie straty krwi przy porodzie do minimum pomimo bezwładu trzeba uważać za ideał postępowania.

Po dokonaniu konserwatywnego cięcia cesarskiego sposobem Sängera zdarzają się często po zwolnieniu opaski ucisko-

wej krwotoki w następstwie bezwładu macicy. Krwotoki te przyjmują znaczne rozmiary, tak że niekiedy już po zupełnem zeszytciu macicy trzeba było w następstwie wyciąć takową sposobem Porro. Taki bezwład może sprowadzić śmierć. Ażeby uniknąć tego, D. przy cięciu cesarskiem sposobem Sängera zaleca zapobiegawcze tamponowanie macicy ze strony rany macicznej. Postępowanie to ma następujące dobre strony: 1) chroni od krwotoku wskutek bezwładu, 2) usuwa już poprzednio istniejące lub też powstałe podczas operacji sprawy rozkładowe w jamie macicznej, a być może i w samej ranie, 3) zabezpiecza przedostawanie się odchodów połogowych do jamy brzusznej przez drenowanie na zewnątrz.

W końcu swej pracy D. wspomina o leczeniu pęknięcia za pomocą tamponowania gazą jodoformową. W tym celu D. tamponuje nie tylko jamę maciczną, ale także przez ranę w macicy dolną część jamy brzusznej w okolicy pękniętego miejsca, następnie wypycha pochwę gazą jodoformową, oprócz tego wywiera ucisk od zewnątrz na tampon. Przez to powstrzymuje się krwotok z pękniętego miejsca, nie dopuszcza się zebrania większej ilości krwi w jamie brzusznej, oprócz tego gaza wprowadzona do jamy otrzewnowej powstrzymuje rozpoczynający się rozkład i przez włoskowate drenowanie odprowadza produkty rozpadu na zewnątrz. Gdy nie można lub nie chcemy dokonać cięcia w ścianie brzusznej (laparatomia) przy pęknięciu macicy, wówczas tamponowanie dolnego odcinka jamy brzusznej, jako też macicy stanowi najracjonalniejszy sposób postępowania.

Co się tyczy wartości tamponowania macicy przy poronieniach, to wszyscy ginekologowie zgadzają się na nie. W tych przypadkach, zdaniem D., powstrzymanie krwawienia jest następstwem nie tyle kurczenia się macicy, dla ucisku ze strony tamponu. Przeto należy jamę maciczną możliwie mocno wytamponować, oprócz tego dość często trzeba jeszcze mocno wytamponować pochwę.

Huzarski.

III. Choroby weneryczne i skórne.

8. Dr. John BRYSON i Edwin BURNETT (St.-Louis).
O tryprze. (*Journal of cutaneous and genitouterinary Diseases*. Kwiecień 1889. *Med. Neuig.* N. 42).

Autorowie ci odróżniają specyficzne zapalenie cewki moczowej (gonorrhoea) od nie specyficznego (kataralnego). Za przyczynę pierwszego uważają gonokokka Neisser'a, występującego stale w ropnej wydzielinie kanału; przy kataralnym zapaleniu brak go zupełny. Następnie autorowie przytaczają ze swej praktyki przypadki, że coitus przy kataralnym zapaleniu czy to cewki moczowej mężczyzny, czy też pochwy u kobiety nie wywołał u zdrowej osoby zakażenia, gdy tymczasem rzecz się ma przeciwie z zastarzalemi specyficznymi procesami u mężczyzn, które wywołują bardzo często świeże zapalenie tryprowe

u kobiet, często wikłające się zapaleniem tkanki łącznej i otrzewnej miednicy.

Specyficzne zapalenie cewki ma zawsze skłonność do przejścia w stan przewlekły; nawet w przypadkach gdy w kanale po nocy nie można zauważyć kropli wycieku czy to ropnego, czy śluzowego, a tylko za pomocą zgłębnika główkowatego można wydostać z tylnych części kanału trochę śluzu, takowy często bardzo zawiera gonokokki. Bywają przypadki, w których w śluzie, wydzielającym się z kanału, czy też zebrany na zgłębniku, gonokokki występują peryjodycznie; czasami kilkanaście dni wykryć ich nie można, następnie znowu się pojawiają.

Zjawisko to autorowie tłumaczą faktem odkrytym przez Bunn'a, że gonokokki przenikają i mnożą się w stratum submucosum urethrae.

O różnorodnych sposobach leczenia trypra autorowie wygłaszają następujące poglądy:

1) Użycie mocnych roztworów lapisu lub sublimatu (leczenie poronne) uważają wprost za szkodliwe.

2) W pierwszym okresie choroby wykluczają leczenie miejscowe za pomocą zastrzykiwań, przypisując mu wpływ na przejście choroby w stan chroniczny.

3) Oprócz przepisów higienicznych zalecają w pierwszym okresie choroby wewnętrzne użycie balsamów.

4) Leczenie miejscowe zastrzykiwaniami zalecają w drugim okresie choroby.

Wł. Kopytowski.

9. Dr. I. SCHÜTZ. **Barwienie gonokokków.** (*Deutsche Medicinal Zeitung*. 12 Wrzesień; *Med. Neuigkeiten*. N. 42. 1889).

Poszukiwanie gonokokków w preparatach drobnowidzowych jest bardzo utrudnione, jeżeli takowe występują w nieznacznej ilości. Wykrycie gonokokków utrudnia ta okoliczność, że farby anilinowe, używane do barwienia preparatów jednakowo działają na pasorzyty jak i na jądra komórek. Autor wykrył, że zabarwienie gonokokków względem słabego roztworu kwasu octowego jest odporniejsze, jak zabarwienie jąder; na tem odkryciu zasadza swoją metodę.

Po wysuszeniu preparatu i przeprowadzeniu go trzykrotnem przez płomień lampki spirytusowej, szkiełko z preparatem pogrąża się na 10 minut w dość mocny wodny roztwór Metylenblau z dodatkiem 5% kwasu karbolowego. Po wyjęciu szkiełko oplukuje się wodą destylowaną i pogrąża w słaby roztwór kwasu octowego (na 20 gram wody 5 kropli kwasu octowego rozcieńczonego) i natychmiast oplukuje. Jądra komórek się odbarwiają a gonokokki zatrzymują barwnik. Można użyć i podwójnego zabarwienia, wkładając otrzymany w wyżej opisany sposób preparat w słaby wodny roztwór safraniny.

Wł. Kopytowski.

10. MOLENES. **Przypadek różycy rzerzączkowej.** *Sur un cas d'erytheme blennorrhagique.* (*Annales de dermat. et syphil.* N. 2. 1889).

Większa część lekarzy przypisuje jeszcze dzisiaj balsamo-

wi kopajwowemu i kubebie przyczynę powstawania wysypek zjawiających się w przebiegu rzerzączki. Tymczasem różyce kubebo kopajwowe są rzadkie, jakkolwiek nie można odrzucić ich istnienia, albowiem, jak i wszystkie żywice, kopaiwa i kubeba wywołują te wysypki prędko znikające. Częściej jednak u chorego na rzerzączkę powodem różycy bywają gonokokki Nejssera, a nie wspomniane dwa leki.

W bardzo wielu innych cierpieniach jak np. podług Archambault'a i Renou w dyfterycie, zjawiają się niekiedy różyczki. Wiadomo dziś, że w cierpieniu tem, jak i we wszystkich chorobach zakaźnych, różyca wielopostaciowa jest objawem symptomatycznym stosunkowo częstym, dlaczegożby rzerzączka miała stanowić wyjątek? W dyfterycie jak i rzerzączce czynnik zakaźny a nie środek leczniczy należy obwinąć jako przyczynę wspomnianego objawu skóry.

Zdawałoby się również że wysypka trwa tak długo, jak długo bywa przyjmowane lekarstwo. Tymczasem bywa wręcz przeciwnie, autor częstokroć powiększał dozy środka już po zjawieniu się wysypki, ta jednak nie tylko nie powiększała się, ale natomiast znikła mniej lub więcej szybko.

Jako przykład autor załącza historję chorego cierpiącego na ostrą rzerzączkę, zapalenie pęcherza i przyjądrza. Choremu przepisano kąpiele, kataplazmy i enemy. Po kąpieli wziętej 26 dnia cierpienia, chory zauważył na szyi, tułowiu i biodrach, znaczną liczbę małych plam różowych, od wielkości grochu do 5-cio frank. monety. W nocy wysypka powiększyła się, występując bardzo silnie na twarzy, całym tułowiu i kończynach, które przyjęły kolor czerwony, szkarlatynowy, soku malin w niektórych miejscach, przedewszystkiem na grzbiecie ręki, łokciu i kolanach.

Na kończynach, wysypka przedewszystkiem obfita była na powierzchniach wyprostnych, jak to właśnie zauważono w większej ilości różyczek powstających w przebiegu chorób zakaźnych, a Bazin i inni autorowie spostrzegali w różycach kubebo-kopaiwowych.

Swędzenia skóry w danym przypadku prawie nie było istniało tylko uczucie klócia w nocy. W wydzielinie cewki znajdowały się obficie gonokokki. Powyższenia temperatury nie było. Chory nie przyjmował nic takiego, co mogło by wywołać wysypkę.

Po upływie 4-ch dni wysypka znikła w znacznej części, w słabym stopniu pozostała się jeszcze na goleniach, łokciach i tylnej części szyi. Wszędzie oddzielały się łuszcзки otrębowate. Stan ogólny był dobry, rzerzączka bez zmiany.

Ażeby przekonać się czy kubeba i kopajwa są w stanie wywołać różyczkę, choremu przepisano: Rp. Cubebarum pulv. 100, Balsami copaivae 50,0, Essentiae menthae q. s. S. 20 do 25,0 na raz dziennie 6 do 8 razy.

Siódmego dnia wysypka znikła zupełnie; pomimo że chory przyjmował jeszcze lekarstwo dni 12, wysypka więcej nie pokazała się.

J. Wojciechowski.

11. GEMY. **Brodawki zlewające się na goleniach.** *Verrucae confluentes des deux jambes, (Annales de dermat. et syphil. N. 2. 1889).*

Brodawki mogą występować wszędzie, najulubieńszem jednak ich miejscem są ręce, twarz i tułów; o siedlisku wykwitów brodawkowatych na kończynach dolnych—żaden autor nie wspomina.

Chory leczony przez autora miał lat 23. Kończyny dolne były literalnie usiane, poczynając od palców wielkich aż do środkowej części goleni, brodawkami rozmaitej wielkości. Najmniejsze z nich były wielkości soczewicy, największe wielkości franka. Wysokości od $\frac{1}{2}$ milimetra do 5; wygląd ich, kolor i twardość przypominały brodawki zwyczajne.

W okolicy przedniej goleni i stopy, były złane do tego stopnia, że się prawie wszczepiały swemi powierzchniami. Paluchy, podeszwy, stopy i pięty, to jest miejsca zakryte trzewiakami arabskimi, były wolne od narostów.

Brodawki na pierwszy rzut oka zdawały się być rozmieszczone bez żadnego porządku, duże znajdowały się obok małych. Jednakże przy większem zwróceniu uwagi, można było prawie zawsze zauważyć jedną brodawkę dużą—matkę, której towarzyszyły w kierunku linii jawnie oznaczonej inne, wielkości stopniowo zmniejszającej się, tworząc figurę podobną do ogona komety.

Każdy taki ogon składał się z 5 do 15 brodawek i posiadał odmienny, ściśle oznaczony kierunek.

Na powierzchniach wyprostnych rąk i przedramieniach, znajdowały się również brodawki, lecz w mniejszej liczbie i nieprawidłowo rozrzucone.

Wykwity te, nie swędzące, trwały prawdopodobnie dosyć długo, chory zauważył je dopiero przed rokiem.

Jako leczenie, przykładano najpierw choremu przez dwa miesiące mydło szare, zmieniane co 24 godziny, nie wywarło ono jednak żadnego wpływu na narosty. Przez taki czas, również bez skutku, brodawki były smarowane klejną sublimatową. Pod wpływem leczenia pląstrem salicylowym, zmienianym co tydzień, brodawki znikły zupełnie w końcu drugiego miesiąca.

Opisaną postać wykwitów brodawkowatych na kończynach dolnych, należy uważać, zgodnie z zapatrywaniem się Vidala, jako powstałą przez samozarażenie.

Jak wiadomo, Hebra i Kaposi odrzucają zaraźliwość brodawek, nie można jednak zaprzeczyć im powstawania przez samozarażenie.

J. Wojciechowski.

12. Dr. SAYMONNE. **Lasecznik łysiny.** (*Algemeine med. Centralzeitung, Sierpień 21, 1889. Medicin. Neuigkeiten. N. 40.*)

Francuzkiemu bakterjologowi Saymonne powiodło się odkryć dotąd nieznaną jeszcze lasecznik, który on uważa za przyczynę łysiny u człowieka; sposób barwienia go dotąd jest jeszcze bardzo złożony; pod drobnowidzem przedstawia się pod postacią końca szpilki; główka odpowiada ostremu zakończeniu, tył tępemu; lasecznik ten szybko się porusza ruchem śru-

bowym, przyczem cienki koniec leży od przodu; spotyka się tylko u człowieka; na skórę pokrytą włosami u zwierząt nie wywiera żadnego wpływu.

Pod działaniem tego lasecznika u człowieka włosy oblamują się przy samej skórze, lasecznik przenika i w cybulki włosowe, w których szybko się mnoży i zupełnie je niszczy.

Jednocześnie autor wypróbował i środki lecznicze przeciw temu cierpieniu. A mianowicie: poleca wcieranie roztworów cocodylu (organiczny związek arsenu. Przyp. sprawozdawcy), lub bardziej niewinny środek, składający się z 50 grm. tranu, 50 grm. świeżego soku cybuli, 1 żółtka i około 25 grm. gummy arabskiej; emulsyją tą należy raz na tydzień natrzeć skórę głowy. Skutek ma być pewny, w razie, jeżeli pasożyt nie zniszczył jeszcze cybulek włosowych.

Nadmienić przy tem muszę, że świeżo wykryty lasecznik nazwał Saymonne „*Bacillus crinivorax*.”

Wł. Kopytowski.

IV. Choroby oczne.

13. Dr. KACAURÓW. **Przyczynę do operacji zaćmy wysysaniem (aspiracja).** (*Więstnik oftalmol. Jjul. 1889*).

Operacja ta ma oddawna zdyskredytowaną opinię i wielu autorów nowszych wcale o niej niewspomina; tymczasem wzmianki o niej znajdują się według Hirscha i Sichela już w dziełach Antyllusa (z III wieku), a także u lekarzy Abulcasema i Isabea-Ali (IX wieku). Różni lekarze wieków średnich posługiwali się igłami do aspiracji zaćm, tocząc zacięte spory, co do wynalazku metody (Galcatius de Sancta Sophie, Burrhus, Matthioli).

Prof. Pecchioli (1829) Włoch, wznowił myśl tej operacji, a 1846 r. Blanchet używał do aspiracji sprycy Anel'a. Lougier (1847) przypisując sobie pierwszeństwo w wynalezieniu operacji, używał do aspiracji igły, mającej otwór i połączonej z małą pompką. Iglę wprowadza przez białkówkę, w dolny, tylny odcinek soczewki, a ruchem tłoczka tworzy próżnię, w którą wchodzi miękkie i płynne części zaćmy. Podług Sichela sposób ten może być używany przy miękkich i płynnych zaćmach; przy całości przedniej kapsuły, może się wytworzyć zaćma następcza.

1864 r. anglik Teale używał cienkiej igły zakrzywionej, którą łączył z rurką kauczukową i wysysał ustami.

Ostatniemi dopiero czasy zwrócono się do operacji aspiracji (1885 Coppez), 1886 Rogman i Trousseau.

Dr. Kacaurów opisuje 4 przypadki z własnej praktyki, przy których stosował metodę wysysania zaćm.

Pierwszą operację wykonał igłą i szprycą Pravatz'a, przy cataracta punctata, następnie używał aparatu Bowmana, gdzie srebrna kaniula połączona z taką szprycą. Cięcie w rogówce robi się wąską lanca, rozcinając, w razie potrzeby, woreczek soczewkowy.

Dwa następne postrzeżenia dotyczyły zaćm urazowych,

i to nieswieżych przypadków, w których autorowi udało się otrzymywać $\frac{20}{100}$ V.

Czwarty przypadek — cataracta diabetica w obydwóch oczach u 25-letniej kobiety. Zaćma korowa miękka, powiększona wskutek pęcznienia elementów soczewki. Operację wykonał przyrządem Bownana, a rezultat otrzymany był $\frac{20}{60}$ z soczewką +12 D.

Zaletą więc operacji jednorazowe i szybkie wyprowadzenie mass korowych i uniknięcie powikłań pooperacyjnych.

Szczególniej przy operacji zaćm warstwowych i wrodzonych u dzieci, sposób wysysania skraca znacznie termin rezorbeyi, a wyprowadzając napęczniałe massy, zmniejsza niebezpieczeństwo powstania zapal. tęczy.

Co do niedogodności, to nagłe opróżnienie przedniej komórki i soczewki, może powodować wewnętrzne krwotoki. Dlatego też aspiracyja robi się wolno, a nawet z przestankami. Wreszcie przy każdej operacji otwierania przedniej komórki powolnem cofaniem noża uprzedzamy nagłą utratę płynu. Do operacji tej najlepiej nadają się miękkie wrodzone zaćmy, warstwowe, zaćmy przy cukromoczu u młodych osobników.

14. Dr. DRUŻYŃNIN. **Uproszczony obiektywny sposób określenia refrakcyi.** (*Wiestnik Oftalmologii. Juił 1889*).

Autor w celu dokładnego obiektywnego określenia refrakcyi u osób symulujących osłabienie siły wzroku oprócz znanych sposobów podaje łatwy i według niego nowy sposób.

Przy dawniejszych sposobach badania niemożna było uniknąć wpływu swej własnej akomodacyi; kto niemożne rozpatrywać przedmiotu niewpatrując się weń, ten niemożne pozbyć się wpływu swej akomodacyi i rezultat badania może wynosić różnicę 1 do 2 D.

Nowy sposób badania zasada się na tak zwanej angioskopii. Badany siedzi naprzeciw badającego, oko zwraca tak jak przy badaniu w obrazie odwrotnym. Obserwator usuwa się na odległość 1 metra i z tej odległości rzuca odbite światło w oko badane (lepiej gdy źrenica rozszerzona homoatropiną), starając się ujrzeć w środku pola źrenicznego prostopadłe naczynie. Wykonywając głową ruchu na prawo i na lewo, widzi odpowiednie ruchy naczyń, trzymając lusterko nieruchomie (nie jak przy skiaskopji); mianowicie, przy hyperopii — naczynie wykonywa ten sam ruch co głowa, przy myopii w stronę przeciwną. Ze stojącego pod ręką kompletu soczewek próbnych, dobiera się wypukłe i wklęsłe szkła, powiększając ich siłę, dopóki naczynie widziane wykonywa tenże ruch. Numer szkła, przy którym ruch zaczyna się w stronę przeciwną wskaże nam stopień (ametropii) zdrożnowzroczności.

15. Dr. LUBIŃSKI. **Keratitis dendritica, exulcerans, mycotica.** (*Wiest. Oftalm.*).

Przypadek spostrzegany przez autora dotyczy pewnego generała, zmuszonego przeglądać i badać mnóstwo papierów urzędowych.

Oprócz lekkiego kataru łącznicy i świeżych granulacyi na

łączeniwy górnej powieki i uczucia ciała obcego, na rogówce można zauważyć zmętnienie w formie sznurków, rozgałęzionych lekko wystających nad płaszczyznę rogówki. Zmętnienie białawe.

W ciągu 2 tygodniowego leczenia forma sznurków zniknęła, a natomiast potworzyły się zagłębienia w formie kanałów, bardzo powierzchownych, które się wkrótce wypełniły, niepozostawiając na rogówce żadnych śladów. Terapija: solutio acid. borici 2⁰/_o, atropina i maść z żółtego tlenku rtęci. Choroba trwała 4 tygodnie.

Zupełnie podobny przypadek opisuje Emmert (Centralblatt f. Augenheilk. October 1885) i w takichże zmętnieniach i zagłębieniach rogówki, znajdował mnóstwo bakteryi i nazwał tę formę mycotica. Dr. Hoek (Wiedeń), Hansen Grul (Kopenhaga) w temże piśmie, powtarzają opis tychże objawów, a obraz zmętnień na rogówkach, był identycznym, z wyżej opisanym, obserwując często pozostające zmętnienia. Chorobie podlegali ludzie będący w złych warunkach higienicznych, wystawieni na wpływy atmosferyczne.

Autor u tegoż generała, po 4 latach, obserwował takie same cierpienie na oku lewym, lecz przebieg i zejście było o wiele gorsze. Razgałęzień kanałów było daleko więcej i głębokością sięgały średnich pokładów rogówki; dno kanałów było pokryte szarym nalotem. Choroba trwała 4 miesiące. Terapija—jak poprzednio. Sublimat i calomel pogorszyły stan. Do wewnątrz chininę i antypirynę. Na rogówce pozostały tęgie zmętnienia. Choroba widocznie zależy od bakteryi (na co autor własnych dowodów nie daje), i w leczeniu należałoby się uciec do wyskrobywania kanałów w lżejszych przypadkach i do galwanokautyki w cięższych.

J. P.

V. Wiadomości pomniejsze.

16. Leczenie dychawicy według D-ra Dieulafoy.

I. Leczenie samego napadu. Z samego początku, o ile można jak najwcześniej, pędzlowanie jamy nosowej lub też rozpylanie w otwory nosowe roztworu kokainy (1 : 20). Podczas już rozwiniętego napadu palenie liści bieluniowych, lub też cygaretek Espie, albo wzięwanie dymu ze spalenia papieru saletrowego. Według D. najlepiej do dużej fajki warstwami ułożyć liście bieluniowe i papier saletrowy i takową palić. W czasie najmocniejszych objawów podskórnie morfina, początkowo pół szpryczki a jeśli tego potrzeba to po kwadransie drugą połowę roztworu:

Rp. Morphii muriatici 0,10

Aq. destillatae 10,00.

II. Przeciw powrotom napadów najskuteczniej działa jodek potasu w ilościach znacznych 1—2 grm. na raz, jeśli chory dobrze go znosi, w razie przeciwnym zaczynać należy od małych dawek t. j. od 0,25 na dzień i stopniowo a ostrożnie dojść do wysokości 1—2 grm. na dawkę; unikając jednak możliwego zatrucia.

III. Leczenie istoty cierpienia polega na stosowaniu jodku potasu na

przemian z wilczą jagodą i arsenem. I tak: 1) przez piętnaście dni chory zażywa jodek potasu 1—2 grm. na dzień, 2) przez następne piętnaście dni na rano pół, a następnie całą pigułkę następującego składu:

Rp. Folior. belladon.

Extract belladon. aa 0,20.

M. f. mas. ex qua forment pil. N. 20.

Jednocześnie przed jedzeniem raz na dzień po łyżeczce od kawy roz-
tworu:

Rp. Acidi arsenicosi 0,05

Aq. destillatae 200,00.

MDS.

Potem powraca się ponownie do jodku potasu i znowu do pigulek i arsenu i w ten sposób przez kilka miesięcy kurację prowadzić należy. (Rev. gen. de clin. et de théor. 17 List. 1889. Lyon Méd. N. 49).

17. **Podczas napadu dychawicy** Dr. Andeer zaleca rezorcynę do wewnątrz (1 grm. w wodzie), napad ma ustępować szybko. (Allgem. Med. C. Z. 1889. N. 98).

18. **Przy zapaleniu migdałków i gardła** Dr. Rousseau zaleca następujące pędzlowanie:

Rp. Natri borici

Natri chlorici aa 2,00

Gliceryni puri 8,00

Melis rasati 4,00.

MDS. 5—6 razy pędzlować.

(L'Union Méd. N. 151. 1889).

19. **Przy ropnym niezłuciu nosa** Dr. Ruault zaleca:

Rp. Naphtoli β 12,00

Alcohol 90° 84,00.

MDS. łyżeczkę od kawy na litr wody letniej.

Przemywania te z początku są niezbyt przyjemne, chory jednak wkrótce do nich przywyka, w razie przeciwnym zamiast łyżeczki można używać połowę, albo wreszcie przed przemyciem zapomocą rozpylacza znieczulić jamę nosową 2—3% roztworem kokainy. (L'Union Med. N. 150. 1889).

20. **Zginanie** zamiast zawieszania jako środek leczniczy przy wjadzie rdzenia zaleca Dr. Bonuzzi. Sposób postępowania następujący: chorego układa się poziomo i równo, kończyny tuż około stóp przewiązuje się ręcznikiem, następnie uniosłszy kończyny ku górze zgina się je w ten sposób, by kolana dotknęły brzucha. Na pierwsze posiedzenie zginanie trwa pół minuty, następnie stopniowo przedłuża się je aż do 3 minut na raz i powtarza się co drugi dzień. W jednym przypadku obserwowanym przez autora i w ten sposób leczonym chora od lat 9 pozbył się bólu już po 8 posiedzeniach, a jednocześnie i wszystkie inne objawy zmniejszyły się znacznie. (Med. Record. 1889. XI—45).

21. **Jako środek pomocniczy** przy leczeniu wjadu rdzenia zaleca Dr. Cagney usilną faradyzacją tułowia i kończyn dolnych, kilka razy na tydzień przez parę miesięcy. Pod wpływem tej kuracji bóle obwodowe i ośrodkowe zmniejszają się znacznie a nawet i ustępują, chorzy śpią lepiej, ogólnie poprawiają się i chodzą z większą łatwością. Poprawa ta jest wprawdzie tylko czasową, że zaś trwa w niektórych razach nawet i dwa lata, jak to autor obserwował, warto więc stosować wyżej omawiany sposób. (Brit med. Jour. 1889. XI—16).

22. **Prosty sposób zawieszania** bez odpowiednich ku temu przysposobień według D-ra Fenwick'a jest następujący: chory chwyta się rękoma za górny brzeg drzwi i na nich zawiesza się na czas jakiś. Sposób ten okazał się również skutecznym jak i typowe zawieszanie. (Le Sem. Med. N 50. 1889).

23. **Nowy przypadek śmierci** podczas zawieszania opublikował Dr. Borsari. Chory prócz podstawowego cierpienia miał niedomykalność zastawek półksiężycowych i zwężenie ujścia aorty, co jak wiadomo, stanowi przeciwwskazanie do zawieszania. (The Brit. Med. Jour. 1889. XI—23).

24. **Przy dyspepsyi u ssawców** Dr. Toussaint podaje następującą mieszkankę:

Rp. Papaini puri 0,50
Acidi lactici 2,00
Aq. destillatae 150,00
Syrupi simplicis 50,00
T-rae vanillae ilość dowolną

MDS. łyżeczkę od kawy po ssaniu a następnie co godzinę.

W ciężkich przypadkach autor stosuje mieszkankę bez papainy, lecz zwiększa dawkę kwasu mlecznego, skoro zaś dziecko poprawi się i ssie dobrze, powraca natychmiast do poprzedniej mieszanki. (Le conc. méd. N. 43. 1889).

25. Dr. Bournier inspektor jatek paryżkich postanowił przekonać się na drodze doświadczałnej o wpływie dymu tytoniowego na pokarmy pochodzenia zwierzęcego. Poddając pod działanie tego dymu kawalki mięsa przed lub po przygotowaniu ich na pokarm i następnie karmiąc nimi zwierzęta, doszedł wreszcie do wniosku, że dym tytoniowy jest szkodliwym dla mięsa surowego i gotowanego, pozostawia w nim bowiem swe trujące części. Stąd wniosek, że pokarmy przyrządzane lub też przechowywane w miejscach zadymionych od palenia tytoniu, mogą być bardzo szkodliwe dla konsumentów. Tym się też tłumaczyć dadzą przypadki otrucia mięsem pozornie zdrowym i zadymionem. (Rev. d'hygiene 1889 str. 978. Lyon méd. N. 52. 1889).

26. **Przy zatruciu gazem oświetlającym** Dr. Klomann zaleca podskórnie nitroglicerynę w ilości $\frac{1}{50}$ grana na raz. (Lond. med. Rec. X. 1889).

27. Dr. Squire wypadkowo przekonał się że fosfor w ilości $\frac{1}{30}$ grn. 3 — 6 razy dziennie w oliwie, działa skutecznie przy moczońce, zmniejsza znacznie ilość moczu i pragnienie. (The Brit. med. Jour. 1889. XI—30).

28. Jednoczesna kuracyja azotanem srebra do wewnątrz i siarczanami kąpielami była powodem u jednej pacjentki zczernienia skóry do tego stopnia, że chora przez rok musiała się ukrywać od oczu ludzkich. (D. Med. Z. 1889. N. 96).

29. **Nowy środek przeciwgorączkowy**—Nasitorin odkrył Dr. Dupny. Jestto alkaloid otrzymywany z nasienia rukwi lekarskiej (Nasturtium officinale). Jednocześnie lek ten działa jako ból kojący. (Prag. Med. Woch. 1889. N. 47).

30. **Nowy środek sercowy**—tanginin dobył Dr. Arnaud z drzewa Tanginuna rosnącego na Madagaskarze. Środek ten ma działać tak jak digitalina. (La Trib. Méd. 1889. XI—7)

31. **W kwestyi stosowania morfiny** u ciężarnych, rodzących i karmiących Dr. Fürst, na podstawie własnych i znanych w literaturze spostrzeżeń, doszedł do następującego wniosku: 1) ostrożne stosowanie morfiny u cięż-

zarnej nie powoduje żadnego niebezpieczeństwa dla płodu, unikać jednak należy dużych dawek i starych roztworów, w których część morfiny przechodzi w apomorfinę. 2) morfina podana rodzącej podczas porodu może bardzo poważnie zaszkodzić płodowi, a szczególnie jeśli poród po podaniu morfiny trwa dość długo. Z tego powodu u rodzących należy unikać morfiny, szczególnie jeśli się nie jest pewnym, że po podaniu jej poród szybko się zakończy. 3) karmiącym należy morfinę podawać z wielką ostrożnością, ponieważ morfina szybko przechodzi do mleka. (Patrz Kron. Lek. r. 1889, str. 776. N. 504). (Deutsche Med. Z. 1889. N. 34).

32. Przy powolnym porodzie Dr. Moos zaleca extr. virid. fluid. jaborandi po 20 — 30 kropeł co pół godziny. Charakter bóli się nie zmienia. (N. Orl. med. a surg. Jour. VI).

33. Dr. Cajal komunikuje o bezbolesnie odbytym porodzie pod wpływem wstawiania hypnotycznego. Wstawianie zrobiono na 10 dni przed porodem. Poród trwał 30 minut. (London Med. Recd. 1889. XI—456).

34. Dr. Fanton opisuje również wyniki swych badań nad działaniem hypnotyzmu i wstawiania na bóle porodowe. W dwóch przypadkach rezultat był ujemny, a nawet w jednym z nich przy zupełnie prawidłowych drogach porodowych poród trwał cztery razy dłużej jak poprzedni. W pozostałych czterech przypadkach rezultat był pomyślny, poród trwał krótko i bezbolesnie. Wstawianie czyniono 3—4 razy w ostatnim miesiącu ciąży. (Marsielle. Méd. 1889. XI—30. Now. Ter. N. 48).

35. Prof. Tillaux wykonał u hysteryczki colporafię w czasie snu hypnotycznego. Operacja trwała 20 minut, chora w czasie operacji zachowywała się zupełnie spokojnie, a po obudzeniu się upewniała, że bólu wcale nie czuła. (Berl. Klin. Woch. 1889. 97).

36. Dr. Robert opisuje przypadek, w którym z powodu silnego przestraszenia powróciły czyszczenia miesięczne i nadal trwały prawidłowo od 9 miesięcy bez widocznej przyczyny powstrzymane. (The Br. med. Jour. 1889. XI—16).

Znany mi jest przypadek wręcz przeciwny. Pani A. w drugim dniu miesiączki zlekka się bardzo (wywrócona lampa naftowa spowodowała pożar w pokoju), czyszczenia natychmiast ustały i dopiero po 4-ch miesiącach powróciły do stanu prawidłowego pod wpływem odpowiedniego leczenia.

37. Przy bolesnem miesiączkowaniu (dysmenorrhoea) Dr. I. Cheron zaleca podskórne zastrzykiwanie z 2⁰/₀ roztworu kwasu karbolowego. Wstrzykuje się codziennie 2 do 3 razy, na raz po 5 grm. początkowo na czas jakiś przed zbliżeniem się miesiączki, a następnie już tylko na tydzień przed miesiączką i to po 10 grm. na dzień. W przypadkach w ten sposób leczonych przez autora wszelkie objawy bolesnej miesiączki ustępowały w zupełności. (La Sem. Méd. 1889. N. 48).

38. Dr. Vandenaabeele zaznacza, że wielokrotnie udało mu się wprawie uwięźniętą przepuklinę podczas kaszlu i radzi w razach odpowiednich próbować tego sposobem. (Lyon Méd. N. 52. 1889).

39. Przy wrzodach goleni Dr. Graetzer z pomyślnym skutkiem używa salolu z krochmalem 2—3 części na 48—47. Powierzchnię wrzodziejącą należy dokładnie pokryć cienką warstwą tego proszku. (Therap. Monats. 1889. Listopad).

40. Prosty i łatwy sposób wprowadzania moczoziągu nawet w przypadkach zwężenia i dróg fałszywych podaje Dr. Akcatów. Miękki nelatonowski moczoziąg nasadza się na koniec szprycy kauczukowej o 5 uncjach za-

wartości i napełnionej ciepłym roztworem kwasu borowego. Wprowadziwszy moczociąg do cewki, jednocześnie z przesuwaniem takowego, wykonywa się nieznaczny ucisk na tłok szprycy. W razie napotkanej przeszkody przyczekać należy kilka sekund, następnie nacisnąwszy tłok mocniej z łatwością przeszkodę przejść będzie można. Tak samo postąpić należy przy przejściu przez szyjkę pęcherza, gdzie, jak wiadomo, wskutek kurczowego zaciśnięcia przechodzi się zwykle trudniej. W przypadkach przeszkód napotykaných, wskutek przerostu gruczołu przyprątneho, okienko moczociągu zwrócić należy do przedniej powierzchni cewki, w razie zaś obecności dróg fałszywych w stronę takowych. Sposób powyższy, według autora, jest bardzo pewny, a co najważniejsza nie jest on niebezpieczny nawet w rękach mniej wprawnych. (Nowosti Ter. N. 44. 1889).

41. Ciężkie katary pęcherza moczowego radzi Dr. Clemens leczyć przemywaniami pęcherza świeżym moczem (!? R.) młodych ludzi. Jak sam upewnia, oddawna już używa tego środka i zawsze z pomyślnym wynikiem. (Allgem. Med. C. Z. 1889. 94—96).

42. Dr. Cordier zwraca uwagę na częste przypadki zapalenia żołądźi i wewnętrznego listka napletka (balanitis et posthitis), jakie mają miejsce u tych którzy miejscowo, przy owrzodzeniach wszelkiego rodzaju, leczą się zasypywaniami kalomelu, a do wewnątrz używają jodku potasu. Wytwarza się z tego powodu na powierzchni wrzodziejącej jodek rtęci, który posiada własności silnie żrące i zapalenia powyższe wywołuje. (Lyon Med. N. 50).

43. **Przy zapaleniu żołądźi i wewnętrznego listka napletka** Dr. Faust zaleca do zasypywania kwasu borney miałko zproszkowany. Zasypywać należy raz na noc, obmywszy poprzednio części zapaleniu uległe. Nawet ciężkie przypadki leczy się w ten sposób szybko. (Therap. Monats. Listop. 1889).

44. Przy wypadaniu włosów zależnem od seborhoea capitis Dr. Blackwood zaleca miejscowo roztwór chloralu (3vj — ʒxvj). Roztwór ten należy starannie wcierać w skórę głowy co dzień lub co drugi, po wcieraniu włosy osuszyć i wysmarować głowę gliceryną z domieszką chininy i nieznaczną ilością Tinct. cantharidum. (The Brit. Med. Jour. 1889. X—69).

45. Przy łysinie redakcja Lancet-Clinic. zaleca kilka razy dziennie zmaczać głowę roztworem chloralu (gr. v — ʒj). Środek ten ma wznawiać porost włosów nawet u prawie łysych. Też same własności podobno posiada i oleum arnicae, który 3 — 4 razy tygodniowo wciera się w niewielkiej ilości. (Now. Ter. N. 44. 1889).

46. Leczenie szczelin odbytnicowych.

Rp. Sublimati 0,15—0,30
Extracti belladonnae 0,05
Vaselini 30,00.

M. f. ung. smarować 2 lub więcej razy na dzień. Bóle szybko ustępują, zabliznienie prędkie. (Lyon Med. N. 51).

47. **Przy brodawkach wszelkiego rodzaju** (nawet pochodzenia przymiotowego) Brit. Med. Jour. (1889. XI—23) zaleca stężony roztwór kwasu chloroctowego. Smaruje się brodawki co 3—4 dni po uprzednim zdjęciu warstwy rogowej. Brodawki giną po 3—4 smarowaniach. (Now. Ter. N. 44. 1889).

48. **Przy świerzbie** Dr. Dürr z należytych wynikiem używa 3 — 5% kreoline z lnianym olejem, części uległe cierpieniu smaruje się 3 — 4 razy dziennie. (Allgem. Med. C. Z. 1889. 94).

K. W. Sierpiński.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Dr. M. REJCHMAN. *Nauka o chorobach narządu trawienia przez.....*, Semijotyka. Warszawa. Wydawnictwo Gazety Lekarskiej 1890 r.

Nauka o chorobach żołądka i kiszek dzięki pracom szczególnie naszych rodaków wyodrębniła się w ostatnich czasach w zupełnie oddzielną specjalność. Niedawno jeszcze o tym przedmiocie zaledwie słabe miano pojęcie i dopiero dzięki takim badaczom jak Rejchman, Pacanowski, Jaworski, Glużyński, Korezyński, Czarniański, Ewald, Ebstein, Klemperer, Günzburg, Leube, Mathieu, Riegel, Uffelmann i wielu innych zaczęto głębiej wnikać w istotę zmian chorobowych i wzbogacono wieloma cennymi spostrzżeniami literaturę chorób wewnętrznych.

Artykuły jakie się w kwestyi tej zjawiały rozsiane były po czasopismach, jedynie tylko Pacanowski zgrupował je w jedną wybornie rzecz malującą całość, rzecz ta była drukowaną w Kronice i wydana w oddzielnej odbitce.

Dziś Rejchman przedsięwziął zamiar zgrupowania na nowo w jedną całość otrzymanych dotąd wyników i zaczął od semijologii. Jeszcze przed nim myśl tę podjął Jaworski wydając najprzód częściami w Medycynie, a następnie oddzielnie książką, której ocenę podamy niebawem.

Zobaczymy jaka jest ich wartość wewnętrzna.

Kiedy przychodzą pod ocenę broszury wydane przez t. z. powagi w danych kwestyjach, już mimowoli czuje się krytyk uprzedzonym, wymaga bowiem od nich więcej niż od przeciętnych pisarzów i ma do tego prawo.

Jak już nadmienilem dotąd potrzebom zadosyć czyniły broszury Pacanowskiego, jeżeli więc w kwestyi tej zostaje wydany nowy podręcznik, niczego więcej żądać od niego nie należy, prócz treściwego i jaknajbardziej użytecznego dla lekarzy praktyków zgrupowania faktów. Tak by się przynajmniej zdawało.

Semijotyka Rejchmana w części tylko odpowiada temu założeniu, znać w niej pióro wytrawne znać sporą dozę krytycyzmu, jaki tylko oprzeć się daje na znacznej ilości obserwowanych osobiście faktów, nie jest jednak podręcznikiem w ścisłym słowa tego znaczeniu, a stosuje się to przede wszystkim co do metody objawowej. Zwykle we wszystkich podręcznikach patologii dla klasyfikacyi przyjęto raz na zawsze systemat, że się tak wyrażę anatomiczny, tu oznaczono i rozebrano zmiany w jamie ustnej, tam w przelyku, żołądka i t. d., tym sposobem czytelnik grupuje sobie fakty, ma już pewne kryterjum do zobrazowania w swym umyśle zmian chorobowych. W książce Rejchmana inny znajdujemy podział, wylicza on mianowicie objawy, jak ślinotok, uczucie smaku i t. d. i, podawszy fizjologiczną normę, przechodzi do opisu zmian chorobowych.

Metoda ta mniej jest dogodną i trudniejszą do przeprowadzenia. Zresztą i niektóre objawy jako wprost oparte na podmiotowych oświadczeniach chorego mogą na błędną naprowadzić drogę jeżeli będziemy pokładać w nich wiarę. Cóż bo można naprzykład wywnioskować ze słów chorego, określającego swój smak jako kłajstrowaty, metaliczny lub gnilny. Odcienie smaku są tak nieznaczne, że niewielu może je dokładnie określić, a oóż dopiero chory, nic przecież łatwiejszego jak smak taki mu wmówić, nie jest on bowiem zwykłym smakiem np. kwaśnym, gorzkim, do którego chory w ciągu normalnego życia przywykł, a jednak między innemi i takim objawom przypisuje autor rozpoznawcze znaczenie, a chociaż sam na wstępie

radzi zwracać baczną uwagę, aby nienazbyt wierzyć chorym, niemniej jednak podając taki objaw i nie omówiwszy go dostatecznie zdaje się mu przypisywać znaczenie.

Z tem wszystkiem znajdujemy w tym dziale semijotyki bardzo cenne dane, szkoda tylko, iż nie ugrupowane odpowiednio.

Druga i trzecia część badanie fizykalne i fizjologiczne o wiele wyżej stoją, znać tu rękę wprawną, widać przetrawienie każdego zdania. A chociaż autor, wierny zastrzeżeniu na wstępie, mało metod podaje, nie wadziło by jednak np. przy badaniu zbroczeń w czynności żołądka obok własnej metody podać i metody innych, choćby z zastrzeżeniem o ich niepraktyczności.

Książka wogóle czyta się łatwo, są w niej jednak pewne błędy językowe, które korekta winna była usunąć, np. na str. 26 czytamy: „Ponieważ częstość wypróżnień zależy głównie od ruchów dolnej części okrężnicy, a muskularę której pobudzający wpływ wywiera zawartość kałowa“ i t. d.

Jak widzimy z przedmowy jest to część pierwsza nauki o chorobach narządu trawienia, ma iść za nią dyjetetyka i szczegółowy opis chorób; to też dziwi nas, że skoro semijotyka jest już ukończoną nie spotykamy tu ani słowa o tak ważnych gruczołach w sprawie trawienia jak trzustka i wątroba, czyżby one gorsze być miały od ślinianek, którym przecieź autor kart parę poświęcił. Nie byśmy nie mieli przeciwko temu, gdyby autor książkę nazwał nauką o chorobach żołądka i kiszek, wtedy był by w porządku, skoro jednak jest tu mowa o narządach trawienia należało wszystkie części tych narządów uwzględnić.

Józef Zawadzki.

Kronika miesięczna.

— Z pomiędzy wszystkich specjalności największy ruch piśmienniczy widzieć się daje na polu medycyny. Przekona nas o tem prosta statystyka pism lekarskich: w języku polskim posiadamy 8, 1 kwartalnik, 4 miesięczniki i 3 pisma tygodniowe, z tych 5 pism wychodzi w Warszawie, 1 we Lwowie, 1 w Krakowie i 1 w Poznaniu. Tymczasem jedyne w Warszawie pismo prawne „Gazeta sądowa“ wlece za ledwo swój żywot anemiczny, pisma przyrodnicze utrzymują się w sposób sztuczny.

Zdawało by się zatem, iż lekarze polacy pracują więcej umysłowo, niż pracownicy na innych polach wiedzy.

Tak by się zdawało, w Królestwie mamy lekarzy 924, w Poznaniu, Galicyi, Litwie, Wołyniu i Podolu mamy zapewne dwa razy tyle lekarzy polaków, trzytysięczna zatem publiczność lekarska utrzymuje 8 pism, pisma te redagują się, rozchodzą, a chociaż nie przynoszą wydawcom zysków materialnych, opłacają się jednak i mogą nawet wypłacać, jak na nasze stosunki, znośne honoraryja autorskie. O wartości pism i o ich treści pomówiemy kiedyindziej, dziś mamy tylko zamiar wskazać, iż objaw ten patrząc zbliska nie jest bynajmniej tak świetny, jak by się to zdawało. Zdawało by się, iż przynajmniej $\frac{1}{4}$ część ogółu lekarskiego przykłada rękę do rozwoju pism i tym sposobem łączy się z innymi dla wspólnego dobra. Tymczasem, kto uważniej zechce przejrzeć czasopisma lekarskie polskie znajdzie zawsze też same nazwiska i to po największej części lekarzy, praktykujących w Warszawie, prowincyja nie dostarcza wcale strawy naukowej, albo raczej dostarcza jej bardzo nie wiele. Dwóch lub trzech lekarzy z prowincyi pisuje częs-

to streszczenia lub podaje obserwacje ze swej praktyki, a kiedy nie kiedy odezwie się jeszcze głos którego kolwiek z kolegów prowincjonalnych, bardzo jednak rzadko. A jednak nie mogą się oni tłumaczyć brakiem materiału, oddaleniem od stolicy i temu podobnemi ogólnikami; brak tylko chęci stoi tu na przeszkodzie. Wszak w miastach gubernijalnych, a nawet powiatowych są szpitale, jest pole do obserwacji, wszak pisma zagraniczne dochodzą z równą szybkością do Warszawy jak i do innych miast, a redakcyje tutejsze nie szczędziły by kosztów przesyłki pism zagranicznych do streszczeń i dalszej nad sobą pracy, aby tylko znaleźli się chętni, którzy by chcieli poświęcić chwil kilka czasu dla wspólnego dobra. Mniejsza jednak o streszczenia, przypuśćmy, że te można robić w Warszawie, chodzi jednak o rzecz ważniejszą: o marnowanie wielu spostrzeżeń, które mogą posiadać nieraz niezaprzeczoną wartość. Znaczna jednak liczba kolegów z prowincyi, nie mówimy tu bynajmniej o wszystkich, chociaż prenumeruje pisma, nie czyta ich prawie, robi to więcej dla przyzwyczajenia, dla mody, zresztą nie wiemy dla czego, ale bynajmniej nie dla śledzenia za ruchem naukowym, który obchodzi ich nie wiele.

Nie chcemy bynajmniej ani na chwilę twierdzić, iż wykształcenie fachowe znajduje odzwierciedlenie tylko w pisaniu, że tylko ten co pisze jest dobrym lekarzem lub uczonym, przeciwnie, ileż to ludzi z głęboką wiedzą z zasobem niepoślednim myśli nie bierze pióra do ręki, nie lubi pisać; można by nazwać to egoizmem, czem kto chce zresztą, winić ich jednak trudno, jeśli wiedzę swoją zużytkowują na innych polach, ale są i tacy którzy, mimo że pisać by mogli, boją się.

A takich jest wielu. Jest to jednak mniemanie z gruntu błędne, wiedza nasza jest już bogata, posiada wiele faktów, ale do końca jeszcze daleko, każdy fakt nowy, aby oświetlony krytycznie, aby oceniony wprost tylko zdrowym rozsądkiem, jest wcale nie zbyteczny; stopy takich spostrzeżeń mamy w literaturze zagranicznej, czyż by nas na to nie stać było?

Tu i owdzie na prowincyi istnieją towarzystwa lekarskie — gdzież jednak ślad ich życia i działalności, czemu milczą uparcie? Zaprawdę, domyślać się trzeba, iż istnieją tylko nazwy, stara to u nas piosenka: środki są, lecz chęci brak.

Przykładów braku zainteresowania się kolegów z prowincyi kwestyami naukowymi mamy nie mało, przytoczymy jeden z najbliższych. W całym kraju wybuchła influenza, gdzie indziej lekarze nadsyłali by niewątpliwie notatki o jej przebiegu, o rozmiarach epidemii i t. p. — u nas nic takiego nie było i, niestety, nie będzie, a przecież kwestyja to ważna. Z notatek rozsianych po pismach, pisanych przez ludzi niekompetentnych czerpiemy dziś takie wiadomości, a lekarze zainteresowani najbardziej — milczą uparcie. A jednak kwestyja ta należyście oświetlona może nam wskazać jaką drogą rozprzestrzenia się u nas zaraza, jakie miejscowości i dla czego ulegają więcej lub mniej wpływowi chorobotwórczym i t. p.

Nie tylko jednak nauka, ale i sprawy zawodowe są dla kolegów z prowincyi ziemią nieznaną, nie interesują się oni zupełnie stanem naszym, zda się wyrzekają się z nim solidarności.

Najjaskrawiej wystąpił fakt ten w niedawno bardzo poruszonej w „Zdrowiu“ kwestyi przepelnienia (?) lekarzy. Odezwał się kol. A. Ch., podając swój projekt, trochę pesymistycznie odmalował stan lekarski kol. Br. Sawicki, obaj z Warszawy, ale żaden z kolegów prowincjonalnych, którzy mogli by dać najlepsze wskazki jaki jest stan lekarzy po za Warszawą

nie podniósł głosu w ważnej tej kwestyi, jeden tylko z kolegów umieścił w tej kwestyi artykuł zdaje się w „Gazecie radomskiej“ którą czytuje nie wielu wybranych, a po za tem nic, głuche milczenie. A jednak kwestyja to ważna, którą właśnie najłatwiej było lekarzom, znającym stosunki prowincjonalne podnieść i raz przecie na gruncie odpowiednim postawić.

Nie wątpimy, iż koledzy prowincjonalni raczą zaszczycić nas odpowiedzią i wskazać, jeśli mogą, przyczynę tego słabego zainteresowania się kwestyjami naukowymi i nawet zawodowymi. Nam chodzi tylko o zaznaczenie niezbyt pocieszającego faktu i o wywołanie jakiegoś ruchu nowego, który odświeżył by duszną atmosferę osobistych kłopotów i bezczynności u niektórych z kolegów nawet nie z prowincyi, mamy niepłodną nadzieję, iż stan ten potrwa niedługo i na początek zwracamy się do kolegów prowincjonalnych z małą prośbą. Jedno z pism tutejszych codziennych niedawno wprowadziło rubrykę, w której podaje miejscowości, gdzie potrzebni są lekarze, a często bardzo znajdujemy w pismach ogłoszenia o posadach. Skąd redakcyjna wspomniana czerpie te wiadomości, nie wiemy, sądzymy jednak iż daleko stosowniej było by aby wiadomości takich dostarczali koledzy dla kolegów. Wątpimy, aby mogła stanąć tu na przeszkodzie zawiść zawodowa, a wiadomości takie były by konieczne dla uchronienia wielu kolegów udających się na prowincyję od przykrych rozczarowań i bezpotrzebnej straty czasu i pieniędzy.

A więc Kronika z dniem dzisiejszym każdą wiadomość taką skwapliwie zanotuje, niech będzie to pierwszym krokiem do zespolenia a ściślejgo wszystkich naszych lekarzy, rozsianych po kraju!

— **Influenza**, o której z różnych stron świata nadchodzą nas niepokojące wieści przez 4 przeszło tygodnie grasowała w naszym mieście, nie przybrawszy jednak poważnych rozmiarów. W Warszawie chorowało najwyżej 10⁰/₀—15⁰/₀ ludności, przebieg był dość lekki, chociaż w ostatnich czasach często komplikowało gryppę włóknikowe zapalenie płuc z ciężkim nieraz przebiegiem.

Zejść śmiertelnych w Warszawie z gryppy nie notowano zupełnie, przeważnie gryppa zajmowała narząd oddechowy, niejednokrotnie odserwować można było objawy niestrawności i nerwobóle. Przesadzone wieści, jakie niektóre z pism tutejszych podawały o ilości chorych na gryppę, nie zdają się nam prawdziwymi, statystyki dokładnej u nas się nie prowadzi, a sądząc liczby chorych w szpitalach, która nie przenosiła 60, oraz ze zdań kolegów praktyków w Warszawie nie więcej nad 30,000 przechodziło influenzę. O ile jednak przebieg jej u zdrowych osobników nie przedstawiał niebezpieczeństwa o tyle u osób ze zmianami gruźliczemi w płucach był on nie pomyślny, stan się znacznie pogarszał i niewątpliwie ilość takich chorych w szpitalach w ostatnich czasach wzrosła.

Liczbę chorych na influenzę „robiono“ u nas w sposób bardzo prosty: oto „Kuryjer Codzienny“ zestanawiając się nad nią rozumuje w sposób iście dziecinny. Ponieważ lekarzy w Warszawie jest 500 (?), a każdy z nich miał około 20 pacjentów (z kąd wiadomości?) chorych na influenzę było 10000, że jednak nie wszyscy się leczą więc liczba chorych wynosiła tyle a tyle. Inne znowu pismo naukowe, opierając się na tem, że w je jednej klasie gimnazyjum na 56 uczniów zapadło 40, wnioskuje, iż chorowało 1/2 Warszawy, a ileż jest klas gdzie nikt nie chorował? Wogóle nawet wśród lekarzy zauważyć można było przesadę w szafowaniu rozpoznaniem tej choroby,

wiele chorób na karb jej składano dla tego jedynie, iż epidemija była w Warszawie. Dokładniejsze sprawozdanie niebawem zamieścimy.

— W ciągu ostatnich tygodni następujący koledzy zostali mianowani lekarzami asystentami przy szpitalach warszawskich: Zdzisław Dmochowski i Rafał Witkowski przy oddziale ordynatora Ś-go Ducha kol. Sokołowskiego, Ignacy Dąbrowski i Mieczysław Korzeniowski przy oddziale chirurgicznym w szpitalu Dieciątka Jezus, kol. Krajewskiego, przy tymże szpitalu na oddziale wewnętrznym kol. Obrębskiego, został mianowany kol. Jan Woźnicki. Wreszcie przy starszym ordynatorze Instytutu oftalmicznego kol. Gepnerze został mianowany asystentem kol. Stefan Cetnarowicz.

— W Uniwersytecie tutejszym w ostatnich czasach zaszły następujące zmiany: Wykład patologii i terapii szczegółowej po zmarłym prof. zwyczaj. Łapczyńskim objął prof. farmakologii Tumas, wykład akuszeryi w zastępstwie chorego prof. Jastrebowa prowadzi w r. b. doc. Neugebauer, wykład wreszcie anatomii patologicznej z powodu urlopu profesora Brodowskiego powierzono prosektorowi d-rowsi Przewóskiemu. Ordynatorem kliniki wydzielowej chorób wewnętrznych w szpitalu Ś-go Ducha został mianowany kol. Józef Zawadzki.

— Na miejsce inspektora Warszawskich szpitali cywilnych mianowany został dziekan wydziału lekarskiego tutejszego uniwersytetu prof. Czauśów, który jednocześnie pozostaje nadal przy uniwersytecie.

— Na wyborach w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem obrani zostali na rok bieżący: na prezesa prof. Brodowski, na wiceprezesa dr. Przewośki, na sekretarza kol. Jakowski.

Członkami czynnymi zostali: kol. Karwowski, Borsuk, Winawer, Raum, Frejdenson, Feilchenfeld, Szumlański, Pruszyński.

Na członka honorowego wybrany został prof. Kosiński.

— Prezydującym w Radzie Lekarskiej na miejsce ustępującego do browolnie z powodu podeszłego wieku prof. Zdekauera, naznaczonym został prof. Paszutin.

— W Berlinie d. 4 Sierpnia r. b. ma się odbyć kongres lekarski. Jako prezes figuruje R. Virchow, jako wiceprezesi Bergman, Leyden i Waldeyer, sekretarzem będzie dr. Lassar (ul. Karola N. 19). Kongres ten podzieli się na 18 sekcyj. Rozprawy odbywać się mają w językach niemieckim, francuzkim i angielskim. O uczestnictwo zgłosić się należy do sekretarza d-ra Lassar'a podług powyższego adresu. Uczestniczyć mogą lekarze i doktorzy medycyny jako członkowie zwyczajni, oraz przyrodnicy i chemicy jako członkowie nadzwyczajni.

— W Lipcu r. b. odbędzie się w Paryżu pod przewodnictwem Villemina Kongres dla badań nad gruźlicą. Przedmiotem obrad będzie: 1) Identyczność gruźlicy u bydła, drobiu, wogóle u zwierząt i u ludzi. 2) Stosunek laseczników do gruźlicy. 3) O szpitalach dla ludzi dotkniętych gruźlicą. 4) Środki niszczące laseczniki, a dla ludzi nieszkodliwe odnośnie do profilaktyki i terapii gruźlicy u ludzi i zwierząt. Z komunikatami zwracać się należy do sekretarza generalnego d-ra V. Petit. Paryż. Rue Mange N. 11. Uczestnicy kongressu placą 20 franków na ręce skarbnika G. Masson'a. Paryż. Boulevard St. Germain N. 120.

— Oficjalne sprawozdania z wyników badań lekarstw w Nowym-Yorku wykazują, że lekarstwa należytej dobroci stanowią tylko 43,8⁰/₀, dość dobrej 17,4⁰/₀, złe 26⁰/₀ i zupełnie nie te, które przepisane byle przez lekarza 11,6⁰/₀.

— Dr. Lindner z Budapesztu podaje ciekawą statystykę kobiet, zwolenniczek t. zw. maltuzyanizmu. Podane tablice wykazują, że oddają mu się przeważnie warstwy wyższe społeczeństwa, a zwłaszcza klasa średnia i t. zw. dorobkiewiczze. Dawniej u żydów uchodziło za zasługę mieć wiele dzieci, ale odkąd w Austrii wprowadzone zostało równouprawienie żydów, cnota ta poszła w zapomnienie, a żydówki zaczęły również wyznawać zasady maltuzyanizmu. To samo mówi Weill o żydówkach we Francji.

— Parlament francuzki postanowił na wniosek d-ra Javala, aby ojcowie i matki mające 7-ro dzieci byli uwolnieni od podatków osobistych i opłat od majątków ruchomych. Projekt ten ma na myśli przeciwdziałać zatrważającemu zmniejszaniu się ludności we Francji.

— Nowe czasopisma zaczęły wychodzić w Paryżu „La Médecine Moderne“ pod redakcją S. Séé i „Revue Chirurgicale“ pod redakcją Le Fort.

— Dr. Ambrożewicz w Brjańsku (gub. Orłowska), zaczął w r. b. wydawać pismo dla akuszerok, felczerek i felczarów pod tytułem „Akuszerka“ (w języku ruskim).

Z M A R L I.

— W Warszawie dnia 4 b. m. Dr. Józef Nowicki, lekarz praktykujący w Bielsku gub. Płockiej.

— Dnia 19 b. m. Dr. Med. F. Kobylański, naczelny lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

— W Krakowie Dr. Smoleński. W Paryżu Damaschino prof. patologii i terapii szczegółowej. W Halli Dr. Kuntze.

Od Wydawcy.

„Kronika lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1890 według takiego samego programu i na takich samych warunkach jak dotychczas.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się P. P. prenumeratorów o wczesne wnoszenie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu. Zaległych P. P. prenumeratorów, którzy dotąd jeszcze nie wnieśli przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o regulowanie rachunków w jak najkrótszym czasie.

Dr. M. JAKOWSKI, b. ass. klin. dyjagn. dokonywa wszelkich rozbiórów mikroskopowych, głównie bakteryjologicznych. Ulica Wspólna Nr. 26.

OGŁOSZENIA.

Nakładem Administracji „Wiadomości farmaceutycznych“ wyszła
praca p. t.

ZARYS MIKROCHEMII

mineralnej i organicznej

opracowana przez

M. HEILPERNA.

Cena kop. 60, z przesyłką rekomendowaną kop. 80.

COPAHON
APTEKA
K. LEROWSKIEGO
133 Marszałkowska 133
Z pozwolenia Departamentu Medycznego
WYRABIA
COPAHON
niezawodny przeciw rzerzające
Cena fla: rs. 1.

TRAN Z ŻELAZEM zawierający żelaza.....	0,3
łyżka stołowa odpowiada	0,045
TRAN Z JODEM zawierający jodu.....	0,1
łyżka stołowa odpowiada....	0,015
TRAN Z JODKIEM ŻELAZA zawierający jodku żelaza....	0,3
łyżka stołowa odpowiada....	0,045
TRAN Z FOSFOREM zawierający fosforu.....	0,01
łyżka stołowa odpowiada....	0,0015

na świeżym tegorocznym tranie z ściśle oznaczoną
procentowością posiada

Apteka H. Biertümpfla

MARSZAŁKOWSKA RÓG ŚTO-KRZYSKIEJ.

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

D^R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejący.

Jest stale zaopatrywaną we wszystkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

SKŁAD

MATERIAŁÓW APTECZNYCH

Wiktora Waligórskiego

Nowy Świat Nr. 38 w Warszawie

ma zaszczyt polecić:

Materyały apteczne.—Przetwory chemiczne.—Specyalia zagraniczne.—Specyalia wyrobu aptekarza A. Rakowskiego.—Przedmioty opatrunkowe.

Wody mineralne naturalne i sztuczne.

PERFUMY ANGIELSKIE I FRANCUSKIE.

APTEKA

I

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

M. BARCZA

W WARSZAWIE

94 *Marszałkowska* 94.

Jest stale zaopatrywaną we wszelkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

Liquor ferri albuminati Grüning

(Natrium ferri albuminatum liquidum).

Wprowadzony przezemnie do handlu, właściwym sposobem otrzymany roztwór, odznacza się doskonałemi własnościami terapeutycznymi.

Nie psuje się, zawiera 0,5% tlenniku żelaza i wyrównywa zupełnie własnościom roztworu białkanu żelaza Drees'a.

N. B. Z powodu istnienia licznych przetworów białkanu żelaza, należy przepisywać:

„Liquor ferri albuminati Grüning.”

Skład główny na Królestwo w aptece **Wendy i Wiorogórskiego**, N. 45 Krakowskie-Przedmieście w Warszawie.

W. Grüning,

Mag. farm. w Połędzie.

Dla kaszlących i osłabionych

EKSTRAKT I KARMEŁKI

Koncesjonowane przez
władze lekarskie

Nagrozone na wystawach
hygijeniczno-lekarskich



FABRYKI
„LELIWA”

w Warszawie

ulica Zgoda Nr. 6.

Wyłączna sprzedaż w aptekach i składach aptecznych w Warszawie, Królestwie i Cesarstwie.

Główna sprzedaż w Warszawie u Mrozowskiego i Spiessa, w Kijowie u Żeligowskiego i w Południowo-Ruskim Towarzystwie, w Kownie u Miron-Klimowicza, w Astrachaniu u Ker-na, w Baku u Czyszkowskiego, w Odessie u Gajewskiego w Mińsku gub. u Gutowskiego, w Wilnie u Segala, w Ko-stromie u Cywilko, w Żytomierzu u Mejersona, w Moskwie u Mattejsena i u Pączkowskiego, w Witebsku u Jaskoła, w Stawropolu u Brochnockiego, w Rostowie n/D u Ochocimskiego, w Jałcie u Glińskiego, w Kretingen u Szenberga, w Azowie i Mariupolu u Łuczyńskiego, w Orgiejewie u Kacnelsona, w Berdiańsku u Krywatowicza, w Kiszynie-wie u Braunsteina, w Tyflisie u Wyczalkowskiego, i Ajwazo-wa, w Dynaburgu u Straszńskiego, w Mielitopolu u Min-delsona, w Merwie u Ingielewicza, w Piatigorsku u Walen-tynowicza.

Flaszka ekstraktu kop. 75, z chiną lub żelazem i chiną rs. 1.
Paczka karmelków kop. 15.

Przyjmuje się przedpłatę na nowe czasopismo dla akuszerok, felczerok
i felczerów

„AKUSZERKA”

Na rok 3 ruble, na 6 miesięcy 2 ruble, na 3 miesiące 1 rubel.

Pismo poświęcone akuszeryi, chorobom kobiet, dzieci, wewnętrznym i w ogóle każdej gałęzi medycyny wchodzącej w zakres **akuszerok, felczerok i felczerów**. Wychodzić będzie od 1 Stycznia 1890 r. dwa razy na miesiąc.

Redakcyjja ma przyrzczone współpracownictwo PP. wykładających i lekarzy Petersburskiego (Nadeźdińskiego) i Moskiewskiego zakładów położniczych i Petersburskiego położniczego Instytutu, jako też i wielu innych specjalistów.

Prenumerować można w Briańsku Gub. Orłowska w Redakcyi „AKUSZERKI”.

„Żurnal akuszerstwa i żeńskich boleźniej.”

Organ Akuszeryjno-ginekologicznego Towarzystwa.

Wydawany pod redakcją Prezesa i Sekretarza Towarzystwa i Akademika
A. J. KRASSOWSKIEGO, Profesora K. F. SŁAWIAŃSKIEGO i docenta
I. I. SMOLSKIEGO.

Wychodzić będzie w roku 1890 miesięcznie zeszytami od 4—6 dru-
kowanych arkuszy.

Program:

1) Artykuły oryginalne, odczyty i kazuistyka (rosyjskie i tłumaczone).
2) Referaty. 3) Krytyka i biblijografija. 4) Sprawozdania z posiedzeń Aku-
szeryjno-ginekologicznego Towarzystwa w Petersburgu. 5) Korresponden-
cyja. 6) Ogłoszenia.

Prenumerata wynosi na prowincyi z przesyłką 8 rs. rocznie, dla miej-
scowych 7 rs. 50 kop., bez przesyłki 7 rs.

Prenumerować można w Redakcyi (Petersburg Iwanowskaja d. N. 14,
m. 22), w biurze Redakcyi przy medyko-chirurgicznej księgarni N. P. Pe-
trowa (Wyborskaja, Niżegorodzkaia ulica N. 17).

Prace przysyłać należy koniecznie z podpisem autorów na imię jedno-
go z redaktorów (A. J. Krassowski—Nadeždinskaja d. N. 3, K. F. Sławiań-
ski—Litejnaja d. N. 26 m. 10, I. I. Smolski—Iwanowskaja d. N. 14 m. 22).
Ogłoszenia przyjmują się za zgodą redakcyi. O książkach i broszurach przy-
syłanych przez autorów do redakcyi ogłoszonym będzie w najbliższym nume-
rze czasopisma.

Prenumeratę przyjmuje się tylko za cały rok. Wyplata ratami i komis-
sowe ustępstwa miejsca mieć nie będą. Pozostałe egzemplarze z roku 1887,
1888 i 1889 otrzymywać można w redakcyi w cenie 5 rs. za rok.

SZÓSTY ROK WYDAWNICTWA

MIESIĘCZNIKA

„CHIRURGICZESKIJ WIESTNIK“

Wychodzić będzie i w roku 1890 w tejże objętości
i w tymże zakresie.

- I. Artykuły oryginalne z zakresu chirurgii.
- II. Korespondencyje.
- III. Krytyka i biblijografija.
- IV. Referaty i drobne wiadomości.
- V. Ogłoszenia.

Uprasza się wysyłać artykuły pod adresem Mikołaja Aleksandrowicza
Weljaminowa (Petersburg, Fontanka, 105).

Prenumerować można w redakcyi (Petersburg, Fontanka, 105) co-
dziennie od 11—1 i od 4—5 i we wszystkich większych księgarniach. (Pa-
nów prenumeratorów z prowincyi uprasza się o zgłaszanie wprost do redak-
cyi). Ogłoszenia 40 kop. za wiersz petitu.

Cena z przesyłką za rok 7 rs., za pół roku 3 rs. 50 kop.

Redaktor wydawca N. A. Weljaminow.

SPIS RZECZY.

str.

Prace oryginalne.

- Edmund Biernacki. Przypadek hysteroneurastenii u mężczyzny. . . 1

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna i Patologija ogólna.

1. Von Wilhelm Alexander Freund. Ueber Akromegalie. . . 13
2. E. Kromayer. O t. zw. zapaleniu płuc niezytowem po odrze i krztuścu 16
3. Prof. G. Hayem & P. Tissier. Przyczynek do nauki o zapaleniu gruźliczem osierdzia 17
4. Dr. M. Weiss. O tak zwanej chorobie Weilla. 19
5. Dr. H. v. Hebra z Wiednia. Leczenie ospowych chorych . . . 21

II. Ginekologija.

6. Leopold. Przyczynek do leczenia pęknięcia macicy. 26
7. Alfred Dührssen. O leczeniu krwotoków po porodzie 30

III. Choroby weneryczne i skórne.

8. Dr. John Bryson i Edwin Burnett (St.-Louis). O tryprze . . 35
9. Dr. I. Schütz. Barwienie gonokokków 36
10. Molenes. Przypadek różycy rzerzączkowej. 36
11. Gemy. Brodawki zlewające się na goleniach 38
12. Dr. Saymonne. Lasecznik łysiny 38

IV. Choroby oczne.

13. Dr. Kacaurów. Przyczynek do operacji zaćmy wysysaniem (aspiracyja). 39
14. Dr. Drużynin. Uproszczony obiektywny sposób określenia refrakcyi 40
15. Dr. Lubiński. Keratitis dendritica exulcerans, mycotica . . . 40

V. Wiadomości pomniejsze.

16.	Leczenie dychawicy	41
17.	" "	42
18.	Pędzlowanie przy zapaleniu migdałków i gardła	42
19.	Przemywanie przy ropnym niezycie nosa.	42
20.	Zginanie przy wiaździe rdzenia	42
21.	Faradyzacja przy wiaździe rdzenia.	42
22.	Prosty sposób zawieszania	43
23.	Przypadek śmierci podczas zawieszania	43
24.	Leczenie dyspepsy u ssawców.	43
25.	Wpływ dymu tytoniowego na pokarmy	43
26.	Leczenie zatrucia gazem oświetlającym	43
27.	Fosfor przy moczówce	43
28.	Azotan srebra i kąpiele siarczane.	43
29.	Nowy środek przeciwgorączkowy	43
30.	Nowy środek sercowy	43
31.	W kwestyi stosowania morfiny u ciężarnych, rodzących i kar- miących	43
32.	Jaborandi przy powolnym porodzie	44
33.	Porody i operacja odbyta pod wpływem hypnotyzmu	44
34.	" " " " " "	44
35.	" " " " " "	44
36.	Wpływ przestrachu na miesiączkę	44
37.	Leczenie bolesnego miesiączkowania	44
38.	Sposób wprowadzania przepuklin uwięźniętych	44
39.	Leczenie wrzodów goleni	44
40.	Prosty i łatwy sposób wprowadzania moczociągu	44
41.	Leczenie kataru pęcherza moczowego.	45
42.	Przypadki balanitis et posthitis	45
43.	Leczenie balanitis et posthitis.	45
44.	Środki przy wypadaniu włosów	45
45.	" " " " " "	45
46.	Leczenie szczelin odbytnicowych	45
47.	Leczenie brodawek	45
48.	Leczenie świerzby.	45

Przegląd Biblijograficzny.

Dr. M. Rejchman. Nauka o chorobach narządu trawienia przez, Semijotyka	46
---	----

Kronika miesięczna.

Ogłoszenia.