

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z oddziału dr. Matlakowskiego.

O ropniach pozaotrzewną przy chorobie Pott'a

podał dr. Tomasz Faytt

assystent oddziału chirurgicznego Szp. Dzieciątka Jezus.

Dwa przypadki ropnia po za otrzewną, z których jeden obserwowany przez dr. Jasińskiego i Jawdyńskiego, drugi przezeń na oddziale dr. Matlakowskiego, jako nieco odrębne, co do samej formy, powstania, przebiegu klinicznego i sposobu leczenia, podaję w tej pracy, chcąc zarazem w krótkich zarysach wyjaśnić sposób tworzenia się ropni po za otrzewną, dodając tegoczesny sposób operowania i wogóle leczenia ropni pozaotrzewnowych.

Z uwagi na znaczną objętość i formę ropnia w obu przypadkach, dołączam odbitkę fotografii:



1) Raissa Weinert lat 45, starozakonna (Tablica I), żona wyrobnika z kolei, przybyła do szpitala pragskiego dnia 19 Grudnia 1888 r. Chora zbudowana dobrze, odżywiana dostatecznie, stan bezgorączkowy, tętno 37,2; skarży się na bóle w okolicy lewego uda i kości krzyżowej. Dwa lata temu odbyła poród, dziecko było donoszone, lecz martwe. W sześć tygodni po porodzie, poczuła dokuczliwe bóle — ściągające w lewym udzie, rozchodzące się od stawu biodrowego do kolana. Jak chora sama określa, ból ten wydobywał się z głębi od kości, wzmagając się coraz więcej, jednak nie zmuszał chorej nigdy kłaść się do łóżka. Pół roku temu, chora zauważyła w przedniej okolicy lewego uda, w górnej trzeciej części, guz, który stopniowo się powiększał, bóle występowały coraz częstsze i dokuczliwsze, do nich przyłączyły się od czasu do czasu występujące bóle w okolicy kości krzyżowej. Chora przedsięwzięła kurację paliatywną, lecz skoro guz rósł coraz większy, udała się po poradę do dra Jasińskiego, który znalazł stan chorej następującym:

W kręgosłupie widocznych zmian nie ma żadnych, na dotyk kolumna nie bolesna, przy ucisku zaś na bark, łatwo było wywołać dokuczliwy ból w lędzwiowej części kręgosłupa, na granicy kości krzyżowej, na taki sam ból chora się skarżyła przy bocznym ucisku miednicy. Brzuch duży jak u kobiety ciężarnej, obwisły z obu stron przy położeniu chorej na wznak, w jamie brzusznej guza żadnego się nie wyczuwa, odgłos przy ostukiwaniu tępy, czuć wyraźne chełbotanie z obu stron jamy brzusznej, przy ucisku na ścianę brzuszną objętość brzucha się zmniejsza, za to powiększa się guz na udzie.

W górnej i przedniej części lewego uda, znajduje się guz wielkości małego bochenka chleba, który bez żadnych granic, przechodzi na lewą wargę sromną, na guzie skóra normalna lecz napięta, chełbotanie wyraźne, kość na miejscu guza nieco zgrubiała, guz przy ucisku zmniejszał się znacznie, tak że skonstatowano bezpośrednią komunikację pomiędzy nim a przestrzenią pozaotrzewnową wypełnioną płynem. W organach płciowych z wyjątkiem wciągniętej w guz lewej wargi sromnej, nie znaleziono zmian żadnych.

Na zasadzie danych, wyżej wzmiankowanych postawiono diagnozę: *Osteitis tuberculosa sacro-iliaca et sacro-lumbalis cum abscesso retroperitoneale*. Chora zgodziła się na

przekłucie ropnia na udzie, przyczem dr. Jasiński wypuścił około 2-ch garncy płynu ropnego i zastrzyknął emulsyję jodoformową. Po przeciągu dość znacznego czasu chora zauważyła na nowo zjawiający się guz i powiększenie objętości brzucha, dla czego za poradą d-ra Jasińskiego; wpisała się do szpitala pragskiego na oddział d-ra Jawdyńskiego dnia 19 Grudnia 1888 r. 21 zrobiono chorej przekłucie na miejscu guza, z którego wyszła dość znaczna ilość strzępiastej rzadkiej ropy, jamę przemyto 3^o/_o roztworem kwasu karbolowego, z którym ściekło dużo strzępków masy twarogowatej, następnie zastrzyknięto emulsyję jodoformową. 22 stan bezgorączkowy T. 37,3. 23 T. 37,6 v. 38,1. 24 T. 37,5 v. 37,6. 25 T. 37,2 v. 37,9. 26 T. 37,7 v. 38,2. 27 T. 37,5. 30 T. 37,9. Płyn na miejscu przekłucia zebrał się znowu. Chorej zrobiono cięcie podłużne około 20 ctm. na udzie, drugie zaś w okolicy lędźwiowej, równoległe do kręgosłupa, tej samej długości, przyczem spłynęła dość znaczna ilość gęstej ropy, zawierającej masy twarogowate

Przez ranę na udzie palcem wchodziło się do otworu w formie pierścienia, przez który można było dojść tylko de lacuna musculorum. Po należytem oczyszczeniu ran, nałożono opatrunek aseptyczny.

31 T. 37,2 rana czysta, wydzielina obfita.

2 Stycznia T. 37,3.

8 Stycz. T. 37,3. Zmiana opatrunku. Wydzielina mniej obfita.

4 Stycz. T. 37,4.

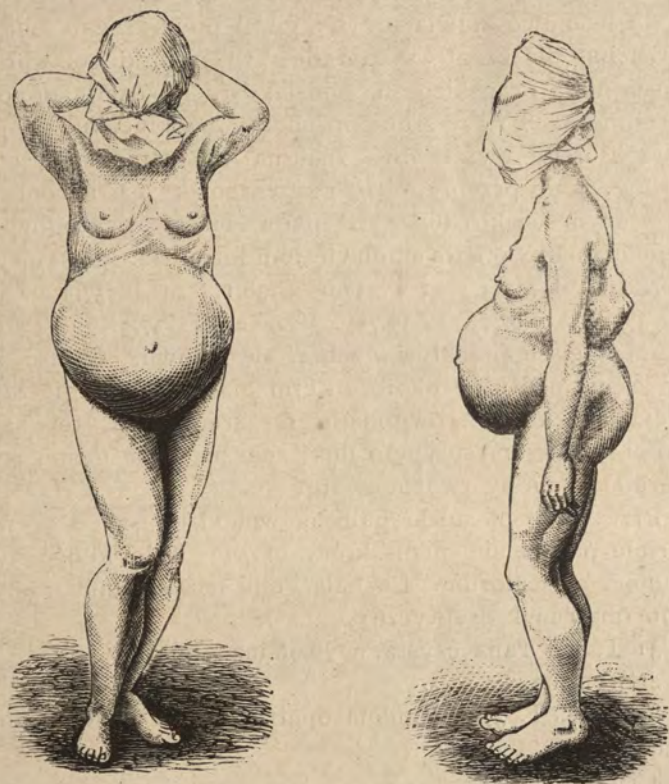
6 Stycz. T. 36,8 zmiana opatrunku, rana pokryta bujającą ziarniną, wydzielina skąpa.

8 Stycz. zmiana opatrunku, rana podgaja się czysto, chora na własne żądanie wypisała się, czując się zupełnie zdrową.

Drugi przypadek ropnia pozaotrzewną, obserwowałem sam na oddziale d-ra Matlakowskiego, jest on nieco odmienny w typie, również co do przyczyny powstania, tutaj bowiem choroba Pott'a mówi sama za siebie, co zresztą uplastycznia dołączona fotografia (Tablica Nr. 2 i 5). Co do leczenia, to takowe było przeprowadzone nieco odmiennie, jak w wypadku 1, o czem jeszcze obszerniej mówić będę.

2) Kapela Anna lat 19, ze wsi Stanisławice z pod Włocławka przybyła na oddział d-ra Matlakowskiego dnia 1 Maja 1890 r., wzrostu małego, budowy rachitycznej, odżywiana

miernie, skóra koloru ziemistego, stan bezgorączkowy, tętno 72, oddechów 28.



Uderza duży brzuch, jak u kobiety ciężarnej, z uwydatniającą się wypukłością z prawej strony. Pępek wygładzony, żyły na skórze brzucha znacznie rozwinięte, od tyłu wypukłość w kształcie trójkąta w linii kręgosłupa—scoliosocyphosis, z wklęśnięciem ze strony lewej, z wypukłością z prawej, na wysokości 1, 2, 3 kręgu lędźwiowego.

Chora skarży się na ból w brzuchu w regio hypogastrica dextra, ból z uczuciem kłócia (chora określa—jakby ją żgało) powiększa się przy pracy, zmniejsza przy spokojnem zachowaniu się chorej, czasami rozpromienia się do wysokości żeber.

Stan taki, jak zaznacza chora, zaczął się dopiero przed trzema laty: po podniesieniu dość znacznego ciężaru (pół korca żyta) w jednej chwili uczuła trzask w krzyżu w okolicy lędźwiowej, ustać na nogach jednak mogła, a nawet

odnieść ciężar w przeznaczone miejsce. Ból na razie był nieznaczny, stopniowo jednak wzmagał się, tak że dnia 3-go od chwili wypadku zmuszoną była położyć się do łóżka. Przeleżała tydzień w gorączce. Po tygodniu ból osłabł o tyle, że chora mogła wstać do codziennych zajęć, był jednak stałym. W kilka tygodni od owego pęknięcia w krzyżu, chora zauważyła na wysokości 3-go kręgu lędźwiowego (mniej-więcej chora wskazuje na to miejsce), guzik, twarde, wielkości orzecha laskowego, który stopniowo doszedł do wielkości pięści. O ile wiarogodne są spostrzeżenia chorej, trudno określić, w każdym razie nie mogę wykluczyć, że owo pęknięcie w krzyżu, jako *causa efficiens*, mogło dopiero zwrócić uwagę chorej na process dawno już trwający, który po takim insulcie mógł stanowczo wystąpić wyraźniej i pójść szybszem tempem.

Dwa lata temu zwrócił jej uwagę guz z prawej strony brzucha, na wysokości prawego dołu biodrowego, wielkości główki nowonarodzonego dziecka, elastyczny, nieprzesuwalny, który wzrastał dość szybko, dopóki nie doszedł do rozmiarów, o których będzie mowa niżej. Bóle wtedy występowały już rzadziej, co dwa lub trzy tygodnie. Chora od chwili tak znacznego powiększenia się guza—*respective* objętości całego brzucha, pracować nie mogła.

Pochodzi z rodziny zdrowej, z chorób, prócz ospy w dzieciństwie, nie przechodziła żadnych.

Klatka piersiowa normalna, granice płuc podniesione, z prawej strony na linii mostkowej odgłos normalnego płuca na 4-m żebrze, na linii sutkowej na 5-m, na pachowej na 6-m. Po stronie lewej na linii mostkowej, tępość serca na 3-m, na pachowej na 7-m, od tyłu z prawej strony na 9-m, z lewej na 10-m żebrze.

Oddech normalnego płuca nieco przyspieszony—*R.*=28.

Jama brzuszna. Brzuch znacznie powiększony, wypukły, z prawej strony uwydatniający się guz, oddzielony pośrodku na linii białej płytką bruzdą, tak że jama brzuszna robi wrażenie, jakby zawierała dwa guzy z prawej i lewej strony. Pępek wygładzony. Na skórze brzucha znacznie rozwinięta sieć żył. Przy ostukiwaniu ścianki brzusznej, odgłos bębniasty pośrodku, z prawej zaś i lewej zupełnie tępy. Odporność ścianek znaczna, chębotanie dosyć wyraźne. Przy dotyku brzuch nie bolesny,—nieznaczny ból przy ucisku na kręgosłup.

Wymiary jamy brzusznej:

Obwód przez pępek 120 ctm.

Od kolca do kolca (spina ilii) 62 ctm.

Od spojenia do pępka 25 ctm.

Od pępka do wyrostka mieczykowatego 18 ctm.

Wymiar prawej strony 31 ctm.. lewej 28 ctm.

W organach płciowych zmian żadnych, błona dziewicza cała, macica ku przodowi, sklepienie tylne nieco napięte, ze strony pęcherza i kiszki nie ma zmian żadnych, co oznacza także i chora, że podczas całej choroby oddawała moczu i kał bez żadnych zaburzeń. Ilość moczu na dobę 1000—1200 s. c., białka ani cukru zawiera. Chorą badali: dr. Matlakowski, Jasiński, Jawdyński, Borysowicz, Ciechomski, Oderfeld, Słupecki i Stępkowski i zaopiniowano: Morbus Potti cum abscesso retroperitoneali dextro et sinistro. Co do diagnozy i danych któremi się powodowano pomówię obszerniej przy diagnozie różniczkowej, — ropni pozaotrzewną. 2-go Maja zrobiwszy próbne przekłucie Pravatzem, wydobyłem płyn ropny, rzadki, który badany przezemnie, kolegę Jakowskiego i Kryńskiego wykazał: ropa nie charakterystycznego nie przedstawia, płyn rzadki — koloru żółto-białego z przymieszką strzępków, przy badaniu pod drobnowidzem, znalazłem małą ilość ciałek ropnych, przeważnie zaś ciałka uległe rozpadowi—masy ziarniste i kolonie kokków; tak barwienie jak i szczepione kultury laseczników Kocha nie wykryły.

Tego samego dnia, w obecności kolegów Ciechomskiego, Oderfelda, Słupeckiego i Stępkowskiego, po należytem oczyszczeniu skóry, za pomocą przyrządu Potain'a wypuściłem 6800 k. c. płynu ropnego z prawego ropnia, płyn wydobywał się opieszale od samego początku, co nas zmusiło do ciągłego pompowania. Chora operację zniosła cierpliwie, po wypuszczeniu płynu czuła się względnie nieźle; nałożyłem opatrunek aseptyczny, na brzuch zaś bandaż uciskający. Wieczorem T. 37⁰, oddechów 28. Tętno dobre 88.

3-go Maja T. 36,8⁰/₁₀ R.=24. Tętno 84. Granice płuc nieco niżej, granice tępości serca pozostały na tej samej wysokości. Ilość moczu 1000.

4-go stan bezgorączkowy. Ilość moczu 1200.

Dnia 5-go, 6-go, 7-go, 8-go status idem.

Tak znaczna ilość wypuszczonego płynu (7 litrów) ma-

ło co wpłynęła na wydzielanie moczu, ilość bowiem oddanego moczu na dobę waha się pomiędzy 1000—1200.

Dnia 9 Maja wypuściłem przyrządem Potain'a z lewego ropnia 1880 sz. c. płynu, jak makro tak i mikroskopowo identycznego z płynem wydobytym poprzednio. Wieczorem stan bezgorączkowy. Tętno dobre—84.

10-go stan bezgorączkowy T. 37,2, chora czuje się bardzo dobrze, przybyło jej sił, wygląd lepszy, apetyt dobry, ilość moczu 1200.

11-go status idem. Moczu 1500.

12-go status idem. Moczu 1700, zatem ilość jego znacznie wzrosła. W ciągu dni następnych ilość moczu waha się pomiędzy 1300—1500, chora znacznie się poprawiła, na bóle się nie skarży, stan wogóle zadawalniający.

15-go. W prawym dole biodrowym zauważyłem zbieranie się płynu, nagromadzenie to jednak szło powoli, co zmusiło mnie do dłuższego wyczekiwania na ponowne wypuszczenie. Stan bezgorączkowy.

Dnia 6-go Czerwca. Stan bezgorączkowy, skarży się na uczucie pełności w brzuchu, ilość moczu spadła do 1000.

Wymiary brzucha:

a) Obwód na wysokości pępka 79 cm., objętość zatem mniejsza o 23 cm.;

b) od spojenia łonowego do pępka 17 cm., mniejsza zatem o 8 cm.;

c) od pępka do wyrostka mieczykowatego 13 cm., mniej o 5. Tego samego dnia wypuściłem 1400 k. c. płynu z prawego ropnia, gdzie wstrzyknąłem 31—10% emulsji jodoformowej. Bandaż uciskający. Wypuszczony płyn z charakterem ropnym z małą domieszką krwi. Badanie pod drobnowidzem dało takie same rezultaty. Wieczorem T. 37. Tętno dobre.

7-go T. 37,2. Moczu 1200.

8-go stat. idem. Moczu 1100.

9-go stat. idem.

10-go chora czuje się bardzo dobrze, przybyło jej na wadze.

17 go Czerwca z lewej strony wyczułem płyn w niewielkiej ilości, co nas zmusiło do ponownego przekłucia,—przyczem wypuściłem tylko 300 k. c. płynu ropnego gęstego, wstrzyknąłem 31—10% emulsji jodoformowej. Bandaż

uciskający. Wieczorem stan bezgorączkowy. T. 36,8. Tętno dobre.

18-go stan bezgorączkowy. Moczu 1500.

19-go status bonus.

Przez dni następne ilość moczu waha się pomiędzy 1200—1500.

W dwa tygodnie po ostatniej operacyi chora czując się zupełnie zdrową, na własne żądanie dnia 3-go Lipca została wypisana. Badając chorą, znalazłem: Stan bezgorączkowy, tętno dobre 88, oddechów 24, nie skarży się na bóle i napięcie w brzuchu z uczuciem pełności, jak to miało miejsce w dniu przybycia do szpitala; chodzi swobodnie, bez zmęczenia; jama brzuszna formy prawidłowej, objętość brucha normalna, na miejscu poprzednich ropni wyczuwa się z prawej i lewej strony dwa sznurki (brydy) grubości palca; przypuszczam że ścianki ropnia zanikły na tyle, że pozostały po nich tylko blizny z rozrostem tkanki łącznej, płynu zupełnie nie wyczuwałem.

Przy ropniach pozaotrzewnowych, jak wogóle przy ropniach opadowych, rozmaite są drogi, przez które sprawa prowadzi ostatecznie do zniszczenia kości, skoro już kość uległa zniszczeniu, trzony kręgowy ustępują pod wpływem ciśnienia całego ciężaru ciała, kręgosłup zapada się, tworząc łuk, lub kąt oswarty ku przodowi, Objaw ten, ów garb kątowaty (*kyphosis angularis*), stanowi tak charakterystyczny objaw, że całe cierpienie oznaczone imieniem *kyphosis Potti*. Jednocześnie prócz garbu ukazują się dwa zmienne zresztą, lecz dla całkowitości obrazu klinicznego ważne objawy—ropień opadowy (*abscessus congestivus*) i zaburzenia nerwowe zależne od cierpienia rdzenia i nerwów, a mianowicie: nadczułość i znieczulenie, jako też objawy kurczowe i paralityczne.

Tworzenie się ropni wewnątrz gniazd tuberkulicznych ma tu miejsce tak samo, jak wogóle w kościach, które uległy gruźlicy. Gdyby się ropień formował od tyłu trzonu kręgowego, ropa torowałaby sobie drogę najłatwiej do kanału kręgowego zajętego przez rdzeń. Lecz tak nie bywa, a ropień zwykle bywa od przodu, dla czego też toruje on sobie drogę ku przedniej powierzchni kręgosłupa. Rzadko kiedy ropień zajmuje boczną stronę trzonu i w takim razie kieruje się do wyrostków poprzecznych kręgów i występuje na zewnątrz na grzbiecie.

Przy tego rodzaju cierpieniach kości, jak osteitis, caries, necrosis tuberculosis, ropa zbiera się z początku w blizkości miejsca, z kąd się rozpoczął proces gdzie tworzy przez stopniowe rozpychanie części miękkich ściśle ograniczone ognisko. Ognisko to powiększa się ciągle i dąży do wydobywania się na zewnątrz o ile wszakże wobec miejscowych stosunków anatomicznych spotyka jakąś przeszkodę, dąży do miejsc, dających mniej oporu póki nie dosięgnie powierzchni ciała. Tak bywa najczęściej, jednak, jeśli kość będąca źródłem ropy leży w okolicy, gdzie tkanka komórkowata jest rozciągliwą i mało odporną, ropa zbiera się od razu w temże samem miejscu. Tak więc to przenoszenie się ropy do miejsc oddalonych od źródła cierpienia nie jest warunkiem niezbędnym dla wytworzenia się ropnia opadowego. Pod słowem ropień opadowy pozaotrzewnowy pojmowano dawniej to, co w nowszych czasach zimnym ropniem się nazywa. Obecnie pojęcie takiego ropnia ograniczono i za takowy uważa się zbiornik ropy, który mając swe źródło w cierpieniu kości, wytwarza się w miejscu mniej lub więcej oddalonym od tegoż źródła. Określenie to, rozumie się, nie jest dokładnem, nie obejmuje bowiem wszystkich szczególnych wypadków, jest ono wszakże powszechnie przyjętem. Boyer proponuje, aby nazwę tę stosować jedynie do ropni, będących następstwem gruźlicy ciał kręgow, mając wszakże na uwadze, że bez względu na źródło tych ropni, dają one jednakowe objawy, mają jednakowy przebieg, jednakowe pociągają za sobą niebezpieczeństwo i jednakowych środków wymagają,—nie można w ten sposób pojęcia ropnia opadowego ścieśniać; wprawdzie najczęściej trafiają się tego rodzaju ropnie opadowe.

W jaki sposób toruje sobie dalszą drogę ropa przy ropniach pozaotrzewną i gdzie są jej zbiorniki?

Ropa opadając, najczęściej trzyma się pochwy mięśnia i towarzyszy mu do miejsca, gdzie jest najbardziej spadzisty, niekiedy znów dostaje się do pochwy naczyniowej, lub przebiega razem z nerwami, bywa i tak, że przedostaje się do kanału kostnego, np. do kanału kolumny kręgowej, albo do kanału włóknisto-kostnego, jaki tworzą np. powięzie mięśni.

Prócz odporności tkanek, przyczyną opadania ropy bywają i skurcze mięśni, które przepychają takową do miej-

sca, gdzie tkanka komórkowata pozwala jej poruszać się swobodniej.

Nareszcie i sam ciężar ropy jest tu bardzo ważnym czynnikiem. Hueter twierdzi, że ropnie kręgów grzbietowych zwykle przedostają się do śródpiersia tylnego (mediastinum posticum), gdzie łatwo wywołują zapalenie opłucnej, jednej lub drugiej jamy opłucnej, w przeciwnym razie jeżeli się nie otwierają do opłucnej, opuszcza się ropień po więzie podłużnym przednim (lig. longit. antic.) kręgosłupa i dają ropień pozaotrzewnowy, tak samo, jak to ma miejsce przy ropniu kręgów dolnych, chociaż zdarza się tu, że ropień kręgów górnych i środkowych toruje sobie drogę pomiędzy wyrostkami poprzecznymi do tyłu i uwydatnia się na zewnątrz z boku mięśni grzbietu, w okolicy kątów żebrowych.

Ropnie pozaotrzewnowe, formujące się przy typowym cierpieniu kręgów grzbietowych dolnych i lędźwiowych górnych, wyróżniają się typowym przebiegiem. Rzadko kiedy ropień wydostaje się pod przyczepem mięśnia lędźwio-udowego (m. psoas) w kierunku równoległym do wyrostków poprzecznych kręgów, ażeby dojść do początku przyczepu mięśnia lędźwiowego czworobocznego (m. quadratus lumborum). Przytem ropień albo występuje pod skórą u zewnętrznego brzegu tegoż mięśnia, albo kieruje się po wewnętrznej powierzchni, najczęściej po powierzchni mięśnia poprzecznego brzucha, który po części bierze początek od powięzi lędźwio-grzbietowej (fascia lumbo dorsalis). W ostatnim razie ropień toruje sobie drogę pomiędzy warstwami ściany brzusznej ku przodowi i występuje pod skórą w większej lub mniejszej odległości od pępka. Ta droga jednak bywa rzadką, gdyż większość ropni pozaotrzewną, które mają swój początek od kręgów grzbietowych dolnych i lędźwiowych górnych, jest związaną ściśle w swoim przebiegu z mięśniem lędźwio-udowym, dla czego ropnie te nosiły przedtem nazwę ropni mięśnia lędźwio-udowego (m. psoae). Podwójny rząd zębów, którymi się ten mięsień przyczepia do trzonów i wyrostków poprzecznych robi to, że niektóre ropnie skoro tylko przejdą granice tkanki kostnej, odrazu się znajdują w okolicy włókien mięsnych. Inne prawda w początkach są pod lig. longitud. anticum, który zajmuje miejsce pośrodkowe, lecz już u brzegu bocznego tego więzu dostają się do jednego lub obu mięśni lędźwio-udowych, w tym razie z pojedynczego źródła trzonu kręgowego two-

rzy się obustronny ropień pozaotrzewnowy mięśnia lędźwiowego, jak to miało miejsce w przypadku obserwowanym przezemnie (Nr. 2). Tylko co wzmiankowane ropnie idą za przebiegiem mięśnia biodrowego do więzu Poupart'a, lecz większość ich nie przechodzi poza ten wiąz do przyczepu mięśnia do krętarza małego (trochanter minor). Przeciwnie często ku górze od więzu Poupart'a ropień zrasta się ze ścianami brzucha i rozsunawszy takowe, wychodzi na powierzchnię skóry. To samo zdarza się, kiedy ropień spuszcza się z mięśnia lędźwiowego po pod mięsień biodrowy (m. iliacus) i trafia na ścianę brzuszną na zewnątrz od mięśnia lędźwiowego w okolicy kolca przedniego górnego (spina ilii anter. superior). Rzadko kiedy ażeby ropień po mięśniu biodrowym doszedł tylko do synchondrosis sacro-iliaca, a opuszcza się zwykle do miednicy małej, ztąd albo dochodzi do cavum ischio-rectale w pobliżu odbytnicy (anus), gdzie łatwo go zmieszać z ropniami, tworzącymi się w tej jamie, które dają początek przetokom odbytnicy (ani) albo wraz z plexus ischiadicus przez incisura ischiadica major, występuje w okolicy pośladków (regio glutea).

Ropa skoro się raz dostała po pod fascia iliaca toruje sobie drogę dalej na udo i opuszcza się nieraz aż do stawu kolanowego. Zachodzi pytanie, czy u kobiet przy ropniu pozaotrzewnowym ropa częściej zatrzymuje się w przestrzeni pozaotrzewnowej, nie przechodząc na udo i jaką rolę odgrywać tu mogą organa płciowe. O ile przeglądałem literaturę ropnia pozaotrzewną, trafia on się tak często u kobiet jak i mężczyzn, a jeżeli ropa zatrzymuje się częściej u kobiet w przestrzeni pozaotrzewnowej, to odgrywać tu może sama budowa anatomiczna kobiecej miednicy, która, przez większą pojemność, nie zmusza do opuszczania się ropy poza organa płciowe.

Ropnie pozaotrzewnowe, doszedłszy do pewnego stopnia rozwoju, tworzą mniej lub więcej obszerną kieszeń, która się łączy przez otwór różnej wielkości z dotkniętą cierpieniem kością. Z początku kieszeń ta, jest dosyć regularnej formy, później wszakże się wydłuża i zawiesza się na kości przy pomocy szypuły. Idący w niej kanał tworzy rozszerzenia i zwężenia i prowadzi do dna ogniska, które dochodzi niekiedy 20 lub 30 cent. długości, szczególnie w wypadkach, kiedy przy cierpieniu kręgów grzbietowych ropa nagromadza się w pachwinie. Torbiele powyższe tworzy bardzo de-

likatna tkanka komórkowata, składająca się z cienkiej i podobnej do pilśni błoniastej podściółki, na której od zewnątrz leżą powięzie mięśnia danego miejsca; wewnątrz przedstawia się powierzchnia miękką, pulchną, koloru żółtawo-białego, do której przylegają gruzelki zgęstniałej ropy lub gruzlicze massy. O ile wszakże ropień komunikował za życia z powietrzem przez jedną lub więcej przetok, wygląd wewnętrznej powierzchni jest inny; jest ona ciemno-czerwona, silnie ukrwioną, a tkanka komórkowata, która stanowi podściółkę, bywa szarawo-biała, stwardniała, jak to ma miejsce w bliskości długo trwających przetok. Zawartość tego rodzaju ropni stanowi raz ropa wodnista, ciągnąca się, zawierająca gruzelki białe, włókniste, to znów rodzaj gęstej białej-twarogowatej tuberkulicznej miazgi, to wreszcie, chociaż rzadko ropa bywa taką, jak przy zwykłych ropniach. W zawartości tej spotykają się czasem cząstki kości — albo w postaci sekwestrów, albo jako drobny piasek. Zawartość taką dostarcza z jednej strony (w początkach nawet wyłącznie) kość cierpiąca, a z drugiej strony i sama torbiel, która zdolną jest pochłaniać i wydzielać. Dowodem tego jest raptowne napełnianie się torbieli po jej opróżnieniu i stopniowe znikanie nagromadzonej ropy z jednej strony, a z drugiej strony ta okoliczność, że często przy bardzo ograniczonym cierpieniu kości, ma miejsce obszerny ropień. Torbiele te, jak wszystkie żywe błony, są organem, który może ulegać rozmaitym zmianom. Źródło, z którego pochodzi ropa, może ją dalej wytwarzać i to bywa najczęściej, albo też stopniowo wyczerpuje się ono. W pierwszym razie ropień się powiększa, a doszedłszy do pewnego punktu usiłuje otworzyć się na zewnątrz; w drugim razie z początku chwilowo ropień pozostaje bez zmiany, a następnie powoli zmniejsza swoją objętość. Przytem niekiedy zanika kanał prowadzący do torbieli, która w ten sposób oddzielona od pierwotnego ogniska, staje się zwykłym idiopatycznym ropniem zimnym. Czasem nawet i sama torbiel zamienia się na komórkowato-włóknisty sznurek, co miało miejsce w moim przypadku.

Objawy. Przed utworzeniem się ropnia pozaotrzewnowego, jak wogóle przed tworzeniem się ropnia opadowego, daje się często uczuwać ból, w oddalonem mniej lub więcej miejscu od punktu, gdzie się następnie ropień tworzy. Ból ten bywa dosyć dotkliwy, powiększa się przy ucisku i ru-

chach. Trwa to wiele miesięcy, poczem bóle zupełnie ustają lub też zmniejszają się znacznie. Niekiedy na miejscu, gdzie się ból dawał uczuwać, można zauważyć kostne wygórowanie (wypadek Nr. 2). W wielu razach żadnych przedwstępnych objawów niema. Ropnie takie mają wszystkie cechy ropni zimnych. Wygląd skóry i temperatura jej na guzowatości, wytworzonej przez ropień, są normalne. Guz sam jest miękki, wszędzie chębotanie od samego początku zupełnie wyraźne, lekki nacisk niekiedy powoduje znikanie guza (jak w przypadku 1-szym), ma to miejsce właśnie wtedy tylko, jeżeli ropień mieści się w jamie brzusznej. Przy pewnych wysiłkach, lub raptownej zmianie położenia, guz może się powiększać lub zmniejszać w skutek tego, że część zewnętrzna ropnia wypróżnia się do części głębokiej. Bywa to i wtedy, kiedy są dwa łączące się przez kanał worki i wtedy kładąc rękę to na jednym, to na drugim guzie można przelewać płyn z jednego do drugiego. Często ropnie takie, doszedłszy znacznych rozmiarów, np. posiadając zawartość jednego litra, pozostają w ciągu wielu miesięcy, a nawet lat w mierze, przyczem, zdają się nie mieć żadnego wpływu na ogólny stan chorego. Częściej wszakże ludzie dotknięci tą chorobą są słabi, trawienie ich upośledzone, pojawiają się od czasu do czasu gorączkowe przypadłości. Z czasem jednak skóra na guzie ulega zmianie, robi się gładką, napiętą i gorącą, czerwienieje i pęka, przyczem wylewa się znaczna ilość ropy. Otwór się powiększa i zamienia na wylot przetoki, z której wypływa codziennie pewna ilość wodnistej ropy, niekiedy z zapachem trupim. Póki ropień się nie otworzył, mało wpływa na ogólny stan zdrowia chorego, po pęknięciu proces zapalny obejmuje gwałtownie całą jamę ropną; skóra pokrywająca ropień staje się gorącą, bolesną, ropa jest cuchnącą i zawiera gazy. Jest to następstwem dostania się do jamy powietrza i rozpadu gnilnego. Pojawiają się zwykle dreszcze i znaczna gorączka, tętno twarde i częste, pragnienie znaczne, brak apetytu. Po kilku dniach objawy te stopniowo mogą zniknąć. Ropa mniej cuchnie i wydziela się nie tak obficie, chory się znacznie poprawia i zdawałoby się, że można liczyć na zupełne wyzdrowienie. Tymczasem otwór przetoki, to się zamyka, to otwiera na nowo, albo tworzy się nowy ropień i chorego po kilku tygodniowej przerwie spotyka się znowu z objawami zakażenia gnilnego. Gorączka staje się ciągłą, z na-

sileniami wieczornemi, trawienie się psuje, chory chudnie gwałtownie, pojawiają się obrzęki; biegunka i w charłactwie chory umiera. Śmierć następuje zwykle około 3 lub 4 miesiąca od chwili otworzenia się ropnia. U małej wszakże liczby chorych przetoki zagajają się w zupełności i chorzy ci przychodzą do zdrowia. Fakt taki podają David, Abernethy, Dupuytren, Bouvier i Denonvilliers. Bywa to szczególnie u dzieci.

Objawy zapalne ogniska mogą nie zawsze mieć miejsce, jak również mogą być następstwem sztucznego otworzenia ropnia. Bywa też i tak, że zakażenie gnilne jest bezpośrednim następstwem zapalnego processu. Niektórzy sądzą, że długość kanału przetokowego sprzyja dostaniu się powietrza do ropnia, zdaniem wszakże Nelatona okoliczność ta sprzyja raczej zatrzymywaniu się ropy i wzmacnia u chorego gorączkę.

Większość autorów przyczyn ciężkich objawów po otwarciu ropnia widzi w rozkładzie ropy i wessaniu takiej. Jedni czynią to zależnem od zetknięcia się ropy z powietrzem, inni od procesu zapalnego samego ogniska, Cloquet od zmniejszonego ciśnienia. To ostatnie wyjaśnienie nie da się stwierdzić faktycznie, gdyż po wyciągnięciu części ropy, przez wązki otwór, co powoduje bezpośrednio zmniejszenie ciśnienia, żadnych zmian w ropniu zazwyczaj się nie spotyka.

Wpływ atmosferycznego powietrza nie da się zaprzeczyć, bądź to wywołując zapalenie ścianek ogniska, bądź też działając wprost na ropę. Zdaniem Mialhe, Heu, powietrze działa na azotowe składniki ropy, tak jak na urynę, zamieniając je na węglan ammonu. Ropa jak mocz, zabezpieczona od zetknięcia się z powietrzem zmianie nie ulega. Teoryja ta wobec dzisiejszej parazytarnej zupełnie upadła.

Przy tego rodzaju ropniach tak olbrzymich rozmiarów, które tu podałem, mogła zachodzić pewna wątpliwość co do diagnozy, dla tego chcę zwrócić uwagę czytelnika, co powinniśmy brać pod uwagę, badając jamę brzuszną. Diagnoza różniczkowa mogła się wahać pomiędzy tłuszczakiem, torbielą jajnika wypełnioną płynem surowicznym, wodnistym lub krwawym, ropniem gruczołów, ropniem zimnym idioptycznym, ciążą.

1) W większości przypadków trudno wziąć jakiś jednolity guz w rodzaju raka lub tłuszczaka za taki ropień, cho-

ciaż podobne omyłki trafiały się nawet doświadczonym chirurgom.

2) Co do torbieli, to ruchomość i przesuwalność guza, drżenie przy opukiwaniu, badanie przez pochwę, wreszcie płyn otrzymany przy próbnem przekłuciu, pozwolą rozpoznać torbiel. Omyłka i ta wszakże może mieć miejsce, jeżeli torbiel uległa processowi zapalnemu i znajduje się w okolicy, gdzie ropnie opadowe bywają częstem zjawiskiem. To wszystko odnosi się i do torbieli krwawych. Tu wywiady i próbne przekłucie lepiej jeszcze mogą zapobiedz omyłce wtedy, kiedy torbiel taka spotka się w miejscu zwykłym dla ropni pozaotrzewnowych. Rzadziej powód do omyłek dają zbiorniki płynu wodnisto-krwawego, które są następstwem silnych obrażeń. Podobny wypadek miał miejsce w oddziale Peana, chory utrzymywał, że guz w okolicy pachwino-biodrowej utworzył się nagle i bez wiadomej przyczyny. Pean opierając się na istnieniu małej wybroczyny w bliskości guza, utrzymywał, że guz był następstwem jakiegoś dawnego obrażenia i że zawiera on płyn wodnisto-krwawy. Przekłucie stwierdziło to mniemanie, a chory przyznał, że przed kilku tygodniami uległ wypadkowi w stanie pijanym.

3) Ropnie gruczołów limfatycznych tak mało są podobne do ropni pozaotrzewnowych że tu pomylić się trudno. Tylko u dzieci zdaniem Bouvier'a trafiają się ropnie w okolicy nadobojczykowej, pochodzące z pierwszych kręgów grzbietowych, które możnaby wziąć za proces ropny gruczołów limfatycznych. Za wskazówkę tu służyć może samo miejsce ropnia, miękkość jego i brak sąsiedniego zapalenia.

4) Co do rozróżniania ropni pozaotrzewnowych od zimnych idiopatycznych, to tu wywiady są najbardziej pomocne, mianowicie:

Przed utworzeniem się ropnia opadowego miewa chory zwykle bóle w miejscu mniej lub więcej oddalonem od punktu, gdzie się ropień pojawił. Czasami bóle te trwają dłużej, lub też, jeśli zupełnie ustają, to opukiwanie miejsca, gdzie one były, wywołuje bolesne uczucie. Czasem wszakże niema żadnych bólów lub takowe są tak nieznaczne, że chory na nie zupełnie nie zwraca uwagi. Tak więc brak bólów nie pozwala na pewno twierdzić, że ropień jest zimnym, idiopatycznym, obecność zaś bólów każe przypuszczać zmiany w kościach. Bywają dosyć często zmiany w formie szkie-

letu, jakieś nieprawidłowe wygórowania kostne w miejscu mniej lub więcej oddalonym od ogniska ropnego. Objaw ten wszakże również nie jest statym, gdyż dobrze wiadomo, że dotknięte processem patologicznym kości, chociaż są źródłem zbiorników ropnych, mogą żadnym co do formy nie ulegać zmianom. Według F. Darçet ropa z flegmony nie zawiera więcej niż $\frac{1}{300}$ części ziemistych-wapiennych, wtedy kiedy ropa pochodząca z kości zawiera ich nie mniej jak $\frac{1}{100}$, a nawet $\frac{1}{76}$, tak że można przyjąć, iż ropa, która zawiera więcej niż $\frac{1}{200}$ części wapiennych, pochodzi z ropienia kości. Byłby to ważny nabytek dla rozpoznania ropni zimnych i opadowych, inni wszakże autorzy nie przyszli do takiego wyniku. Darçet radzi dopełniać rozbioru ropy w sposób następujący: dobywszy za pomocą przekłucia pewną ilość wątpliwej ropy, odważa się 10 grm., wysusza i przepala takową na platynowej lub porcelanowej miseczce. Osad wapienny waży się i określa stosunek ilości tegoż do ilości użytej ropy. Jeśli niema poprzedzających bólów lub wyraźnych zmian w szkielecie, należy mieć na uwadze:

- a) objętość ropnia, gdyż rzadko ropnie zimne idiopatyczne dochodzą takich rozmiarów, jak ropnie opadowe;
- b) możliwość lub niemożliwość zmniejszania się guza przy ucisku, kaszlu, zmianach położenia chorego;
- c) miejscowość ogniska ropnego, chociaż na podstawie tego ostatniego można stawiać jedynie prawdopodobną lecz nie pewną diagnozę.

Jeżeli ropień nie daje żadnego wygórowania i palpacja jest niemożliwą, wtedy wypukiwanie jest środkiem, który pozwala wykryć obecność zbiornika ropnego.

Jeżeli chodzi o rozpoznanie rodzaju cierpienia, kiedy się już ma przetoki, to wywiady mogą tu wiele wyjaśnić. Czasem wprowadziwszy zgłębnika w przetokę, przenika się do obnażonej, zmartwiałej lub spróchniałej kości, a nawet udaje się wydobyc kawałki takowej.

Leczenie ropni pozaotrzewnowych wymaga zawsze interwencji chirurgicznej, jakkolwiek niektórzy utrzymują, że ropnie pozaotrzewną, skoro ucichnie proces kostny, mogą ginąć same przez się, albo przez zwyrodnienie tłuszczowe samej ropy i wysysanie się jej albo ropa niekiedy ulega zwapnieniu. Wątpić należy, czy przy wielkich zbiornikach ropy, ma miejsce jedno lub drugie zwyrodnienie, jak również czy proces kostny może sam przez się dowolnie ucichać.

Są dwie drogi któremi się obecnie kierują: jedna konserwatywna, t. j. przekłucie ropnia, wyaspirowanie ropy z następczem zastrzykiwaniem płynów—emulsyja jodoformowa, balsam peruwiański i inne, druga -- szerokie otwarcie ropnia, dla tego, ażeby dotrzeć do samego źródła ropy—respective chorej kości. Hueter i wielu innych utrzymują, że tylko przez radykalną operacyję, mianowicie przecięcie ścian ropnia, wypuszczenie ropy, wydalenie obumarłych części kości, można otrzymać zadawalniający wynik i zabezpieczyć chorego od ponownego zbierania się ropy. Z tem zgadza się wielu innych, a z najnowszych prac jakie ogłoszono, przytoczę wyniki z kliniki profesora Bardelebena w szpitalu, Charité, które ogłosił Friedrich Nothnagel w swej rozprawie doktorskiej ¹⁾. Twierdzi on, że pierwszy Volkmann i Bardeleben, ku zdziwieniu wszystkich chirurgów, ogłosili cały szereg przypadków szerokiego otwierania ropni, przy nieco zmodyfikowanej metodzie antyseptycznej Listera. Pomimo dobrych rezultatów, Stromeyer nazwał otwarcie ropnia kary godną lekkomyślnością i twierdzi, że mylnem było mniemanie, jakoby kwas karbolowy mógł powstrzymać proces w kościach, pomimo zagojenia ropnia, recydywa zawsze następowała.

Dollinger robił cięcie, w razie potrzeby przeciwcięcie dosięgał pierwotnego siedliska cierpienia kości i usuwał zmartwiałe części.

Izrael podaje przypadek resekcyi połowy trzonu kręgu 12-go, przypadek który się skończył śmiercią, dla tego nie wyprowadza ogólnych wniosków, jak daleko możemy resekować kręgi, i przy głęboko zajętych częściach kręgów oddaje pierwszeństwo ostrej łyżce. Nothnagel podaje 9 przypadków operowanych w klinice Bardelebena, z których w 6-ciu odnaleziono źródło cierpienia w kości, w 3-ch nie znaleziono zupełnie. Z tych w 4 wyzdrowienie było zupełne, przy wszystkich było robione cięcie obszerne, wydalano ropę, oczyszczano zajętą kość, jeżeli do takowej dotrzeć było można i nakładano opatrunek aseptyczny. Otrzymywano dobre wyniki tylko tam, gdzie została usuniętą zajętą kość.

W ostatnich czasach zaczęli próbować leczenia ropni za pomocą jodoformu i okazało się, że metoda ta ma do pe-

1) Ueber Operative Behandlung der Senkungsabscesse. Inaugural Dissertation. Friedrich Nothnagel. Berlin.

wnego stopnia wyższość nad szerokimi przecięciami i skrobaniem lub wycinaniem ścian ropnia ²⁾. W numerze 11 Przegl. Lek. z r. 1887 kol. Sondermayer zdawał sprawę z leczenia ropni wstrzykiwaniami jodoformu na klinice Mikulicza. Sprawozdanie obejmuje okres 4 letni. Przez czas ten stosowano tę metodę w 21 przypadkach. Z tych ledwie 10 dało się pod względem przebiegu skontrolować: 2 pozostawiły po sobie przetokę, a 8 skończyło się zagojeniem. U 2-ch chorych trzeba było wstrzykiwać 3 razy, u 4-ch dwukrotne wstrzyknięcie wystarczyło, a 2-ch jednokrotne.

Bruns ³⁾ z Tübingen na zjeździe XVI Chirurgów w Berlinie zdawał sprawę z leczenia ropni zimnych za pomocą przekłucia i zastrzykiwań jodoformowych. Używał 30—50 grm jodoformu z taką ilością gliceryny i alkoholu w 50 przeszło wypadkach. Nie widział ani jednego przypadku otrucia. Zazwyczaj wystarczało mu 1 wstrzyknięcie, czasem kilka, co 3 lub 4 tygodnie powtarzanych. Zmniejszenie ropnia ma miejsce po 5—6 tygodniach, a zupełne wyleczenie po kilku nieraz miesiącach. Z 54 przypadków, 40 wyleczono. Ztąd wnosi, że metoda ta jest najlepszym dowodem przeciwgruźliczej wartości jodoformu. W 8-u przypadkach udało się Bruns'owi otrzymać preparaty z rozmaitych okresów gojenia i zbadać histologicznie pojedyncze zmiany aż do zupełnego zagojenia. Wyniki każą z prawdopodobieństwem wnosić, że jodoform jest w stanie niszczyć prątki gruźlicze, a gruzelki do rozpadu doprowadzić.

W Warszawie metodę Mikulicza stosował dr. Jasiński, w 86 przypadkach ropni zimnych i opadowych. Przy tych ostatnich, o ile się to dało, starał się opróżnić ropień wtedy dopiero, gdy tenże stał się ropniem rezydualnym, gdzie tedy można było przypuszczać, że pierwotne ognisko w kręgosłupie zagoiło się, lub od jamy ropnia oddzielone zostało. Wyniki miał następujące:

- 1) Pewna ilość ropni, leczonych wstrzykiwaniami zawierającymi jodoformowej, goi się po jednym zastrzyknięciu.
- 2) Dla wygojenia innych ropni potrzeba dwóch zastrzyknięć i więcej.
- 3) W wielu razach (11 przypadków) po jednym prze-

²⁾ Leczenie ropni zimnych i opadowych metodą Mikulicza przez dra Jasińskiego (odbitka z Gaz. Lek. Nr. 2 r. 1890).

³⁾ Wiener Medic. Presse. 1887. Nr. 22.

kłuciu i zastrzyknięciu, przez otwór, a raczej przez bliźnę, po trójgrańcu pozostałą, pęka ropień samowolnie, wylewa ze siebie odrazu, lub przez jaki tydzień, znaczną ilość ropy zmieszanej z jodoformem i w końcu, bez żadnej interwencji chirurgicznej, prócz codziennych płukań 1:1000 roztworem sublimatu, następuje zupełne wygojenie.

4) Miał szereg przypadków (19) takich, w których z powodu dużych strzępów, oddzielających się od ściany wewnętrznej ropnia i zatykających rurkę trójgrańca, wypompowanie ropy było niewykonalnem. W takich razach rozszerzał otwór za pomocą cięcia lub na tępo za pomocą kleszczyków hemostatycznych, jamę ropnia wypłukiwał 3% roztworem karbolu, nalewał emulsji jodoformowej i ranę zaszywał.

5) Kilka razy do takiej rany wstawiał sączek, bo szew się nie udał. W takim przypadku rany nie rozszerzał, tylko wlewania emulsji powtarzał częściej, co 4 dni.

Nakoniec nadmieniam, że wstrzykując czasami, naraz około 6-ciu uncyj dziesięcio-procentowej emulsji jodoformowej, nie widział ani razu przy stosowaniu tej metody objawów zatrucia. Co się tyczy innych środków stosowanych przy tego rodzaju ropniach, wspomnieć muszę o balsamie peruwiańskim, którego wyśmienite działanie wypróbował Schram, Sayre ⁴⁾, Landerer. U nas metodę tę stosował Jasiński ⁵⁾, a za jego przykładem kol. Jawdyński i Kijewski.

Przy ropniach opadowych stosował kol. Jasiński balsam peruwijański czysty lub nieco rozcieńczony wyskokiem, przytem wtedy, kiedy ropień był już otwarty. Z 11-tu przypadków, jakie opublikował, we wszystkich otrzymał zagojenia całkowite.

Wracając do obu przypadków ropni pozaotrzewnowych, które tu podałem, nadmienić muszę, że jak w jednym tak i w drugim początkowo probowano przekłucia, wyaspirowania ropy, z następczem zastrzyknięciem emulsji jodoformowej. O ile w przypadku moim był bardzo dobry wynik, o tyle w przypadku kol. Jasińskiego, nie dopro-

⁴⁾ L. Sayre. Vorlesungen über orthopädische Chirurgie. II. Auflage v. Dument. Wiessbaden. 1886.

⁵⁾ Balsam peruwijański w leczeniu gruźlicy miejscowej, przez dra Jasińskiego (odbitka z Gaz. Lek. Nr. 4 z d. 25. I. 1890 r.).

wadziło to do żadnych rezultatów, po dwukrotnem bowiem przekłuciu i zastrzyknięciu emulsyi jodoformowej, ropa zbierała się ponownie w dosyć znacznej ilości i w krótkich odstępach czasu, tak że musiano przystąpić do szerokich cięć ścian ropnia; na drodze operacyjnej chora skorzystała o tyle o ile przycichł sam process kostny. Czy przy ropniach takich z tak znaczną ilością płynu, nie należy zawsze probować li tylko pierwotnego przekłucia, pomijając w początkach radykalną operacyję. przeceniać dziś nie mogę, z tych dwóch bowiem przypadków nie mogę jeszcze wyciągać wniosków ogólnych, zresztą i chora moja nie pokazywała mi się więcej, nie wiem zatem na jak długo zabezpieczyłem ją od ponownego ropnia. Może był to jeden z tych szczęśliwych przypadków, gdzie jodoform wywarł swoje specyficzne przeciwgruźlicze działanie, nie tylko na same ścianki ropnia ale i na process kostny.

Szanownemu dr. Jasińskiemu, za przypadek jaki mi łaskawie udzielił raczył, oraz za niektóre wskazówki składam niniejszem podziękowanie.

LITERATURA.

- 1) Lehrbuch der speciellen Chirurgie von Franz Koenig. Band II. 1889 r.
- 2) Chirurgia ogólna i szczegółowa. T. III, prof. Bilbroth'a i prof. Koeniga.
- 3) Ueber operative Behandlung der Senkungabscesse Inaugural Dissertation. Berlin. der Verfasser Friedrich Nothnagel.
- 4) Dr. C. Hueter'a. Lehrbuch der speciellen Chirurgie. Band II. 1883 r.
- 5) Nelaton. Eléments de Pathologie Chirurgicale. Deuxième édition très augmentée.
- 6) Leczenie ropni zimnych i opadowych metodą Mikulicza. (Rzecz czytana na zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w Październiku 1889 r. przez dra Jasińskiego.
- 7) Balsam peruwijański w leczeniu gruźlicy miejscowej przez dra Jasińskiego. (Odbitka z Gaz. Lek. Nr. 4 z d. 25 I. 1890 r.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

379. A. REMOND. Albuminy trujące. *Arch. gen. de Méd.* 1890. IX *).

*) Powyższa praca streszcza wyniki najnowszych badań w kierunku t. zw. taksalbumin chętnie ją więc umieszczamy, chcąc dać czytelnikom obraz nowoczesnych dążeń w tym kierunku.

W r. 1872 jak wiadomo, Gautier i Selmi stwierdzili, iż ciała białkowe przy gnicju wytwarzają pewne związki chemiczne, podobne do alkaloidów. W 8 lat potem Pouchat i Gautier dowiedli, że i w ustroju zwierzęcym w ciągu życia tworzą się również ciała identyczne z alkaloidami—leukomainy. Tym więc sposobem mamy 2 rzędy ciał wytwarzanych przy gnicju i przy procesach życia: ptomainy i leukomainy.

Ptomainy są substancjami trującymi toż samo da się powiedzieć i o leukomainach, wiemy dokładnie jak one działają przy zatrzymaniu ich w ustroju. Obie te grupy ciał pochodzą z rozpadu białka i stoją z niem w bliskim sąsiedztwie chemicznem.

Badaniom ostatnich czasów odnośnie stosunku przyczyn powstawania ptomain — drobnoustrojów—do białka zawdzięczamy wiele faktów ciekawych.

Przedewszystkiem zwrócimy uwagę na stosunek albuminoidów tkanek żywych do mikrobow.

Pierwsze prace nad wpływem żyjącego białka na bakteryje zawdzięczamy Louis'owi i Cunningham'owi, którzy dowiedli z jaką szybkością drobnoustroje znikają ze krwi. Szkoda tylko, iż autorzy posługiwali się bakteryjami nie określonego typu. Traube i Gscheidlen dowiedli tegoż samego dla bakteryj gnilnych. Todor i Wyssokowicz szczególnie zaś ten ostatni ciekawe to zjawisko przypisywali zatrzymaniu bakteryj w naczyniach włoskowatych lub też w komórkach innych naczyń. Bouchard poparł tę teorię, ale już w 1884 r. Grohman dowiódł iż sama surowica krwi zabija bakteryje, w 3 lata później Todor toż samo stwierdził dla bakteryj wąglika, a Nuttal, Nissen i Buchner później stwierdzili te fakty dowodnie.

Krew królika przy ciepłocie ciała szybko zabija lasecznik durowy i choleryczny. Naturalnie działanie jest w prostym stosunku do liczby drobnoustrojów, ale ta własność krwi długo się zachowuje; krew po 20 dniach posiada jeszcze tę własność, dzieje się to jednak tylko w granicach od 0 do +55°, przy przekroczeniu tej ciepłoty własność ta znika.

Idąc dalej Büchner, Sittman i Orthenberg drogą ścisłych badań doszli do wniosku, iż działanie przeciwpasorzytnicze przypisać należy surowicy krwi, a nie innym jej częściom składowym, to molekula albuminy, to ta mieszanina proteidów-koleoidów i solikrytaloidów, ta łatwo rozkładająca się substancja posiada te ciekawe własności.

Widzimy z tego, że drogą doświadczalną możemy dowieść znaczenia stanu życia (l'état vital) pewnego ciała. Skoro podamy ową molekułę dializie lub rozcięczeniu niszczymy ów związek nieodzowny dla działania.

Z powyższych badań wynika, iż komórka zwierzęca wydziela albuminy trujące dla komórki bakteryjnej.

Nie na tem jednak kończą się własności surowicy krwi. Rummo i Bordonni dowiedli, że wprowadzając do ustroju kręgowca surowicę krwi innego kręgowca, zauważymy pewne zjawiska toksyczne, zależne od rodzaju i ilości wprowadzonej

surowicy (naturalnie aseptyka przy doświadczeniach tych autorów była surowo przestrzegana). Tak np. surowica barana, wprowadzona do krwi królikowi wywołuje bezwład, krew żas kury — drgawki, krew węża zabija królika w krótkim nader czasie. Mniej natężone są powyższe objawy jeżeli zamiast do krwi wprowadzimy surowicę do otrzewny, jeszcze mniej, jeżeli gatunki obu zwierząt są zbliżone. Nadmienić należy, iż dawki były niewielkie (0,04—20 c, sz. pro kilo) i że powyższe zjawiska nie zależą ani od ciał wyciągowych, ani od soli zawartych w surowicy. Objaśnić tych zjawisk również nie możemy teorią Köhlera o fermentie fibrinogennym, ani rozpadem ciałek krwi, ponieważ w danym wypadku nie widzimy tych przypadłości jakie Ponfick i Landois spostrzegali przy wprowadzeniu krwi całej lub odwłóknionej. może więc być tylko mowa o trujących własnościach samej drobninki białkowej żywej, dochodzimy więc do wniosku iż komórki jednego zwierzęcia wydzielają albuminy trujące dla zwierzęcia innego tegoż samego lub innego gatunku.

Zwracając się do bakteryj widzimy, iż i one wydzielają pewne toksyny.

Brieger i Fränkel dowiedli, iż lasecznik Loeffler'a wydziela substancyjną trującą zbliżoną do serum albuminy, a podobną ze składu procentowego bardziej do albuminy. Ciało to rozpuszcza się w wodzie, nie rozpuszcza w wysokoku, daje odczyn Millon'a i ksantoproteinowy, 2 mlgr wystarcza do zabicia królika. Objawy otrucia dają znać o sobie przez obumarcie miejsca, gdzie wstrzyknęliśmy to ciało, przez bezwład i ogólne zjawiska, zbliżone do tych, jakie Roux i Yersin otrzymywali po wstrzyknięciu toksalbuminy Mosso, ichtyotoksyny znalezionej przez tego ostatniego w surowicy krwi mureny (murenex).

Brieger i Fränkel, zajmwszy się dalszemi nad tą kwestyją badaniami, znaleźli również ciała zbliżone do albuminów w produktach życia drobnoustrojów tężcowego, tyfusowego, cholerycznego, staphylococcus aureus i t. p. Ciała te również działają trująco. Już dawniej Hanbury Hankin znalazł podobne ciała w kulturach węglika, a Christmas w kulturach staphylococcus aureus.

Brieger ciała te podzielił na 2 grupy, opierając się na rozpuszczalności ich w wodzie. Toxalbumina dyfterytyczna i wąglikowa należy do ciał rozpuszczalnych, toksalbuminy zaś tyfusu, cholery i staphylococci aurei mało lub wcale nie rozpuszczają się w wodzie i bardziej zbliżają się do globuliny.

Toksalbumina cholery wprowadzona do krwi królikowi zabija świnkę morską po 2—3 dniach, wywołuje silne zapalenie tkanki podskórnej, nie działa natomiast na królika, który jednak jest nader czuły na toksalbuminę drobnoustroju tyfusowego. Toksalbumina staphyl. aur. zabija po 24 nieraz godzinach królika i wywołuje nekrozę miejsca wstrzyknięcia.

Z tego widzimy, iż komórka drobnoustrojów wydziela albuminy trujące dla komórki zwierzęcej.

Czyżby jednak tylko bakteryje jedne z całego państwa

roślinnego miały tę własność? Bynajmniej i inne komórki roślinne czynią toż samo, niedawno przecież Kobert i Stillmark znaleźli w nasieniu rącznikowem substancję białkową o nader trujących własnościach w dawkach 0,03 mlgrm na kilo.

Nie tylko jednak albuminoidy, nie mówiąc o ptomainach i leukomainach, posiadają własności trujące, są inne ciała, których budowa chemiczna jest nam prawie nieznaną — diastazyfermenty, które posiadają podobne własności.

I tu spotykamy się z ciekawym faktem, że funkcyjne fizyologiczne są wspólne zarówno dla komórki zwierzęcej jak i dla bakterji. Wiemy przecież, iż ustrój zwierzęcy wydziela specjalne substancje blizkie do albuminy: pepsynę, trypsynę, ptyalinę i t. p. i że te ciała blizkie są do takich wytworów roślinnych jak papaina i t. p. Wytwory te jednak jestestw wyżej norganizowanych są nietrujące.

Tymczasem bakteryje wydzielają substancje, zdolne rozpuszczać białko, zamieniać mączkę na cukier, jak to widzimy z prac Cl. Perini (*Baccillus*, Koch'a, *Finclera Priora*, *pyocyanicus*, *ramosus*, *Millera*, *micrococcus prodigiosus*, *ascoforus* i w. in. wydzielają substancje działające jak dyastaza lub pepsyna): Trujących własności tych zaś Prior nie zbadał, badania jednak Roux i Yersin'a dowiodły, że w buljonie gdzie się rozwijal lasecznik Löffler'a jest również ferment działający trująco, więcej daleko niż toksalbuminy.

Do jakich wniosków na zasadzie powyższego dojść może bijolog? Stajemy wobec problematu. Dążności Schutzenbergera do zbadania budowy białka, ani inne badania nie dostarczyły nam zupełnie danych do poznania budowy białka. Wszelkie usiłowania rozbijają się o łatwy rozpad białka pod wpływem znanych nam odczynników, tak że wyniki rozbiorów są zawsze tylko przybliżone. Widzieliśmy z prac Büchner'a, że albumina jest trująca, ale własności te znikają przy najprstszych rękoczynach z temi ciałami. Widocznie więc drobinka znajduje się w ustroju w jakichś odmiennych warunkach, utrzymujących te własności. Dowodzi to jak dalecy jeszcze jesteśmy od znajomości bijologii komórki.

Widzimy, że każda komórka roślinna czy zwierzęca posiada pewne własności jej przynależne, które traci, jeżeli ośrodek jest nieodpowiedni. Albumina, wydzielana przez drobnoustroje, jest również trująca jak albumina z komórek najbardziej ukształconych ustrojów. Toż samo widzieliśmy z fermentami.

Życie jest jedno i skład chemiczny produktów komórki jest prawie identyczny lub podobny u szczytu i u podstaw drabiny ustrojów. To są wnioski z powyższych prac. A z praktycznego punktu widzenia prace powyższe dowodzą jeszcze, iż w działaniu ogólnem mikrobów chorobotwórczych znaczna część zależy od rozmaitych produktów jakie wytwarzają one w tym ośrodku, gdzie się rozwijają.

Dla czytelników, których kwestyja poruszona w artykule powyższym bliżej zainteresuje podajemy za autorem spis prac

z których dokładniejsze mogą o danej kwestyi znaleźć wskazówki.

- 1) Lewis i Cunningham. Eight. annal Report of the sanitary comissionor Calcutta 1872.
- 2) Traube i Gscheidlen. Schlesische Gesel. 13. luty 1874.
- 3) Todor. Arch. f. Hyg. T. 5. str. 129.
- 4) Wyssokowicz Zeitschr. f. Hyg. str. 1.
- 5) Grohman Ueber die Einwirkung des zellenfreien Blutplesa Dorpat 1884.
- 6) Todor. Deutch. med. Woch. 1887. Nr. 34.
- 7) Nutal. Zeit. f. Hyg. T. 4. 1388.
- 8) Nissen. Ibid. 1889. str. 487.
- 9) Büchner. Arch. f. Hyg. T. X. 1890.
- 10) Rummo i Bordoni Reforma med. 1889.
- 11) Brieger i Fränkel. Berlin Klin. Woch. Nr. 11 i 12. 1890.
- 12) Mosso. Arch. f. exp. Path. T. XXV.
- 13) Kobert i Stillmark. Arbeiten des Pharm. Instit. zu Dorpat III.
- 14) Perini Gior. della Acad. Tor. 1890. II.
- 15) Roux i Yersin Ann. de l'inst de Padwa 1888—1889.

Józef Zawadzki.

380, H. SCHOLL. **Poszukiwania nad toksynami cholery.** (*Berl. Kl. Woch. Nr. 41, 1890.*)

Cheąc się przekonać o trujących własnościach przycinków cholery, Scholl szczepił otrzymane od Hueppe'go egzemplarze, pochodzące z hodowli, zrobionej w Kalkucie, na jajku i trzymał je następnie przez 18 dni przy 36°C. Przecinki rozwinęły się w jajku bez dostępu powietrza. Po upływie tego czasu Scholl rozbijał jajka, bardzo mocno siarkowodorem cuchnące. Białko ich znajdowało się w stanie płynnym, żółtko zaś było czarne i więcej, niż zwykle, stałe,— 5 cem. tego białka, zaszczepione morskiej śwince do otrzewny. wywołały śmierć jej po 40-u minutach. Sekcyjja wykazała mocne nastrożenie naczyń w kiszkach i żołądka i bezbarwny wysięk w jamie otrzewny. Następnie autor zmieszał 150 cem. takiegoż białka z 1500 cem. alkoholu, otrzymany osad przemył alkoholem i zmieszał z 200 cem. wody przy 40°C przez 15 minut. Woda ta została odfiltrowana 8 cem. jej autor zastrzyknął morkiej śwince do jamy otrzewny. W 1,5 minuty potem zwierze skończyło. Sekcyjja wykazała nastrożenie naczyń kiszek i żołądka i krwawy wysięk do jamy otrzewny. Pozostały osad został znowu traktowany jak wyżej; 3 cem. na nowo otrzymanego w ten sposób płynu autor zastrzyknął ponownie morskiej śwince do otrzewny. Zwierze skończyło po 3 godzinach. Sekcyjja wykazała to samo, co w pierwszym razie.

Widzimy więc, jak wysoce trujące własności mają te wodne roztwory. Po gotowaniu ich w ciągu pół godziny w prądzie pary tracą one zupełnie własności trujące. Krótkotrwałe ogrzewanie ich do 75°C nie niszczy ich własności trujących.

Otrzymane przez autora roztwory nie dawały z chlorkiem

platyny ani rtęci soli kryształicznych. Nie były więc trujące ich części alkaloidami. Przeciwnie, dawały one reakcję biuretową; ksantoproteinową i osady z HgCl_2 , HgNO_3 , taniną i fosforanem molibdenu. Przezroczysty ich roztwór, dodany do wyskoku powoli opadał na dno jako osad. Były więc to peptony. Wyparowanie tych roztworów w celu otrzymania toksynów in substantia było niemożliwe, gdyż wtedy tracą one swoją jadowitość. Wypadają one zupełnie z roztworu po dodaniu go do podkwaszonej kwasem octowym mieszaniny eteru z wyskokiem. Otrzymany osad rozpuszcza się w wodzie dopiero po zneutralizowaniu jego kwasu zasadą. Osadziwszy go w ten sposób parę razy kilkakrotnem neutralizowaniem i zakwaszeniem roztworu, autor otrzymał wreszcie po ponownym dodaniu eteru osad, który, gdy się eter ulotnił na powietrzu, zamienił się w białą masę. Bardzo nieznaczną jej część autor rozpuszczał w wodzie i szczepił do jamy otrzewny. Po 5-u godzinach zwierzęta konały, tak jak wyżej—przy objawach skurczów i bezwładu. Sekeyja stwierdzała to samo co wyżej.

Tak więc otrzymane przez autora ciało jest trującą częścią hodowli przecinków cholery. Ciało to Scholl nazywa choleraeptontoksyną. Jest ono zupełnie odmienne od otrzymanego przez Briegera i Petri'ego połączenia, pochodzącego z hodowli, rozwijanych przy dostępie powietrza, gdyż to ostatnie nie rozkłada się przy t^o wrzenia i jest znacznie mniej trujące, niż toksyna autora, której działanie jest tak silne, że z materiału, otrzymanego z jednego jaja, można zabić 10 morskich świnek w ciągu 10-iu minut. Ztąd autor jest stanowczo tego zdania, że rozwijanie hodowli przecinków cholery bez dostępu powietrza znacznie podnosi ich jadowitość, resp. jadowitość produktów ich przemiany, które są właśnie związkami, wywołującymi cały obraz choroby.

W. Janowski.

381. Prof. M. BERNHARDT. **Ueber eine weniger bekante Neurose der Zunge und der Mundhöhle.** *Neurolog. Centralblat.* Nr 13. Juli. 1890.

Zestawiając kilka własnych spostrzeżeń z przypadkami opisanymi głównie we francuzkiej literaturze, autor zaznajamia nas z mało znaną nerwicą języka i jamy ustnej, napotykającą się według niektórych spostrzegaczy dość często. Chorzy uskarżają się na nieprzyjemne palenie i szczypanie. zjawiające się napadami, lub też niekiedy trwające stale, — przez co zostaje przerwany sen i utrudnioną mowa, — na końcu języka niekiedy na brzegach, głównie z lewej strony, czasami w korzeniu. Cierpienie rozprzestrzenia się dość często dalej — na błonę śluzową jamy ustnej, policzków, dziąseł, szczęki. Przytem niema zupełnie jakichkolwiek poważniejszych zmian anatomicznych na błonie śluzowej języka i jamy ustnej: nie widać żadnych zgrubień, narośli, owrzodzeń. Raz tylko zdarzyło się autorowi obserwować pofałdowanie błony śluzowej. Zresztą pacjenci nie przedstawiają innych zaburzeń patologicznych.

Cierpienie dotyka ludzi w wieku późniejszym — młodszych od 30 lat nie obserwowano — głównie kobiety. Etiologicznymi

momentami są złe zęby, a głównie usposobienie reumatyczne, podagryczne lub nerwowe. Według niektórych autorów opisywana choroba jest wyrazem mającego nastąpić lub powstającego ciężkich cierpień nerwowych — wiađu rdzeniowego lub paraliżu postępowego.

Od leczenia można mało oczekiwać. Autor stosował bezskutecznie hydroterapię, bromek potasu, smarowania kokainą, roztynem lapisu, przyżegania kauterem i t. p. Najlepsze rezultaty dawało leczenie prądem elektrycznym stałym lub przerywanym, stosowanym bezpośrednio na błonę śluzową. Wielkie znaczenie ma moralny wpływ lekarza i uspokojenie chorego, ponieważ chorzy ciągle podejrzewają istnienie raka, co im życie zatruwa. Rozwija się u nich według określenia autora — kankrofobia.

Odróżniać należy opisywane cierpienie, nazywane przez niektórych glossodynią, od innego zaburzenia jamy ustnej kserostomii: to ostatnie polega na nienormalnej suchości błony śluzowej ust, podniebienia, gardzieli i nosa. Przy glossodynii podobne anomalje sekrecyi również jak i zmiany czucia, smaku, ruchu, nie istnieją.

E. Biernacki.

382. TRASTOUR. Zaburzenia czynnościowe serca i związek ich z wzdęciem żołądka. (*La Sem. med. Nr. 69, 90 r.*)

W szeregu przyczyn, wywołujących zaburzenia czynnościowe narządu krążenia (nadużycie herbaty, kawy, tytoniu, zaparcie stolca, ucisk przepony, nerka ruchoma, guzy macicy z tyłopochyleniem jej połączone, przerost gruczołu przyprątne-go wraz z niezłym pęcherza moczowego), jedną z najczęściej spotykanych stanowi wzdęcie żołądka. Dane przedmiotowe tego stanu polegają na częstem lub wolnem tętnie, przypuszczającym lub nieprawidłowem, tętnieniu aorty brzusznej — bez możności skonstatowania szmeru zastawkowego i wogóle jakichkolwiek zmian w mięśniu sercowym lub wielkich naczyniach, przedewszystkiem zaś na wybitnym odgłosie bębniwym na t. zw. przestrzeni Traube'go. Przestrzeń ta o kształcie półksiężycy rozciąga się od 5-tej lub 6-tej chrząstki żebrowej lewej do przedniego końca 9-go lub 10-go lewego żebra, zajmuje na wysokości 9—11 ctm. i odpowiada górnej części żołądka; o ile stłumienie tej przestrzeni ma wielkie znaczenie praktyczne przy lewostronnych wysiękach w opłucnej, o tyle silnie wyrażony odgłos bębniwy przy jej opukiwaniu każe przypuszczać, że powodem zaburzeń w czynności serca jest ucisk mechaniczny ze strony przepełnionego gazami żołądka (dyspepsia phlatulenta); otrzymamy przy tem inne jeszcze objawy przedmiotowe: wzmożenie tonów serca skutkiem tego, że żołądek odgrywa tu rolę pudła rezonansowego, czasami przemijające szmery, przepełnienie dolnego odcinka okrężnicy, oraz skargi podmiotowe chorego: bicie serca, duszność, ból i uczucie sciskania pod sercem. Z tego co się rzekło wypływają i wskazania lecznicze: zmniejszenie ilości przyjmowanych przez chorego płynów, odpowiednia dyjeta, opróżnienie przewodu kiszkiowego. Przy rokowaniu jednak należy być bardzo oględnym i brać zawsze pod u-

wagę pewne objawy, mogące budzić podejrzenie, że istnieje nadto organiczne jakies cierpienie narządu krążenia; i tak: 1-o Bładość cery, szczególnie u starców, 2-o Nastrzyknięcie drobnych naczynek twarzy i sinica warg i kończyn, 3-o Wydawność, twardość i wężykowate wygięcie tętnic skroniowych — wszystko to może naprowadzać myśl o miażdżycy naczyń, stłuszczeniu serca; dalej 4-o Niezwykła dźwięczność tonów serca, szczególnie drugiego tonu aorty, każe myśleć o poczynającym się rozszerzeniu tętnicy głównej; wreszcie 5-o Sieć naczyń włoskowatych z obu stron u podstawy klatki piersiowej, będąca wyrazem połączenia anastomatycznych żył podprzeponowych z żyłami sutkowymi, dowodzi jakiegoś utrudnienia w krążeniu płucnem. Objawy te mają wprawdzie znaczenie drugorzędne. zawsze jednak pogorszają to rokowanie pomyślnie, jakie mogliśmy stawiać na zasadzie istnienia wzdęcia żołądka przy zaburzeniach czynnościowych serca. *St. Rembieliński.*

383. R. LEPINE. **Leczenie chronicznego zapalenia nerek.** (*Traitement de la maladie de Bright chronique*). Berl. Kl. Woch. Nr. 32. 1890.

Na ostatnim kongresie w Berlinie Lépine miał odczyt, w którym zwraca uwagę, że wielu chorych na nerki ginie przedwcześnie, t. j. wtedy, kiedy zmiany w ich nerkach są tak stosunkowo małe, że życie przy nich jest zupełnie możliwe. A jednak śmierć następuje w takich razach przy objawach mocznicy. Co prawda, zależy to w pewnej części od tego, że choroba przebiega czasami skrycie i dopiero objawy mocznicy zmuszają chorego do zwrócenia się do lekarza o pomoc. W innych razach lekarz, mając do czynienia z zaburzeniami czynności serca pochodzenia czysto nerkowego, nie zwraca czasami należytej uwagi na białkomocz, poczytując go za wtórny.

Widzimy więc, że część trudności leczenia chronicznego zapalenia nerek zależy od niedokładnego rozpoznania. Jeżeli to ostatnie jest dobre, trudność polega na umiejętnem odżywianiu chorego przy możliwie zmniejszonej pracy elementów nabłonkowych nerki i na wywołaniu diurezy bez podrażnienia nerki. Od tego zależy zapobieganie mocznicy, które powinno być ciągłym zadaniem lekarza.

W tym celu potrzeba dawać chorym jak najmniej związków białkowych, tymbardziej, że badania Hirschfelda, Kumagawy i Klemperer'a pokazały, że dla utrzymania równowagi azotowej niepotrzeba spożywać koniecznie 80-u grm białka na dobę. Mięsa więc trzeba dawać jak najmniej, dzicz nie powinna być wcale używaną, gdyż związki białkowe znajdują się w niej, dzięki wietrzeniu, w stanie częściowego rozpadu. Ponieważ zaś u chorych na nerki trawienie jest też zwykle upośledzonym więc wywiązują się w kanale pokarmowym niektóre toksyny, które, nie mogą być oddalone przez niezdrowe nerki, wywołują bardzo łatwo objawy zatrucia. Dla tego też trzeba pilnie śledzić za trawieniem u chorych na nerki i stosownie do tego zmieniać pożywienie.

Najlepiej jest kazać chorym na nerki pić dużo mleka,

gdyż jego białko i całkowity azot zostają przetrawione; zawiera ono dużo tłuszczu; żadne ze znajdujących się w nim ciał nerek nie drażni; wreszcie działa ono moczopędnie. Do mleka można dodawać sporo jarzyn, gdyż jest w nich dużo węglowodów. Jajka, szczególnie białka od jajek, nie powinny być chorym podawane, gdyż zwiększają białkomocz. Ryby morskie powinny być dla tych samych powodów usunięte, tem bardziej, że mięso ich łatwo się rozkłada. Jako środek moczopędny, Lépine daje chorym digitalinę w dawkach 0,001—0,002 grm co 2—3 dni, aby w ten sposób uniknąć kumulacji. Dobrze działa kofeina w dawkach 1 grm. Teobromina (3 grm) działa gorzej. Strophantus, Scylla, a szczególnie Kalomel są przeciwwskazane. Upuszczenie krwi robi w tych razach dobrze. Kąpieli parowej autor się boi. Natomiast zaleca on chorym długie pozostawanie w ciepłym łóżku.

W. Janowski.

II. Choroby nerwowe.

384. Dr. PELTESOHN. Ueber Apsithyria. (*Berl. Kl. Woch. Nr. 30, 1890*).

Mianem „Apsithyria“ oznaczamy jedno z rzadszych zjawisk macinnictwa, polegające na zaburzeniu w artykulacji dźwięków. Opis i przebieg tej choroby podaje autor w sposób następujący.

Cierpienie to, zdarzające się u obu płci niezależnie od wieku, zazwyczaj występuje z nagłą wskutek przerażenia, gniewu, chorobliwego śmiechu, lub też przyłącza się do istniejącego już bezgłosu. Wargi, język i podniebienie odmawiają posłuszeństwa o tyle, o ile są narządem artykulacji dźwięków, przez co chory lub chora traci całkowicie możność nie tylko mówienia, ale nawet wydawania nieartykulowanego krzyku i płaczu, właściwych osobnikom pozbawionym tylko mowy (aphasia). Indywidua takie, świadome swej niemocy, chwycą natychmiast ołówki i papier celem porozumienia się z otoczeniem. Mięśnie głosowe przytem wcale nie ulegają porażeniu, lecz tracą tylko zdolność wykonania skojarzonych ruchów, przeznaczonych do spełnienia aktu mowy.

Lekceważono dotychczas objaw wielce charakterystyczny, a mający zdaniem autora - wysoce ważne znaczenie dla ciemnej etiologii omawianego cierpienia, a mianowicie: wielu chorych skarży się na dolegliwości w krtani (Charcot), lub języku (Bock). Chorzy tej kategorii wykonywają bezcelowe ruchy w celu mówienia bądź wskutek doznawanego uczucia zaduszenia (strangulatio), bądź też wskutek zeszywnienia języka, nie będącego zresztą przeszkodą do aktu zucia i łykania.

U innych znowu przy każdym wysiłku do mowy występuje kurcz mięśni głosowych. Nawiasowo wspomnę o ciekawem spostrzeżeniu Pauthel'a; któremu się udało przez ucisk mięśni przykurczonych usunąć kontrakturę i spowodować powrót mowy, która z chwilą przerwania kompresyi napowrót znikła.

Co się tyczy objawów obiektywnych dla rzeczzonego cierpienia patognomicznych, laryngoskop żadnych do dzisiaj nie ustalił, nie u wszystkich bowiem jeden i ten sam obraz otrzymujemy: u jednych znajdujemy lekkie zaczerwienienie więzów głosowych (Bock, B. Baginsky), u innych zupełne lub częściowe ich porażenie (Solis Cohen). Fakt godny odnotowania, podaje Révillod, który w jednym ze swoich przypadków znalazł paręzę m. cricothyroidei wraz z anestezją isthm. faucium i epiglottidis.

O przebiegu i czasie trwania w mowie będącego cierpienia również nic stanowczego powiedzieć nie możemy. Znika ono nieraz nagle, lecz w przeważającej liczbie przypadków zwrot ku normie postępuje stopniowo, co zdaniem autora — przemawia za centralnem pochodzeniem omawianego cierpienia.

Rozpoznanie apsytirii i odróżnienie jej od wrodzonej niemoty i afazji w obec przedstawionego obrazu choroby żadnych trudności nieprzedstawia.

Oдноśnie siedliska rzeczzonej choroby istnieją hipotezy, z pomiędzy których zasługuje na wyróżnienie hipoteza Mendel'a. Ostatni przypuszcza, że choroba ta powstaje wskutek zaburzeń czynnościowych w ośrodkach podkorowych i w przewodnictwie.

Przy leczeniu apsytirii usiłowania nasze przeważnie skierowane być winny na chorobę podstawową. Z tego założenia wychodząc, dążyć musimy ku poprawieniu całej konstytucji chorego. Skoro zaś zauważymy paręzę mięśni krtani, z przyczyny długiej ich bezczynności powstałą, bezzwłocznie wypadnie nam uciekać się do elektryczności i masażu. Nie małe usługi widział autor również od metodycznego ćwiczenia chorych w produkowaniu oddzielnych dźwięków, hypnozie zaś, zalecanej przez Charcot'a, a przez Dutil'a wychwalanej, odmawia wszelkiej skuteczności leczniczej.

L. Wilk.

385. Dr. Cl. NEISSER. **O trzymaniu w łóżku chorych umysłowo.** (*Die Betibehandlung der Irren*). *Berl. Klin. Woch. Nr. 38. 1890.* Rzecz czytana w sekcji chorób nerwowych na ostatnim kongresie w Berlinie.

Już 30 lat temu znakomity psychiatra Ludwik Meyer zwrócił uwagę na to, że w wielu przypadkach psychozy dobrze robi pozostawianie przez czas dłuższy w łóżku. Jednakże dotychczas mało zwrócono uwagi na ten, według autora, ważny sposób postępowania. Według autora, powinno się trzymać w łóżku wszystkich tych, którzy ulegli obłędowi z powodu jakichkolwiek chorób wycieńczających ogólnych, wszystkich maniaków, wszystkich paralityków — odleżyny tworzą się u nich, według autora nie tak często, jak to mówi Meynert — a wreszcie wszystkich cierpiących na paranoiam. Tych ostatnich autor stara się kłaść do łóżka chociaż na 8 dni pomimo najlepszego stanu ich zdrowia. Trzymanie chorych w łóżku jest utrudnionem tylko w zakładach prywatnych, gdzie usługa kieruje się czasami względami szacunku do wybitniejszych z pomiędzy chorych.

Nie mówiąc już o innych dogodnościach tego postępowania nadmieniam autor mamy przedewszystkiem znaczne zmniejszenie stopnia gwałtowności napadów wszystkich chorych. Nadto unikamy w ten sposób jednego z najgorszych środków, jakimi psychiatria rozporządza, mianowicie odosobnienia chorych. Autor powiada, że, trzymając się swojej metody, doszedł do tego, że w ciągu ostatnich 176-u dni zeszłego roku ani razu nie musiał odosobnić ani mężczyzny, ani kobiety, chociaż nie używał środków ani nasennych ani nie zadawał gwałtu chorym. W tych tylko przypadkach zmuszony był autor uciekać się do odosobnienia w tym roku, w których dostarczeni skądinąd chorzy już uprzednio jemu podlegali.

Urządzenie pokoju, w którym leżą chorzy, powinno jak najwięcej przypominać pokój mieszkalny. Łóżko powinno być czyste, w oknach powinny być firanki. Trzy pokoje po 7 łóżek łączą się w oddziale autora z sobą, i to jest, według niego, bardzo dogodnem. Wszystkie te pokoje wychodzą na korytarz, w którym znowu spotykają się chorzy z urządzeniem pokoju stołowego. Na trzy te pokoje autor uważa za niezbędne mieć dwóch służących, którzy nie powinni się odłączać.

Bardzo pomocną jest, obok trzymania chorych w łóżku, hydroterapija. Urządzenie powinno być takie, aby kąpanie chorych było możliwym nawet w nocy.

Zarówno trzymanie w łóżku, jak i kąpiel należy stosować do tych chorych, którzy wszystko drą, i których uważają w szpitalach za niezwytyczonych. Według autora, w przypadkach świeżych manija ta ustępuje po kilku tygodniach, jeżeli zmieniać chorym bieliznę lub koldrę: ilekroć zrobią na niej najmniejsze naderwania, i prowadzić ich za każdym razem po tym występkę do kąpieli.

Trzymanie chorych umysłowo w łóżku nie tylko zmniejsza stopień pobudliwości chorych, ale nadto jest w stanie zupełnie przerwać rozwój choroby, jeżeli zastosować je w początku napadu. Zachodzi tylko pytanie, jak długo trzymać chorych w łóżku. Zależy to w każdym przypadku od indywidualności chorego, ale w ogóle można się trzymać zasady, by nie wypuszczać chorych z łóżka, dopóki nie znikną wszystkie objawy choroby. Można się tu kierować probierzem Fürstner'a — trzymać chorych w łóżku aż do zupełnego ustalenia się ich wagi. Wreszcie idąc w ślady Meynert'a autor sądzi, że przy zaczynającej się, a właściwie zagrażającej psychozie należy trzymać chorych najmniej 10 tygodni w łóżku.

W. Janowski.

386. Doc. Dr H. OPPENHEIM. *Zur Pathologie der Grosshirngeschwülste.* *Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.* Bd. XXI 1889. Bd. XXII 1890. H. 1.

W obszernej pracy autor przedstawia nam 23 przypadki guzów w mózgu, obserwowanych osobiście na klinice Westphala, i kresli symptomatologię tego cierpienia. Głównym i podstawowym objawem rozpoznawania guza mózgu są zmiany na dnie oka — brodawka zastoinowa i neuritis optica. Au-

tor odróżnia te dwa cierpienia; zwykle neuritis optica poprzedza brodawkę zastoinową. Typową brodawkę autor obserwował 14 razy, neuritis optica jedno — lub obustronne 5 razy — czyli że w 82% przypadków znalazły się objawy na dnie oka, pomocne do rozpoznawania. Mimo to autor ostrzega przed zbyt niemiernym zaufaniem do wartości patognomonicznej objawów ocznych. Przy cierpieniach nerkowych rozwija się niekiedy papillitis albuminurica, nie odróżniająca się niczem od brodawki zastoinowej przy guzach mózgu: jeśli więc chory taki przybywa do szpitala z objawami mózgowymi przy uremii, a badanie uryny nie wykazuje obecności białka, to łatwą nader jest pomyłka w rozpoznaniu. Autor popełnił ją kilkakrotnie, Zatrucie ołowiem (encephalopathia saturnina) bez istnienia cierpienia nerek daje także zmiany zastoinowe na dnie oka; podobna rzecz się ma w zatruciu alkoholem, mianowicie w formie poliencephalitis acuta superior, idącej z porażeniem nerwów mózgowych i neuritis optica. Możliwym jest również istnienie neuritis optica w formie dziecięcej zapalenia mózgu; Strümpell wskazuje także, że jest forma encephalitis u dorosłych ze zmianami na dnie oka, Nareszcie autor wspólnie z Uthhoff'em obserwował zastoinową brodawkę w dwóch przypadkach silnej rozedmy płuc.

Inne objawy nie mają tak wielkiego znaczenia jak zaburzenia na dnie oka. Z nich przedewszystkiem uderza silna senność u chorych: niektórzy śpią dnie całe bez przerwy. Objaw ten najczęściej zjawia się w późniejszych okresach, pod koniec choroby. Często cierpienie rozpoczyna się zbroczeniem umysłowym. Reszty objawów jak bóle głowy, zwolnienie pulsu, konwulsyje i t. d. jako ogólnie znane, autor nie rozbiiera.

Co się tycze objawów, pozwalających rozpoznać siedlisko guza, to autor nie znajduje szczególnych nowych faktów. Afazya i zaburzenia ruchowe zjawiają się nie tylko przy porażeniu odpowiednich ośrodków. Afazyę autor obserwował nie tylko przy siedlisku nowotworu w gyrus Broca: wprawdzie przy istnieniu guza w pobliskim miejscu częstokroć można było skonstatować lub przypuścić ucisk tego ośrodka. W jednym przypadku afazya zjawiała się przy umiejscowieniu guza w prawej półkuli, mimo to, że chory nie był mańkutom, Ostatniego rodzaju przypadek, potwierdzający lokalizację ośrodka mowy w prawej półkuli u mańkuta, przytacza także autor. W kończynach mogą powstawać porażenia i mimowolne ruchy. Te ostatnie zjawiają się nie tylko przy umiejscowieniu guza na powierzchni mózgu w okolicy ruchowej. Ruchy mimowolne trwają stale, albo napadami: ograniczone bywają do oddzielnych członków, połowy całej nawet oddzielnych grup mięśniowych. W niektórych przypadkach kończyny przyjmowały określone położenie mimowolne, które ustępowało po pewnym przeciągu czasu. Ruchy mimowolne czasem przybierają charakter drżenia. Autor kładzie nacisk, że wszystkie takie ruchy nie mają znaczenia dla lokalizacyi. Jedynie typowe napady e-

pilepsy Jackson'a przy objawach guza dowodzą siedliska cierpienia w okolicy ruchowej.

Jastrowitz zwrócił uwagę, że przy cierpieniach zwoju czołowego rozwija się u chorych rozstrój, polegający na osłabieniu umysłowem z oryginalnem wesołem podnieceniem—tak zwanem Moria. Oppenheim stwierdził to spostrzeżenie w całym szeregu swych przypadków, gdzie guz był umiejscowiony w okolicy czołowej. Chorzy mieli swoisty humor, nie odpowiadający zupełnie ich ciężkiej chorobie, polegającej na chęci dowcipkowania, sarkatycznych zwrotach mowy i t. p. Zwraca więc autor uwagę na potrzebę studyjowania tych objawów, które mogą się stać cenną lokalizacyjną wskazówką.

W większości przypadków widział Oppenheim, że przy perkussyi czaszki znajdowały się bolesne ograniczone miejsca, które mniej więcej odpowiadały umiejscowieniu guza. Zresztą często powierzchownie leżące guzy nie zdradzały się bolesnością kości przy ostukiwaniu a natomiast nieraz guzy głęboko położone dawały ten objaw. Z obserwacyi autora wynika, że w tym miejscu, gdzie kość jest bolesną jest ona często w stanie zaniku, ścięczenia, osteoporozy.

Analiza przypadków nie robi z autora gorącego zwolennika terapii operacyjnej przy terażniejszym stanie wiedzy o umiejscowieniach mózgowych. Jedna tylko typowa padaczka Jackson'a pozwala na zabieg chirurgiczny: i w tych rzadach mogą być pomyłki, ponieważ objawy jej powstają nieraz przy różnorodnych stanach nerwowych w organizmie. Z drugiej strony warunki, które postawił Bergmann dla skutecznej chirurgii mózgu (np. mała objętość nowotworu, ściśle ograniczenie go, brak rozpadu) istnieją rzadko, i trudno jest przytem o nich wiedzieć przed otwarciem czaszki. Rzeczywiście, jak to wykazuje spis przypadków operowanych, rezultaty chirurgicznego operowania guzów mózgu do tego czasu są nader smutne: można zanotować zaledwie 3—4 zupełne wyzdrowienia.

E. Biernacki.

387. Dr. GILLES de la TOURETTE. **Zawieszanie przy tabes Dorsalis, paralysis agitans i ischias chronica.** Z kliniki chorób nerwowych Charcot'a. (*Le progres Médicale 1890*).

Autor na zasadzie obserwacyj za czas od 20 marca 1889 roku do czerwca roku 1890 nad leczeniem wspomnianych chorób przy pomocy zawieszania komunikuje że:

I. W grupie chorób chronicznych nerwu kulszowego zauważyć się dały pewne skutki dodatnie.

II. W grupie paralysis agitans, szczególnie podczas środkowego okresu choroby, wszyscy chorzy czuli ulgę. Ostatnia wyrażała się w poprawie stanu ogólnego i snu, a także osłabieniu objawów rigidatis dolorosae.

Autor przez rok obserwuje chorych leczonych tylko przez zawieszania, którzy uczuli znaczne polepszenie; należy jednak rozpocząć leczenie, nie czekając pełnego rozwoju choroby.

III. W grupie ataxiae locomotricae, do której należało 500 chorych (przeważała liczba mężczyzn) można notować sta-

tystykę następującą: ze 100 ataktyków, znajdujących się w średnim okresie choroby po 30 do 40 seansach: 1) od 20 do 25 czuło ogólną poprawę w objawach chorobowych, przyczem polepszenie tyczyło bólów, ruchów, zaburzeń w narządach moczopłciowych; zaburzenia wzrokowe i objaw Westphal'a pozostały bez zmiany; 2) od 30 do 35 chorych czuło w różnym stopniu ulgę w jednym lub kilku objawach, ale nie w ich kompleksie; 3) od 35 do 40% nie miało żadnego polepszenia, lub też prędko przemijające.

Z powyższych kategorii tabetyków wyniki osiągnięte u dwu pierwszych okazały się, podług obserwacji przez 1½ roku trwałymi, o ile zawieszania nie zaprzestano. Za wyjątkiem kilku wypadków omdlenia krótkotrwałego i dwu wypadków czasowego paraliżu radialis z powodu ucisku—autor nie widział ani razu komplikacji, chociaż ogólna liczba zawieszzeń stosowanych w Salpetierr wynosi 10,000 przeszło.

Co się tyczy zawrotów głowy i omdleń—zjawiają się one szczególnie u osobników młodych, białych, małokrwiśtych, którym zawieszanie sprawia w ogóle niepokój. U tych należy bardzo stopniowo zwiększać czas trwania seansu, zabawiając ich podczas tegoż rozmową, w którą wpleść należy wiadomość o tem, że chorego bądź podniosą bądź ostrożnie opuszczają.

Tym sposobem, namówiwszy bojaźliwych chorych na minutę zawieszania, można ich przetrzymać dłużej (do 3-ch minut). Zamiast zwykłego przyrządu Sayer'a należy używać przyrządu zmienionego przez Moczutkowskiego.

Jeżeli 20 do 30 seansów nie przyniesie wyraźnej poprawy, należy zawieszanie przerwać na 1½ do 2 miesięcy (nie mniej) i można mieć jeszcze nadzieję na pomyślne wyniki.

Ster.

388. Dr. G. ROSENBAUM. **Doświadczenia nad zawieszaniem przy władzie rdzeniowym.** (*Über Erfahrungen bei der Suspensionsbehandlung der Tabes*). *Deut. Med. Woch.* 36, 37.

Ogłoszona w r. 1883 przez Moczutkowskiego metoda leczenia władu przyjęta z początku w Niemczech bardzo sceptycznie, zyskuje sobie coraz większe koło zwolenników. Dobre wyniki, jakie otrzymali Eulenburg, Bernhardt, Raoult, Daun i wielu innych zachęciły autora do wypróbowania tego środka leczniczego. W ten sposób leczył autor 76 tabetyków, którym zastosował w ogóle 2309 zawieszzeń; z liczby tej jednak wyłącza 15 przypadków (234 zawieszzeń) ponieważ liczba zawieszzeń u pojedynczych osób była za małą, aby z niej można było wyprowadzać jakiegokolwiek wnioski. Pozostaje tedy 65 przypadków (i 2075 zawieszzeń), z których w 25 nastąpiło wyraźne polepszenie. Z liczby tej w 5 przypadkach polepszenie było szczególnie widoczne i trwało z małemi bardzo wachaniami; oprócz owych 25 — w 9 przypadkach wyniki były nieco wątpliwsze.

Tabetycy, leczeni przez R, tylko wyjątkowo znajdowali się w pierwszym okresie władu, przeważnie zaś byli to ataktycy lub z objawami bezwładu; rozpoznanie więc nie mogło być błędne. Zawieszanie okazywało dodatni wpływ przedewszyst-

kiem na ogólny stan chorych, sen się poprawił (jakkolwiek nie u wszystkich w jednakowym stopniu), apetyt również—ciężar ciała się powiększył. Wprawdzie niektórych pacjentów zawieszanie znacznie męczyło, tak dalece, że występowała senność. Zmniejszenie bólów nie zawsze szło w parze z poprawą snu: bóle bowiem nie ustępowały wcale, lecz znacznie łagodniały i stawały się rzadszemi. Najstałej zmniejszał się objaw Romberg'a i ataksja tak dalece, że pacjenci, którzy dawniej chodzili na kulach lub byli prowadzeni mogli sami bez pomocy nawet dalsze przestrzenie przebywać. Objawy ze strony pęcherza również polepszały się, jakkolwiek polepszenie nie było stałe; mniej stosunkowo polepszały się objawy ze strony recti; w 4 przypadkach nastąpiło znaczne polepszenie zdolności płciowej. To samo stosuje się do bólów żołądka i wymiotów. W niektórych przypadkach R. mógł skonstatować polepszenie czucia. Parestezye klatki piersiowej, rąk i nóg, uczucie głuchoty i czmerania nawet w pomysłnych pod innymi względami przypadkach trwały nader uporczywie. Nie przypisuje również autor wielkiej wagi do subiektywnego uczucia co do polepszenia ze strony narządu wzrokowego. Na odruch kolanowy zawieszanie nie wywiera żadnego wpływu.

Co do stron ujemnych zawieszania, to jakkolwiek inni badacze przytaczają przypadki śmierci bezpośrednio po zawieszaniu. R. przypisuje je raczej złemu zastosowaniu metody nie samej metodzie, najczęściej bowiem owe niefortunne przypadki zdarzały się tam, gdzie chorzy zawieszani byli bez kontroli lekarskiej. Zdarzały się również (Charcot—Raoult) obrzęki kończyn dolnych, przyczyną była tu jednak miażdżyca serca, 2 przypadki bólów krtani (Larynxkrisen), 2 przypadki syncope, objawy paretyczne, bezwład nerwu łokciowego oraz zakomunikowane przez Déjerine'a pęknięcie małej tętniczki w okolicy pachowej. Wszystkie te komplikacje przemawiają przeciwko metodzie; wynika z nich, że tam, gdzie jednocześnie z wiałem mamy do czynienia z cierpieniem naczyń, serca lub płuc, albo gdy chory zbyt dużo waży,—zawieszania zaprzestać należy, gdzie zaś tych przeciwwskazań niema. R. radzi próbować metody, jakkolwiek dodaje, że jeżeli po 20—30 zawieszeniach nie nastąpi pewna poprawa, to od dalszych zawieszania niema się czego spodziewać.

W jaki sposób sprowadza zawieszanie polepszenie—dotąd nie pewnego nie wiemy; istnieją dotąd tylko domysły. Althaus na zasadzie otrzymanych przez się lepszych wyników w późniejszych okresach wiału sądzi, że istnieją tu prawdopodobnie pewne zmiany w oponach rdzeniowych jako też blizny w tylnych pęczkach rdzenia, wydłużenie zaś stosu kręgowego, a prawdopodobnie i rdzenia i wywołuje wessanie się (Lösung) zrostów i wydłużenie blizn, jakoteż podnosi krążenie. Z tego względu Althaus utrzymuje, że stosowanie zawieszania w świeżych przypadkach wiału jest do pewnego stopnia przeciwwskazane, gdyż może pogorszyć cierpienie, na co się Rosenbaum na zasadzie własnych spostrzeżeń stanowczo nie zgadza.

Haushalter, Adam z Nancy sądzą, że zawieszanie działa jedynie drogą sugestyi, trudno jednak przypuścić, aby tak znaczne polepszenia następowały li tylko dzięki sugestyi. Zresztą inne środki np. elektryczność również nie są wolne od sugestyi—tymczasem nie dają takich dobrych wyników.

W innych cierpieniach nerwowych np. zapaleniu rdzenia skuteczność zawieszania jest daleko mniejsza.

W dyskusyi nad odczytem Rosenbaum'a prof. Gutmann przytoczył 10 przypadków wiądu leczonych zapomocą zawieszania, z nich w 5 nastąpiło wyraźne polepszenie tych samych co i u Rosenbauma objawów, w 5 zaś wynik był bądź niewyraźny bądź żaden: w 2 przypadkach zapalenia rdzenia (Myelitis) również nastąpiło polepszenie i bezwład kończyn dolnych ustąpił i chorzy mogli zatrzymywać urynę. Taki sam wynik otrzymał autor w 1 przypadku zwicnięcia kręgu. Z 7 przypadków Ischias, w 4, leczonych tylko zawieszaniem cierpienie się nieco zmniejszyło. Jakkolwiek poprawa była tylko przejściową, w 3 zaś innych, w których oprócz zawieszania G. podawał antypyrinę podskórnie lub do wewnątrz nastąpiło zupełne wyzdrowienie. W 1 przypadku kyfozy od zawieszania zmniejszyły się bóle przy schylaniu się, w przypadku zaś skoliozy zawieszanie pozostało bez skutku. W ogóle Gutmann, sądzi że zawieszanie może przynosić w leczeniu wiądu pewne korzyści nie większe wszakże od innych środków.

Wręcz przeciwnego zdania są Leyden i Remak.

Pierwszy utrzymuje, że zawieszanie jest tylko odmianą wyciągania nerwów, które kiedyś przyjęte było z takim zachwytem, a w rezultacie daleko nie usprawiedliwiło pokładanych nań nadziei, sądzi więc Leyden, że i zawieszanie kiedyś spotka ten sam los. Polepszenie, które jakoby przy zawieszaniu ma miejsce jest zdaniem mówcy tylko iluzją, a w każdym razie przejściowe; wreszcie zawieszanie wcale nie wpływa na proces anatomiczny, wpływ jego nie może za tym być trwały. Nadto w obec ujemnych wpływów, jakie czasami po zastosowaniu zawieszania występowały. L. uważa środek ten za niebezpieczny.

Remak podziela poglądy Leydena i żąda aby przy ocenie tej jak zresztą i każdej innej metody leczenia miało miejsce większe niż dotąd indywidualizowanie faktów. Wiemy bowiem, że jedne przypadki wiądu z objawami znacznego naruszenia uczucia miejsca oraz mocnymi bólami w stawach biodrowym i kolanowym są złośliwe i coraz się pogarszają, w drugich natomiast o lżejszym przebiegu może następować poprawa. Zresztą utrzymuje Remak, że polepszenie przy zawieszaniach zależy od autosugestyi i bądź co bądź może wpływać tylko na nieznaczną ilość objawów. Dobre wyniki otrzymane przez Gutmann'a zależą raczej zdaniem Remaka od odpowiedniego zachowania się chorych w szpitalu niż od zawieszania. W każdym razie zawieszanie odbywać się powinno nie inaczej, jak pod osobistą kontrolą lekarską, w przeciwnym razie może się stać niebezpiecznym.

Co do sposobu działania Remak przypuszcza, że mamy tu do czynienia z przejściowem przekrwieniem rdzenia.

Mendel zgadza się, że zawieszenie nie wpływa na rozwój choroby ale dotąd nikt nie utrzymuje inaczej; ponieważ jednak usuwa lub w znacznym stopniu łagodzi b. uciążliwe dla chorych objawy, więc jako środek symptomatyczny zasługuje na uznanie i stosowanie.

Rosenbaum w odpowiedzi na przytoczone pro i contra zawieszaniu podnosi fakt, że przy zapaleniu rdzenia nie otrzymał żadnej poprawy (w czem zresztą nie widzi nic dziwnego, bo natura dwu tych cierpień jest całkiem różna) oraz że zawieszanie lepsze oddaje wyniki w starszych przypadkach wia-
du. Trudno przypuścić, aby polepszenie następowało tylko w skutek autosugestyi. Zawieszanie nie jest środkiem specyficznym, któryby wpływał na istotę choroby. Ale czyż dużo mamy takich specyfików. Na zanotowane przez lekarzy francuskich przypadki poprawy ze strony oka R. patrzy b. sceptycznie i można by je wytlomaczyć przez przekrwienie osrodkowe, o którym wspomina Remak, ale przekrwienie to jest jak dotąd tylko hypotetyczne.

Fr. Grodecki.

389. KJELBÉRG. O zбочeniach umysłu spowodowanych zatruciem nikotyą. (Odczyt w sekcji neurologii kongresu Berlińskiego)

Zatrucie powyższe mało dotąd zbadanem jest w tym kierunku. Dawka nikotyńy do 3 mlg. wywołuje uczucie palenia na języku i w gardzieli, wzmożone wydzielanie śliny, uczucie gorąca, bezsenność. W 1/2 godziny później przyłączają się: przyspieszony i utrudniony oddech, osłabienie, omdlenie, wymioty, niekiedy kurcze kloniczne mięśni oddechowych. Po 3-ech godzinach objawy te ustępują; niektóre skutki działania uczuć się dają jeszcze przez kilka dni. Według obliczeń plantacyi tytoniu rocznie zużywa się 1200000 kilo nikotyńy. Truciźna ta odźziaływa szkodliwie na układ nerwowy, powodując podrażnienie i osłabienie tegoż. Obląkanie nikotyńowe u palaczy tytoniu jest rzadkiem, częstszem jest u żużających, jeszcze częściej spostrzegać się daje u osób żużających tabakę. W krajach północnych nałóg ten bardzo się rozwija w ostatnich czasach. Chłop 27 letni, bez dziedzicznego usposobienia przedstawia niechęć do pracy, niepokój, przygnębienie. Leży w łóżku nieruchomo, nie mówi. W szpitalu wystąpiła bezsenność, bredzenie, halucynacje. Świadomość choroby istnieje; niezadowolony iż nie otrzymuje tabaki. Po 5 miesiącach wyzdrowienie. Chory ten od 12-go roku żuł tabakę zużywając 1 kilo w ciągu 6 tygodni. Zatrucie nikotyą czyli Nicotinismus mentalis jest pierwotnem zбочeniem umysłu, analogicznem z powstałemi w skutek zatrucia innymi pierwiastkami. Okres wstępny trwa 3 miesiące; cechują go: uczucie niezdrovia, niepokój, strach, bezsenność, przygnębienie z odcieniem religijnym. Stan ten wzmagą się i przechodzi w psychozę, w której odróżniamy 3 okresy: 1. Halucynacje, idee obłędne i popęd samobójczy; przygnębienie, strach i napady gwałtowności; cho-

ry mówi mało ale logicznie. 2. Okres podniecenia, wesołości; po 2—4 tygodniach następuje zmęczenie poczem znowu stan pobudzenia maniakalnego. W 3-im okresie podniecenie i przygnębienie zmieniają się częściej. Chory jest drażliwym, pojmowanie ograniczone, pamięć osłabiona, milczący, mówi dobrze, zwraca uwagę na otoczenie. Ruchy powolne, rzadko przymuszone.

Rokowanie zależy od okresu choroby. W pierwszym następuje wyzdrowienie po 5—6 miesiącach; w II-im po roku; w III-im nie następuje wcale.

Leczenie polega na powolnem odzwyczajeniu od użycia tabaki. Wody mineralne, zwłaszcza Karlsbadzka, gorące 2—3 razy dziennie na godzinę przed jedzeniem wzmacniają stepione nerwy żołądka. Przeciw bezsenności zaleca się sulfonal i bromek potassu 2—3 razy tygodniowo. W późniejszym czasie — tonica.

A. R.

390. KRAPELIN. **Alkohol i herbata.** (Odczyt w sekcji neurologii kongresu Berlińskiego).

Doświadczenia poprzedników wykazały analogiję w działaniu fizjologicznem obu tych środków. Autor badał trwanie czynności psychicznych pod wpływem ich, na wzór prac dokonanych w pracowni Wundt'a. Gdy poprzednio badano czynności proste studyował on więcej złożone.

Alkohol w małych dawkach przyspiesza czynność wyboru (wyobrażeń), natomiast nie wpływa na rozróżnienie i kojarzenie, sąd zaś w nieznacznym stopniu ułatwia.

W zupełności odmiennie działa herbata. Czynność wyboru nie zostaje zmienioną, natomiast kojarzenie i pojmowanie, jest przyspieszonym. Alkohol ułatwia czytanie utrudnia zaś liczenie. Herbata działa odwrotnie. Alkohol ułatwia czynność ruchową, herbata wzmacnia pracę umysłową.

A. R.

391. L. BRUNS. **O bezwładach neurytycznych przy cukrzycy.** (*Berl. Klin. Woch. Nr. 23. 90.*)

Autor opisuje wszelkie zбочzenia nerwowe spostrzegane w przebiegu cukrzycy. Uważano takowe za objawy cierpienia ośrodków nerwowych a nawet samą cukrzycę poczytywano za wynik tego cierpienia. Ziemssen dopiero zwrócił uwagę na układ nerwów obwodowych i wprowadził do nauki t. zw. cukrzycowe zapalenie nerwów. Autor opisuje cztery przypadki bezwładów nerwów w przebiegu cukrzycy.

Cechującymi oznakami bezwładów cukrzycowych są: bóle towarzyszące początkowi choroby, bezwład w obrębie pewnych nerwów (cruralis, obturatorius), zaburzenia odżywce i elektryczne mięśni odpowiednich, zaburzenia w czuciu, brak odruchów kolanowych, wreszcie brak objawów właściwych zajęcia ośrodków nerwowych. Pomiedzy natężeniem i trwaniem bezwładów z jednej a ilością cukru w moczu z drugiej strony autor nie zauważył zależności bezwzględnej: w jednym przypadku bezwład zniknął wraz z cukromoczem, w innym zaś powstał dopiero wtedy, gdy tylko ślady cukru w moczu się znajdowały. Ostatni przypadek analogicznym jest z powstawa-

niem śpiączki cukrzycowej przy minimalnym cukromoczu, Przebieg bezwładu cukrzycowego stwierdza hipotezę Ziemssen'a, widzącego w cukrze we krwi krążącym bodziec patologiczny dla nerwów. Im szybciej bowiem w początkach zapalenia nerwu udaje się krew oswobodzić od cukru, tem łatwiej zapalenie owo znika. Gdy natomiast powstał już bezwład i zmiany odżywcze w mięśniach, rokowanie staje się wątpliwem. Charakterystycznym dla cukrzycy ma być następcze zajęcie jednej kończyny dolnej po drugiej; jednakże spostrzegane było neuritis i w innych pniach nerwowych. Widzimy więc iż w przypadkach zapalenia nerwów badanie moczu ma znaczenie nieocenione. Jako środki lecznicze podaje autor dyjetę przeciwcukrzycową, antipyrinę przy nerwobólu i elektryczności przy bezwładzie.

A. R.

III. Chirurgija.

392. Marcel. BAUDOUIN. *De l'antisepsie rectale. (Le progrès medical Nr. 35 i 36 r. 1890).*

Doświadczenia kliniczne wykazały trudność uczynienia aseptycznym dolny odcinek przewodu pokarmowego, o co starano się przy operacjach w tym obszarze. Autor zatem zaleca i wykazuje możność antyseptycznego traktowania tej części grubej kiszki, która pozwala na reunion per primam intentionem w okolicy recto-analis.

Przedewszystkiem szybkie wyleczenie prostej przetoki (fistula analis) może być dokonaniem przez zrośnięcie doraźne; dalej przy resekcji odbytnicy zwykle dokonywanej w obec wypadnięcia zwykłego lub symptomatycznego (operacje analogiczne do operacyj Nicolaysen'a, d'Auffret'a, Mikulicza). Jeżeli zaś w przeszłości operacja ta udawała się niekiedy, to prawo obywatelstwa wywalczyła sobie dopiero w czasach ostatnich, kiedy zaczęto stosować racjonalnie antyseptykę.

W dziedzinie jednak o której mowa antyseptyka była stosowaną nie metodycznie, polegano li tylko na ogólnych zasadach.

I. *Historyja.* Prócz tez doktoryzacyjnych, artykułów dziennikarskich znajdujemy ledwie, że wzmianki o obchodzącej nas kwestyi specjalnej, w klasycznych dziełach antyseptyki. Nie wielu chirurgów operujących guzy hemoroidalne zastanawiało się nad radykalną antyseptyką odbytnicy; przy opisywaniu tych operacyj uważano za zbyt błahą sprawę—opis postępowania antyseptycznego. Toż samo powiedzieć należy o opisujących operacją ekstyrpacji odbytnicy. Przy możności zakażenia przez kał—od czego przeważnie zależy może wynik operacji—zbyt mało uwagi poświęcano antyseptyce.

II. *Wykonanie.* Jako przykład bierze autor wycięcie odbytnicy (rectum). Przystępując do tego rodzaju operacji na-

leży mieć sumienie czyste t. j. wyjałowić doszczętnie pole operacji. Przy każdej operacji dezynfekowanie pola operacji przechodzi trzy okresy: 1-o antyseptyka przedwstępna pola operacji, które należy uczynić aseptycznym. Chirurg w tej epoce walczy i atakuje mikroorganizmy; powinien wyjść zwyciężcą; jeśli takim się nie czuje, niech nie zaczyna operacji. Ta przedoperacyjna antyseptyka jest szczególnie ważną, jeśli rzecz idzie o miejsce takie, jakim jest dolny odcinek кишки, jeśli rozwija się w nim owrzodzenie guza, na powierzchni, którego ma miejsce rozwój niezliczonych zarodków chorobotwórczych, 2-o kiedy to jest wykonanem, można przystąpić do operacji, podczas której należy ranę utrzymać w stanie aseptycznym. Operacja musi być wykonaną w warunkach uniemożliwiających przeniknięcie zarodków chorobotwórczych do rany. W danym przypadku mamy ciągle grożące źródło tych — w ziejącym odbycie, 3-o z ukończeniem operacji, przewiązanie antyseptyczne powinno utrzymywać w stanie aseptycznym brzegi rany do chwili, kiedy przerywając sztuczne tamy, które jej chirurg nałożył, zawartość kiszki opanowuje znów pole operacji, brukając je.

Jeżeli lody pękną za szybko — batalja nie jest zupełnie przegraną, jednak jest na wielu punktach zachwianą. Jest więc rzeczą wielkiej wagi opiekować się raną, by wytrzymała przedwczesny zalew.

1-o. Antyseptyka przedwstępna, przedoperacyjna. Dajmy, że chodzi o wyluszczenie nowotworu w odbytnicy, owrzodzonego — czyli wyobraźmy sobie warunki najgorsze, z punktu widzenia aseptyki tej części kanału pokarmowego. Cóż mamy czynić: a) dla dezynfekcji doszczętniej: 1-o zagłębienia odbytowego (ampulla rectalis), 2-o obszaru regio analis i b) dla doprowadzenia pozostałej części przewodu pokarmowego do stanu, któryby przez czas trwania operacji i kilka dni po niej dawał minimum kału i możliwie aseptycznego.

a) Dezynfekcja odbytnicy może być otrzymaną za pomocą kilku sposobów. Naprościej — przez irrygację, dokonywaną płynami aseptycznymi, jednak nie zbyt silnymi, tak ze względu na możliwość wessania, jak i ze względu na delikatną powłokę kiszki.

Chory pozostaje w łóżku, o ile można przez czas trwania irrygacji (12—15 dni). Wykonywać ją należy, mniej więcej 3 razy dziennie z początku za pomocą np. letniego rozczynu sublimatu (0,5 centygr. na 1000 gr. gotowanej filtrowanej wody). Irrygator (szklany), jak i wszystkie jego części powinny obsługiwać tylko danego chorego, nie będąc dla nikogo po za nim używane.

Uważać na możliwość zatrucia. Po kilku dniach użyć rozczynu kwasu bornego. Po każdym wypróżnieniu należy robić irrygację by dokładnie wypróżnić rectum.

b) Dezynfektio ani. Co 5—6 dni golić starannie tak okolicę odbytu, jak i części sąsiednie. Co 2 dni kąpiel. Mieć szczególną pieczę przy owrzodzeniach, które należy pokrywać

kompresami antyseptycznymi, szczególnie przy wypróżnianiu się.

c) Przez 10—12 dni przed operacją należy dezynfekować pozostałą część przewodu pokarmowego i drogi moczowe (na wypadek zranienia pęcherza przy operacji).

Co się tycze dezynfekcyi całego przewodu pokarmowego jest ona trudną. Po pierwsze, co 3—4 dni należy dawać choremu sole czyszczące, silnie działające. Po drugie, wziąć chorego na ścisłą dyjetę mleczną (mleko gotowane, 2—3 kwarty dziennie). Warunek to niezbędny. Po trzecie, chory z chwilą rozpoczęcia dyjety mlecznej używa naphtolu β od 0,5 cent. do 2,0 gramów dziennie. Naphtol β ma na celu złagodzić drobno-ustroje kanału pokarmowego, w ogóle, działać na te, które żyją na nowotworze owrzodzonym.

2. Antyseptyka podczas operacyi. Antyseptyka przedoperacyjna stanowi rzecz najważniejszą w naszym przypadku. Ale nie należy zapominać że i podczas trwania operacyi należy ranę ochraniać.

Prócz zwykłych klasycznych środków używanych przy operacyi należy przedewszystkiem dokładnie zatamponować światło odbytnicy za pomocą gazy jodoformowej, powyżej pola operacyi.

3-o. Antyseptyka pooperacyjna. Po zaszcyciu rany pozostawia się w niej tampon, który ma zasłaniać ranę od zetknięcia z kałem. Jeżeli jest zbyt wielki—przeszkadza ujściu wiatrów które chorego rozdymają, sprawiają ból, kolki grożące przerwaniem szwów, Tripier z Lyonu używa rury kauczukowej, którą wprowadza powyżej rany do kiszki; przez tę rurę—gazy uchodzą.

Opatrunek pierwszy powinien leżeć do 5 dni.

Ażeby powstrzymać stolec dają opium i utrzymują dyjetę mleczną.

III. Porównanie antyseptyki jamy ustnej i odbytu. Delikatną tę kwestyją autor rozwiązuje tak, że uznaje za łatwiejsze zdezynfekowanie odbytnicy aniżeli jamy ustnej. W ostatniej kwitną kolonje 17 gatunków grzybków—podług Vignala Skazańcy na Nowej-Kaledonji wklówiają sobie ślinę pod skórę by wywołać gorączkę. Odbytnica jest kanałem przejściowym, nie ma tych skrytek, jakie jama ustna ma choćby w szparach pomiędzy zębami.

Dla tego do operacyję w rectum dokonywane być mogą z wielkiem prawdopodobieństwem szczęśliwego zejścia—o ile wyżej wskazane środki antyseptyczne będą zastosowane.

Ster.

393. J. A. MAC WILLIAM. Sprawozdanie z puszekiwań doświadczalnych nad działaniem chloroformu i eteru. (*Report on an Experimental Investigation of the action of Chloroform and Ether.* Brit. Med. Journal Nr. 1554, 1555, 1566. 1890.

Poszukiwania rozpoczęte w 1888 roku systematycznie prowadzone były przez lat dwa. Do doświadczeń głównie używano kotów, dla których otrzymane dane są obowiązujące.

Część I.

Doświadczenia dzielą się na dwie kategorie. Do pierwszej należą obserwacje graficzne przedstawione z objawów towarzyszących odurzeniu chloroformem zwykłą drogą przez inhalację, i te posłużą do porównania z doświadczeniami drugiej kategorii, które za pomocą nowej metody dają nam możliwość graficznie przedstawić działalność oddzielnych uczałtków serca t. j. osobno przedsionków, osobno komórek. Ciśnienie arteryalne notowane jest jednocześnie z działalnością serca, którego ruchy co do ich siły i właściwości ciśnieniem samem nie dałoby się oznaczyć.

Sposób jednoczesnego otrzymania wzorów graficznych z ruchów serca i ciśnienia krwi.

Po zachloroformowaniu zwierzęcia w pudełku i umieszczeniu w przyrządzie Czermaka, lewą szyjową tętnicę łączy się z kymografem Ludwiga, a po dokonanej tracheotomji, oddech utrzymuje się miarowemi i wolnemi ruchami mieszkka. Następnie otwiera się jama piersiowa zdjęciem części mostka i żeber z okolicy sercowej i przy dokładnem tamowaniu krwotoku, przecięwszy nakoniec osierdzia obnaża się serce.

Na obnażone serce nakłada się aparat (opisany w Journal of Physiology Vol IX) który kontroluje ruchy jednocześnie, jakkolwiek z osobna, przedsionka i komórki każdej strony. Działanie przyrządu ma wedle autora, odznaczać się dostateczną ścisłością w oznaczaniu rodzaju i energii ruchów, jak również w oznaczaniu stopnia rozszerzania się i kurczenia jam sercowych. Należy przytem zaznaczyć, że zetknięcie przyrządu z sercem w ciągu kilku godzin nie wpływa na prawidłowość jego funkcyj.

Z rozpoczęciem doświadczenia na pasach zakopconego papieru notowane jest z osobna: 1) ciśnienie arteryalne, 2) działanie obu przedsionków, 3) działanie obu komórek, 4) ruchy oddechowe (sztuczne), 5) czas w sekundach, 6) czas w którym zaszło zaburzenie w doświadczeniu—za pomocą elektrycznego sygnalizatora,

Sposób podawania środka znieczulającego.

Do butelki z szeroką szyją, zatkaną korkiem, wprowadzona jest rura gumowa, prowadząca powietrze z mieszkka. Przez ten sam korek obok druga rura powietrze z butelki odprowadza do rurki tracheotomijnej. Rura ta nie dochodząc do rurki tracheotomijnej, ma dwa boczne otwory dla odejścia wydechanego powietrza, jak również, aby nie cała ilość pompowanego powietrza dostawała się do płuc zwierzęcia. Do butelki, przebiwszy korek igłą szpryczki Pravaz'a, po kropli wlewa się chloroform lub eter. Sprawdzono, że w pierwszych stadyach doświadczenia powietrze w butelce zawiera 2% chloroformu—stosunek ten powiększa się do 4%.

Dobry chloroform powinien posiadać następujące własności: 1) zapach charakterystyczny, 2) ciężar gatunkowy 1,497, 3) reakcję obojętną na lakmus, 4) kropla chloroformu w wodzie dystyl. powinna być zupełnie przezroczysta, 5) przy klóceniu

z kwasem siarczanym nie barwić się, 6) z roztwor. wodnym azotu srebra nie dawać osadu, 7) z kwasem chromnym nie barwić się na zielono, 8) jodynę barwić na fioletowo.

Część II.

Sposób prowadzenia doświadczenia.

Po zachloroformowaniu zwierzęcia, puszczeniu w ruch kymografu, tracheotomji i nałożeniu znaczących przyrządów na serce, od czasu do czasu do butelki sący się po kropki chloroform, który zmieszany po wyparowaniu z powietrzem w całości nie dostaje się do płuc, gdyż temu stoją na przeszkodzie boczne otwory w rurze doprowadzającej powietrze do rurki tracheotomijnej. Dużego znaczenia jest odruch łącznicy oka, który znika ostatni ze wszystkich odruchów ciała i, zniknięcie którego poprzedzają zaburzenia w ciśnieniu krwi i ruchach serca.

Wpływ chloroformu wywołuje objawy:

a) Spadek ciśnienia arterjalnego najrozmaitszych rozmiarów, czasami poprzedzony nagłym jego wzniesieniem.

b) Osłabienie uderzeń serca, wskutek zwiótczenia jego ścian, z następczem upośledzeniem ich odżywiania.

c) Rozszerzenie serca zależy głównie od nieprawidłowege wyciągnięcia jego jam w kierunku z przodu w tył. Takiemu rozszerzeniu towarzyszy zniknięcie odruchu łącznicowego. Najczęściej rozszerzają się przedsionki, z komórek więcej lewa. Podawany w tej samej ilości dalej chloroform rozstraja funkcję serca w zupełności.

d) Stosunek między rozszerzeniem serca a spadkiem ciśnienia nie zawsze jest proporcjonalny i jednoczesny.

e) Przyczyny rozszerzenia serca nie zależą od podrażnienia ośrodków hamujących i nerwu błędnego, gdyż po wykluczeniu tych czynników rozszerzenie ma miejsce. Chloroform bezpośrednio działa na mięsień sercowy, odejmując właściwy mu tonus.

f) Peryjodyczne słabnięcie działalności komórek z niezupełnym ich opróżnianiem.

Objaw ostatni nie obserwowany był nigdy przy podawaniu eteru, którego dawka podana chloroformowanemu zwierzęciu przy dilatacji i osłabieniu serca, wracała ruchom jego siłę i regularność. Fakt ten pewny dla kotów w wielu przypadkach sprawdzono i u ludzi.

Działanie eteru w porównaniu z chloroformem.

Pod wieloma względami działanie eteru jest różne od chloroformu. Naprzód ilość eteru używana w jednym czasie z chloroformem jest 25 razy większą. Ze strony serca pomimo spadku ciśnienia i braku refleksu łącznicowego rozszerzenia serca nie obserwuje się, a jeżeli objaw ten występuje to w b. słabym stopniu i bardzo krótko, notabene, jeżeli duże ilości eteru szybko są podawane. Gdy eksperymentując na tem samym zwierzęciu po wystąpieniu od chloroformu groźnych objawów rozszerzenia serca podano eter, objawy zniknęły i serce

odzyskiwało swą działalność i vice-versa. Spadek ciśnienia pod wpływem odurzenia eterem objaśnia się działaniem tego ostatniego na ośrodek naczynioruchowy, wskutek czego drobne tętniczki ulegają rozszerzeniu. Po spadku ciśnienia występuje jako objaw następczy osłabienie skurczu serca, co przy chloroformie jest groźnym objawem, wywołanym bezpośrednim działaniem tego środka na mięsień serca.

Doświadczenia powyższe obalają poglądy Cl. Bernarda, który utrzymywał, że działanie chloroformu i eteru jest jednakowe, chloroform tylko działa silniej. Faktem niezaprzeczoną pozostaje, że eter znosząc odruch łącznicowy i sprowadzając znieczulenie ogólne, nie narusza bezpośrednio tak głęboko funkcji serca jak to czyni chloroform.

Odnosna wrażliwość ośrodka naczynioruchowego i serca na deprymujące działanie chloroformu.

Z poprzednich danych widoczna jest ta wrażliwość gdyż spadek ciśnienia w początku podawania chloroformu jest rezultatem drażnienia ośrodka naczynioruchowego, a następnie potęguje się występującem rozszerzeniem serca. Czasami jeżeli serce jest patologicznie osłabione, to rozszerzenie jego występuje wprzód niż spadek ciśnienia zależny od podrażnienia odnośnego ośrodka.

Znaczenie spadku ciśnienia dla organizmu:

Z jednej strony stawiało ono przeszkody przy wprowadzaniu do organizmu nowych ilości środka odurzającego. Z drugiej jednak grozi niebezpieczeństwem ustrojowi niektórym kapitalnym jego organom (osłabionym zwłaszcza stanami patologicznymi) z powodu wadliwego dowozu materyału odżywczego.

Sposoby zapobiegające spadkowi ciśnienia w tętnicach szyjowych pod wpływem chloroformu.

Gdy ciśnienie znacznie spadło i serce się rozszerza, ucisk silny na brzuch respective brzuszną aortę podnosi ciśnienie i jako tako pobudza serce do skurczów, prawda, niezupełnie dostatecznych i prawidłowych.

Część III.

Zestawienie wyników otrzymanych sposobami jak wyżej, z wynikami notowanymi przy odurzaniu zwierząt zwykłą drogą inhalacji

Wybitnych różnic nie obserwowano, zwrócić uwagę atoli należy: 1) Przerządy kontrolujące serce nie okazywały złego nań wpływu. W ciągu długiego czasu, serce nie traciło nic na regularności i sile swych ruchów. 2) Otwarcie lub nieotwarcie worka osierdzia małe ma znaczenie co do zaburzeń; nie otwierając worka można również śledzić ruchy serca. 3) Jeżeli ilości użytego chloroformu są jednakowe, to czy podawane są drogą zwykłą inhalacji—czy też sztuczną, wprost do płuc objawy są te same, tak samo zachowuje się też ciśnienie krwi i serca. 4) Spadek ciśnienia zależnym jest od wielkości dozy chloroformu, i przy otwartej klatce piersiowej mniejszemu spadkowi ciśnienia towarzyszy większe rozszerzenie serca, niż przy nie-naruszonej klatce.

5) Odruch łącznicowy, pewny dla kota, dla człowieka po części daje możność orjentowania się co do nasycenia organizmu chloroformem.

6) Rozszerzenie serca występuje przy sztucznem i zwykłym odurzeniu jedako przy całej, jak i otwartej klatce piersiowej.

7) W większości wypadków oddechanie ustaje przed sercem, które jakkolwiek rozszerzone, działa po ustaniu oddechu b. krótko.—Zdarza się również, że serce, poprzednio wyczerpane sprawą chorobową, pierwsze przed oddechaniem zawiesza swą czynność.

Na 70 zwierząt używanych do doświadczeń u 3 wystąpiły groźne objawy ze strony serca. Wypadki te streścić się dadzą w następujący obraz.

Po zachloroformowaniu zwierzęcia za pomocą maski trzymanej przy pysku, i obnażeniu tętnicy szyjowej, gdy dalej ostrożnie i przy prawidłowym oddechu podawano chloroform zauważono nagły spadek ciśnienia w tętnicy i rozszerzenie żreńic. Zastosowano natychmiast sztuczny oddech i ugniatanie brzucha. Po pięciu minutach takiego postępowania dokonawszy tracheotomji, zaczęto do płuc pompować powietrze, a otworzywszy klatkę piersiową przez osierdzie wymacano rozszerzone serce słabo kurczące się. Po ujęciu komórek serca między 2 palce i rytmicznym ich uciskaniem, serce po kilku włókienkowych nieregularnych skurczach zaczęło się ruszać prawidłowo i do końca doświadczenia zachowywało się normalnie. Mniej więcej to samo obserwuje się i u ludzi, u których po ustaniu serca ruchy oddechowe istnieją jakiś czas. Oprócz nagłych zmian w sile i rytmie serca pod działaniem chloroformu obserwowano objaw, zwany—*Delirium cordis*, polegający na bezładnych włókienkowych skurczach komórek.

Część IV.

Wpływ chloroformu na oddechanie.

Małe ilości chloroformu podawane wolno są nieszkodliwe, te same ilości podawane prędko, wywołują nieregularne, szybkie głębokie wdechy, pociągające za sobą spadek ciśnienia i zapaść. Szybkość i głębokość wdechów jest wielkiego znaczenia, dowiedziona jest jej szkodliwość doświadczalnie. Jeżeli te same ilości chloroformu, tylko z rozmaitym szybkością sztucznie będziemy podawać zwierzęciu, to przy wolnych i słabych wdechach reakcja będzie zwykłą, przy szybkich i głębokich nastąpi spadek ciśnienia i zapaść. Należy zwrócić uwagę na objaw zależny od odruchowego podrażnienia ośrodka oddechowego drogą psychiczną co bywa przy niezupełnem znieczuleniu i wyraża się zwiększoną siłą i częstością oddechu i podniesieniem ciśnienia.

Znaki ostrzegające o niebezpieczeństwie ze strony ciśnienia krwi i oddechania.

Wielokrotne doświadczenia wykazały, że przy chloroformowaniu *per vias naturales* zwierząt naprzód zjawia się spadek

ciśnienia — czasami nieregularny oddech. Natychmiast przedsięwzięte zaradcze środki zażegnują katastrofę. *W. Stepiński.*

394. **W. KOCH. W kwestyi śmierci przy chloroformowaniu** (*In Sachen des Chloroformtodes. Deutsche Med. Wochenschrift 1890, Nr. 14*).

Oдноśne badania w kwestyi śmierci przy chloroformowaniu od 12-u lat do naszych czasów prowadzone ustanowiły pewnik, że śmierć następuje: albo z naruszenia funkcyi krążenia, albo z zahamowania oddechania.

Jeżeli śmierć wywołują zaburzenia w krążeniu, to fakt ten ma miejsce w samym początku znieczulenia, bez jakichkolwiek zwiastunów; wtedy puls wcześniej, lub jednocześnie z ruchami serca ustaje. Wypadki tej kategorii objaśniane są wrodzoną wadliwością zwojów nerwowych samego serca, jak również wyczerpaniem ośrodków naczyniowych w rdzeniu przedłużonym. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że przy przecięciu mlecza na granicy rdzenia przedłużonego, ciśnienie krwi w naczyniach spada do zera, kiedy serce kurczy się jeszcze jakiś czas. Nadmierne naraz ilości par chloroformu, wedle autora, wchłonięte przez krew w płucach i wprowadzone do lewego serca mogą drażnić jego nerwowe zwoje, które jeżeli nie są chorobliwie zmienione znoszą duże ilości chloroformu.

Zadaniem tedy chloroformującego będzie troskliwe zbadanie stanu serca chloroformowanego, jakkolwiek wiadomości nasze o patologii zwojów serca są niestety bardzo niewystarczające.

Zaburzenia w oddechaniu (duszenie się) mają miejsce kiedy operuje się przy gazie (lub gdy ilość wolnego gazu oświetlającego w powietrzu sali operacyjnej jest znaczna), wtedy chloroform ulega rozkładowi na związki chloru i tlenek węgla. Znaczne utraty krwi, lub niedostateczne odżywianie mają wielki wpływ na zaburzenia oddechowe. Ciekawe jest działanie chloroformu na nałogowych pijaków, którzy pod jego wpływem często podlegają atakom delirii tremetis, rezultaty zaś sekcji pijaków zmarłych podczas chloroformowania okazały, że śmierć następuje nie od uduszenia, lecz z przyczyn sercowych. Co się zaś tyczy tych przypadków, w których śmierć przypisywana chloroformowi następowała w dzień lub tydzień po chloroformowaniu, to autor nie podejmuje się dać jakichkolwiek wyjaśnień, ze względu na niejasności samej kwestyi, a tłumaczy śmierć zabójczym działaniem procesów ropniczych lub gnilnych. *W. S.*

395. **Dr. L. PERNICE HALLA. O znieczuleniu kokainą.** *D. Med. Wochenschrift. Nr. 14. 1890.*

O wartości kokainy krążą najróżniejsze zdania. Jedni operatorowie wynoszą ją po niebiosą, drudzy mieli od niej jakoby złe tylko rezultaty. Wszyscy jednak zgadzają się na to, że w małej chirurgii, w tkankach zapaleniem nie dotkniętych, znieczulenia za pomocą kokainy zawsze osiągnąć się daje.

Dużo opisano przypadków mniej lub więcej ciężkiego za-

trucia kokainą przy miejscowym jej zastosowaniu. Przypadki takie najczęściej się trafiały w pierwszych czasach po odkryciu kokainy; wtedy sądzono, że do ostatecznego znieczulenia konieczne są roztwory mocne 10, 15 albo i 25 procentowe; nie raz wstrzykiwano pod skórę 0,3—0,5 nawet do 0,6 gramów kokainy odrazu do jednej operacji.

Pierwszy Fränkel zaczął stosować słabsze (1%) roztwory i otrzymał od nich dobre rezultaty. Objawów zatrucia przy tych roztworach słabych nigdy nie obserwował.

W klinice chirurgicznej w Halli do podskórnych wstrzykiwań używają także tylko 1% roztworu; nie raz wypadnie wstrzyknąć jedną albo i 2 szpryki Pravaza, to jest 0,01—0,02 czystej kokiny. Ilość ta wystarcza do otrzymania zupełnego znieczulenia przy mniejszych operacjach, jak wyłuszczenie mniejszych guzów, wyjmowanie ciał obcych, amputacje palców etc.

Można by nawet i większe operacje robić pod kokainę, ale ponieważ działanie jej nie trwa dłużej jak 8 do 10 minut, trzeba by przy dłuższym trwaniu operację ponawiać iniekcje lub też znieczulać ranę bezpośrednio tamponikami w kokainie zmaczanymi.—Trzeba być z tem jednak bardzo ostrożnym, bo przy takim zastosowaniu trudno jest unormować dawkę. Jednakże w klinice w Halli udało się w ten sposób wykonać zupełnie bez bólu jedną operację hydrocelis, dwa wyjęcia ciał wolnych ze stawu kolanowego, jedno tracheotomię na człowieku dorosłym, również jak jedno wydłutowanie gruzliczej kości goleniowej.

Co do techniki wstrzykiwań, to niejednokrotnie zalecano robić takowe nie pod, ale w samą skórę. Od tego sposobu jednak powstają nie raz pęcherze przy wcale nie wystarczającym znieczuleniu. Lepiej jest zastrzykiwać w tkankę podskórną. Operację po zastrzyknięciu należy rozpoczynać dopiero po 3—4 minutach. Jeżeli podczas operacji wystąpi pewna bolesność, można sobie pomóc nowem zastrzyknięciem lub też wkraplaniem roztworu wprost na ranę.

Mało jest znana ta okoliczność, że kokaina działa tem silniej, im mniej w krew jest zasobna tkanka operowana. Dla tego gdzie tylko się da należy stosować krępilec Esmarcka. W takim razie niebezpieczeństwo zatrucia również się zmniejsza, bo najprzód zatamowanie krążenia nie pozwala na wessanie podczas operacji a następnie krwotok po zdjęciu krępulca wymywa z tkanki niepotrzebną już tam po operacji kokainę.

W tkankach bogatych w krew, a mianowicie podległych ostremu zapaleniu działania kokainy jest prawie żadne; ukłucia igłą i samo wstrzykiwanie jest tu nadzwyczaj bolesne. Lecz i tutaj pomaga także elastyczna podwiązka. Palce przy panaritium lub zmniejszeniach można ścisnąć przy podstawie za pomocą przewiązania cienkim drenem.

Na przebieg gojenia ran kokaina złego wpływu nie wywiera, trzeba tylko aby roztwór jako też i szprycka była co się nazywa czyste.

Roztwory kokainowe bardzo łatwo podlegają rozkładowi, dla tego powinny być przygotowane i wlewane w wypłukane roztworem sublimatowym naczynia. Jeżeli dodać do roztworu sublimatu w stosunku 1—2,000 lub karbolu 1—100, to rozkład nie następuje.

Błony śluzowe znieczula się pędzłowaniem 5 lub 10% roztworem, lub też przykładaniem tamponików w takich roztworach zmoczonych. Przy głębszych operacjach na błonie śluzowej należy zastrzykiwać do tego 1% roztwór. Dla wyrwania zębów należy najprzód dobrze wysmarować dziąsła 5—10% roztworem, następnie wstrzyknąć w dziąsło po kilka kropli 1% roztworu; w 80 razach na sto wyjmowanie odbywa się bez bólu. Samo tylko wyważanie zęba umiarkowany ból sprawia.

Przy znieczuleniu palców nigdy nie należy zaniedbywać wyżej wspomnianego podwiązania rurkę gumową po poprzednim podniesieniu w górę dla dokładniejszego opróżnienia z krwi. Nawet przecięcia zastrzałów dają się w takim razie skutecznie bez bólu. Wstrzykiwania należy tu robić naturalnie nie w samą część chorą ale w część zdrową, kierując igłę ku części chorej.

B. Dzierżawski.

396. HORSLEY. **Chirurgia ośrodkowego układu nerwowego.** (Odczyt w sekcji neurologii kongresu Berlińskiego). *Berl. Kl. Woch. Nr. 48. 1890.*

Mówca jest zdania iż w każdym przypadku, w którym nastąpiło obrażenie (trauma) mózgu, należy przystąpić do działania chirurgicznego. Szkoda w pojedynczym przypadku wyrażona traci znaczenie w obec ogromnej cyfry uszkodzeń nieoperowanych, które dają początek padaczce, stępieniu umysłu lub wadom rozwoju. U dzieci szczególnie należy zawsze przedsięwziąć operację. Lekarz pewien uległ złamaniu czaszki w okolicy skroniowej; przez 10 dni dotknięty był bezwładem połowicznym, poczem popadł w śpiączkę. Otwarcie czaszki okazało znaczne uszkodzenie mózgu; wylewy krwi i uszkodzone części mózgu usunięto. Chory przyszedł do zdrowia i od 3-ich lat zajmuje się znowu praktyką. W przypadku wylewu krwi do mózgu autor zaleca podwiązanie tętnicy szyjowej wspólnej jeśli od udaru nie upłynęło jeszcze 4-ich godzin. Doświadczenia dokonane wraz ze Spencer'em na małpach dowiodły, iż po przecięciu tętnicy ośrodków mózgu podwiązanie t. szyjowej wstrzymuje krwotok. Horsley dokonał podwiązania w 25 przeszło przypadkach i uważa operację tę za nieprzedstawiającą niebezpieczeństwa.

W przypadkach uporczywego bólu głowy, gdy wszystkie środki okazały się bezskutecznymi należy przystąpić do trepanacji. Przy rozlanem zapaleniu opon mózgowych wyniki operacji były niepomyślne; w obu przypadkach nastąpiła śmierć. Natomiast umiejscowione zapalenie opon oraz ropnie przedstawiają wdzięczne pole dla operacji. Nowotwory mózgu należy też wcześniej operować. Gdy w przypadku podejrzanego nowotworu w ciągu 6 tygodni nie następuje polepszenie, przystąpić

należy do operacyi. Toż samo odnosi się do gruzelków i ziarniniaków. H. sądzi, iż leczenie przeciwprzymiotowe nie odnosi tu już skutku. Nowotwory złośliwe należy też usuwać, gdy guz jest za duży aby go w zupełności usunąć należy przynajmniej częściowo tego dokonać, przez co chory doznaje ulgi. Przy padaczce Jackson'a H. bada za pomocą prądu korę i odnajduje miejsce, w skutek pobudzenia którego powstają drgawki i miejsce to usuwa. Również przy athetosis autor usuwa cząstkę kory mózgowej. Na 43 operowanych zmarło 15, z tych 2 ch wskutek wstrząśnienia, 24 zaś z powodu zakażenia krwi.

Oprócz tego H. dokonał 19 trepanacyj kręgosłupa. Gdy przy złamaniach kręgow występują objawy ucisku to należy operować. Rokowanie jest tu gorszem aniżeli przy złamaniach czaszki, gdyż rdzeń łatwiej podlega uszkodzeniu.

W dyskusyi nad tym przedmiotem Althaus (z Londyn) zaznacza, iż w miejsce proponowanego podwiązania t. szyjowej przy wylewach krwi, od wielu lat używa z korzyścią zastrzykiwań podskórnych ergotyiny lub klyzm z Extr. sec. cornut. Co zaś dotyczy chirurgicznego leczenia gummatów mózgu mówca zaznacza pomyślne wyniki leczenia specyficznego.

Pascarolo (z Turynu) demonstruje guz zaozonowy uciskający rdzeń na wysokości 2-5-go kręgu grzbietowego. Guz został wyluszczone; nastąpiło wyzdrowienie. Oppenheim wspomina o przypadkach przedstawionych niedawno w Berlińskim towarzystwie lekarskiem i podaje następujące o nich dane. Chora, u której w kwietniu r. b. usunięto nowotwór z prawej okolicy, ma się znacznie lepiej; zaburzenia ze strony twarzy i kończyny górnej przeszły, jedynie mięśnie ręki są jeszcze w stanie zaniku. Ból głowy i wymioty nie powtórzyły się, w końcu mają przebyła napad drgawkowy. W połowie lipca urodziła zdrowe dziecko. Drugi przypadek bezwładu dziecięcego, w którym wyluszczone torbiel w okolicy ruchowej, znajduje się też w stanie polepszenia, a zwłaszcza co do przykurzeń i napadów padaczkowych, które nie występują więcej.

W dalszym ciągu Dunin przytacza przypadek nowotworu mózgu, powodującego objawy padaczki korowej Jackson'a. Po bezskutecznem leczeniu przeciwprzymiotowem dokonano otwarcia czaszki i wyluszczone guz z zwoju czołowego wstępującego. Bezwład połowiczny i neuritis ustąpiły pozostały tylko zaburzenia w czuciu i nieznaczna inkoordynacja ruchów. Po 2-ach miesiącach wypisany jako zdrowy; we 2 miesiące później na głę śmierć. Sekcja wykazała torbiele krwotoczne.

W końcu zabiera w tej ważnej kwestyi głos Erb i zaznacza iż neuropatologowie powinni określić właściwy moment dla operacyi. Wątpi on czy wczesna interwencyja chirurgiczna, jakiej żądają chirurgowie, jest korzystną; występuje on przeciw proponowanemu przez Horsley'a podwiązaniu t. szyjowej przy wylewie krwawym, gdyż z objawów nie podobna wyłączyć zakrzepu, przy którym operacya ta jest bezskuteczną. Nauka o umiejscowieniu w mózgu nie jest jeszcze według mówcy ostatecznie wydoskonaloną i nie każdy guz rozpoznany

dokładnie podlega operacji. Przytacza on przypadek, w którym guz od wewnątrz wraстал w kość i dawał objawy korowate; operacja była niemożliwą. Sprawy chorobne rdzenia o ile nie są umiejscowione w środkowych jego częściach dają wdzięczne pole dla operacji, jednakże rozpoznanie bywa to często utrudnione, gdyż nie zawsze daje się odróżnić sprawy około rdzeniowe od wewnątrzrdzeniowych. A. R.

397. Dr. HEUSNER. **Leczenie złamań uda chodzeniem.** (*Ueber Behandlung der Oberschenkelbrüche im Umhergehen*). *Deut. Med. Woch.* 38.

Jeszcze w r. 1849—50 Sentin prof. chirurgii w Brukseli opisał opatrunek, który nakładał podczas wyciągania kończyny za pomocą ciężarów i po którego wyschnięciu chory mógł chodzić, tak jednak, że nie następował na chorą nogę, która wisiała biernie. Chodzenie wywierało dobry wpływ na stan ogólny chorych, przyspieszało powstawanie oraz twardnienie blizny. Zdaje się jednak, że Seutin nie zdawał sobie dokładnie sprawy z wartości swej metody w wyciąganiu kończyny przy złamaniach, jakkolwiek wyniki miał b. dobre, ponieważ zrost następował bez skrócenia nogi.

Metoda Seutin'a przyjęta z początku z zapałem poszła w zapomnienie, ustępując miejsce stałemu opatrunkowi gipsowemu, który, jak wiemy, nie zawsze zapobiega skróceniu.

Dopiero przed niedawnymi czasy F. Hessing, ortopedysta z Göggingen zbudował doskonały przyrząd którego konstrukcya całkowicie oparta była na pomysłe Seutin'a. Ponieważ jednak przyrząd ten był b. kunsztowny i wymagał subtelnego wykonczenia, więc nie rozpowszechnił się. Podobne przyrządy, aczkolwiek znacznie prostsze i przez to dostępnejsze dla lekarzypraktyków, zbudowali Herbordt oraz Heusner.

Przyrząd Heusner'a składa się z dwu bocznych szyn (z giętkiej stali), połączonych w okolicy kolana i kostek nitami, u góry przymocowanych do obręczy, podtrzymującej miednicę, u dołu zaś do podeszwy, również stalowej. Ostatnia na 1—2 cm nie dochodzi do stopy. Wewnętrzna powierzchnia tak podeszwy jak i sztab bocznych wysłana miękkim filcem, przy czem szerokość pasów bocznych jest taka, że obejmują prawie całkowicie udo i podudzie. Pierścień siedzeniowy wyklejony filcem czaprakowym można jeszcze pokryć miękką skórką.

Dla każdego chorego przyrząd należy przygotować podług dopasowanego wzoru tekturowego.

Nakłada się przyrząd Heusner'a po zejściu obrzęku t. j. po upływie 3—8 dni po złamaniu (przez cały ten czas kończynę należy trzymać wyciągniętą za pomocą ciężarków). W tym celu przenosimy chorego na odpowiedni stolik, za pomocą ciężarków (do 30 f.)—jeżeli trzeba pod narkozą, należyście odciągamy odłamki, nasuwamy z dołu w górę przyrząd, który dopasowujemy jak najdokładniej, wreszcie bandażujemy miękkim bandażem muslinowym. Miejsca nad i pod kolanem oraz nad piętą nie pokryte szynami uprzednio wypełniamy watą lub filcem. Na miękki bandaż nakładamy bandaż krochmalony, który

nadto pokrywamy warstwą kleju stolarskiego; wreszcie odcinamy ciężarkę, przecinamy pętlę z plastra lepkiego utrzymującą dolny ciężarek i końce jej zawiązujemy pod podeszwę stalową. Po stwardnieniu opatrunku wycinamy zeń odpowiednie kawałki w celu umożliwienia ruchu w stawach stopowym i kolanowym. Po upływie 2 dni chory może zacząć chodzić, przyczem z początku posługuje się odpowiednią podpórką (w kształcie stolika bez blatu), później kulami, wreszcie laską. Podczas chodzenia chory nie następuje na chorą nogę, ponieważ takowa nie dosięga do żelaznej podeszwy aparatu, dzięki zaś własnemu ciężarowi oraz pod wpływem przymocowania do tej podeszwy zostaje w stanie ciągłej ekstensii. Ciężar ciała opiera się całkowicie na obręczy siedzeniowej przyrządu, tak że mięśnie chorej nogi działają tylko przy podnoszeniu oraz zginaniu kończyny.

Po niejakim czasie chorzy wprawiają się w chodzenie do tego stopnia, że sami mogą wchodzić na schody. Przyrząd zostaje na nodze do 10 tygodni.

W ten sposób autor wyleczył 12 złamań uda bez skrócenia kości.

W leczeniu złamań podudzia rzeczony przyrząd mniejsze oddaje przysługi, natomiast jest b. pożyteczny przy leczeniu zapaleń szczególnie zaś zapalenia gruzliczego stawu biodrowego, o czem H. ma wkrótce zdać sprawę obszerniej.

Do opisu przyrządu autor dołączył 12 historyj wyleczonych przez się złamań uda,—które jakkolwiek ciekawe dla braku miejsca pominąć musimy.

Fr. Grodecki.

398. Prof. Dr. BARDENHEUER. **Przypadek resekcji śledziony.** *Ein Fall Milzresektion. Deut. Med. Woch. 36.*

Przypadek dotyczy 47-letniej panny, która w 7-ym roku życia przebyła ciężką chorobę gorączkową, spowodowaną upadnięciem na lewy bok. Cierpienie trwało wówczas 3 miesiące i uważane było za tyfus. Do r. 1890 pacjentka była całkiem zdrowa, dopiero od tego czasu zaczęły się nieznaczne zaburzenia w miesiączkowaniu oraz silne bóle w dole brzucha, które z miednicy rozchodziły się na lewe podżebrze. Jednocześnie wystąpiły zaburzenia ze strony narządów trawienia: silne bóle żołądka, odbijanie, wymioty, uczucie gwałtownego darcia w lewym podżebrzu oraz silne zaparcie stolca.

Badanie ginekologiczne (dwuręczne) wykryło guz wielkości główki dziecięcej, wypełniający jamę miednicy małej, wyraźnie chęłboczący i nie dający się unieść. Macica zmieszczona na prawo i połączona z guzem zapomocą krótkiej szerokiej błony, którą autor uważał za szypułę zwyrodniałego jajnika. Jajniki nie dają się wymacać.

Na zasadzie powyższych danych autor postawił następujące rozpoznanie: Torbiel jajnika, połączona licznymi zrostami z miednicą małą.

W obec takiego rozpoznania autor przystąpił do wycięcia guza sposobem często stosowanego przez siebie nadłonowego cięcia próbnego (*Suprasymphysär Explorationschnitt*), które

w danym razie poprowadził od zewnętrznego brzegu m. recti abdominis dextri do zewnętrznej $\frac{1}{3}$ lig. Poupartii sinistri; przeciąwszy skórę, mięśnie i powięź doszedł do otrzewnej, którą b. łatwo udało mu się usunąć z pęcherza i przedniej powierzchni torbieli, aż do górnej jej granicy. Następnie wyluszczył na tępo dolną część torbieli. Wszystko to się odbywało poza otrzewną; dopiero w górnej części autor zmuszony był przeciąć otrzewną i wówczas to przekonał się, że torbiel bezpośrednio przechodzi na śledzionę, której dolną część, rozszerzając się wachlarzowato, tworzy przednią i tylną ściankę torbieli i do pewnego stopnia obejmuje górne jej sklepienie. Po zmniejszeniu zapomocą punkcyj objętości torbieli autor stopniowo wy dobył z jamy brzusznej całą śledzionę wraz z dnem żołądka i dokonał resekcji śledziony tuż ponad torbielą. Krwawienie było nieduże miąższowe, a po 5-o minutowym ucisku całej śledziony oraz powierzchni krwawiącej (za pomocą gazy jodoformowej) znacznie się zmniejszyło, wreszcie B. nałożył na powłokę od strony wrót kilka szwów, a samą powierzchnię rany przypalił żelazem, poczem krwotok ustał. Zmniejszona o $\frac{1}{3}$ śledziona została znowu wprowadzona do jamy brzusznej i pod wpływem ciągnięcia ze strony ligg. gastrolienale i phrenicolienale doszła do lewego podżebrza. Ranę otrzewny B. zeszył jedwabiem, jamę zaś pozaotrzewnową wypełnił gazą wyjałowioną.

Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Obserwowane przez Ledderhose'a i Credé'go objawy leukocytozy ani też obrzmienie gl. thymus nie wystąpiły, tylko przez dwa pierwsze dni chora zaliła się na dawniejsze bóle w okolicy żołądka.

Opisany tu przypadek resekcji śledziony, o ile autorowi wiadomo, jest pierwszy. Dodatni wynik operacji zaleca ją, zdaniem B., przy wszelkich torbielach śledziony, ropniach a może i przy ograniczonych guzach. Przypadek ten zasługuje na uwagę i z tego jeszcze względu, że torbiele jednokomorowe w ogóle zdarzają się rzadko; podobny przypadek obserwował Riedel i również przez nacięcie otrzymał wyleczenie. Badanie anatomopatologiczne torbieli, dokonane przez d. ra Fr. Bardenheuera wykazało, że w danym razie prawdopodobnie torbiel powstała skutkiem wylewu krwi spowodowanego urazem. Twarde, miejscami podobne do chrząstki ścianki torbieli dowodzą jej dawności. Bardzo być może, że pierwotną przyczyną torbieli był ów uraz w 7 roku życia chorej; powtórne krwi wylewy do worka torbielowego, lekkie uderzenia i zrosty spowodowały także znaczne powiększenie objętości torbieli.

Czas wystąpienia objawów ze strony żołądka i narządów płciowych oznacza chwilę, kiedy ruchoma torbiel opuściła się do jamy miednicy małej i tam zrosła się otaczającymi narządami; ostatni moment spowodował znaczne opuszczenie się dna żołądka, co znowu było przyczyną wymiotów, bólów i t. p. objawów.

Fr. Grodecki.

399. Dr. H. ZEIDLER. Przyczynek do podwiązania tętnicy i żyły biodrowej. (*Zur Unterbindung der Arteria und Vena femoralis*). *Bert. Klin. Woch. Nr. 39. 1890.*

Z powodu dwóch spostrzeganych przez siebie przypadków autor zestawia starannie literaturę podwizań tętnicy i żyły biodrowej i wykazuje jasno, jak mylnem jest zdanie niektórych autorów, że podwiązanie żyły biodrowej samo przez się prowadzi do zgorzeli kończyny. Następnie autor przekonywa, że podwiązanie samej tętnicy biodrowej też nie może prowadzić do zgorzeli kończyny dolnej i opisuje swoje dwa przypadki jednoczesnego zranienia tętnicy i żyły biodrowej, w których krwawienie z obydwóch było tak silne, że trzeba było w obydwu przypadkach podwizać zarówno żyłę, jak i tętnicę. Zdanie Langenbeck'a, jakoby dość było w podobnych razach podwizać samą tylko tętnicę, okazało się mylnem: po podwiązaniu jej krew z żyły buchała, jak przedtem. Wreszcie ostatniej myśli dowodził jeszcze Kołomnin lat temu dwadzieścia, otrzymując (u psów) krwotok z v. femoralis pomimo podwiązania aortae abdominalis i z v. jugularis, pomimo podwiązania obydwóch na carotides et vertebrales.

Na zasadzie swoich przypadków, w których po przewiązaniu tętnicy i żyły biodrowej, dokonano w 1½ godziny po zranieniu wspomnianych naczyń, nie wystąpiły najmniejsze zaburzenia w obiegu krwi, autor twierdzi, a) że wspomniana ligatura nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa, b) że po wykonaniu podwiązania tylko tętnicy w przypadku zranienia jej i żyły krwotok nie ustanie, c) że nogę trzeba trzymać po podwiązaniu w położeniu poziomem, a nie pionowem, jak to się według rady Bergmann'a, robi po podwiązaniu samej tylko żyły biodrowej.

W. Janowski.

IV. Akuszerija i Ginekologija.

400. Josef HOECHSTENBACH. O odfuszcza-jącym zapaleniu macicy. *Ueber Metritis dissecans.* (*Arch. f. Gynaek. T. XXXVII. Z. 2*).

Pod nazwą *Metritis dissecans* Syromiatnikow opisał po raz pierwszy w 1881 r. pologową chorobę macicy, w przebiegu której po upływie pewnego czasu od położu wydzielają się części składowe tkanki macicznej. Dotychczas istnieje w literaturze 12 przypadków tej choroby dokładnie opisanych, a mianowicie: 2—Syromiatnikowa, 6—Garrignes'a, Nöggerath'a, Grammatikati, Lebediew'a, Kehrer'a po 1. Historyja choroby przypadku Kehrer'a w krótkości tak się przedstawia. U zdrowej, mocnej, lecz bardzo nerwowej kobiety przy normalnym końcu pierwszej ciąży ma miejsce poród po przedwczesnym pęknięciu pęcherza płodowego; pierwszy okres porodowy (okres otwierania się ust macicznych) trwa nadmiernie długo. Przy niedostatecznie otwartem ujściu macicznym założono kleszcze, lecz po 4 bezskutecznych trakecjach zdjęto takowe. W 16 godzin później wydobyto główkę, która tymczasem opuściła się niżej, kleszczami przy pomocy jednej trakeyi. Dziecko nieżywe. Pęknięte krocze zeszyto. Z powodu mocnego krwawienia

oddzielono łożysko ręką i przestrzyknięto macicę płynem antyseptycznym. Po upływie 3 kwadransów ciężki upadek sił, po którym następują gwałtowny dreszcz wstrząsający i powtarzające się wymioty, jako pierwsze objawy zakażenia połogowego. Na drugi dzień mocne wzdęcie i bolesność brzucha, szczególnie w dolnych częściach; nadczułość części rodnych. W macicy rozwija się pneumometra i gnilne zapalenie błony śluzowej. W ciągu paru następujących dni przy odpowiednim leczeniu zmniejszenie powyższych objawów i wydzielenie zmarzniętych kawałów błony śluzowej pochwy. Przetoka pęcherzowo-pochwowa. Rozwijają się przerzuty w płucach. Przy ciągłej trwającej umiarkowanej gorączce i przy obfitej ropno gnilnej wydzielinie 26 dnia po porodzie wydziela się z części rodnych sam przez się kawał tkanki, składający się z tkanki macicy i pochwy. Już wówczas postawiono rozpoznanie: metritis dissecans. W końcu, niezależnie od dalszych objawów zakażenia i ropnicy, nastąpiło zarośnięcie pochwy i macicy.

Metritis dissecans zdarza się dość rzadko. Jest to choroba położnicza, którą przeważnie zostają dotknięte pierwiastki i w przebiegu której najwcześniej 14-go a najpóźniej 47-go dnia po porodzie (na zasadzie dotychczas opisanych przypadków) wydzielają się części składowe warstwy mięsnej macicy. Że sprawa ta jest chorobą połogową, zdaniem powyższych badaczy, nie podlega to zdaje się wątpliwości. Syromiatników w pierwszym ze swych przypadków stawia ją w związku z tyfusem, na co nie zgadza się Hoechstebach. W większości opisanych przypadków półóg został poprzedzony dość poważnymi operacjami. H. sądzi, że we wszystkich w ogóle przypadkach miało miejsce zakażenie, które spowodowało zapalenie mięszu macicy z zejściem chorobowych tkanek w zgorzel. Co się tyczy anatomii patologicznej, to dotychczas nie można dać stanowczej odpowiedzi, czy mamy do czynienia z pierwotną zgorzelą części ściany macicznej w następstwie zakrzepu krwi (spowodowanego przez kokki) w odpowiednich naczyniach i następnie zapaleniem demarkacyjnym, czy też z przerwą w odżywianiu wskutek zapalnego wysięku (pierwotne zapalenie z następczą zgorzelą). Również niewiadomo, dlaczego w pojedynczych przypadkach chorób połogowych rozwija się to poważne zбочenie w odżywianiu, zaś w innych ciężkich przypadkach nie rozwija się wcale. Objawy tej choroby same przez się nie przedstawiają nic charakterystycznego. Ropne, a często gnilne odchody połogowe wskazują na zapalenie błony śluzowej macicy; obrzmienie i wrażliwość macicy dowodzą zapalenia mięszu; bolesność tkanki przymacicznej a także dolnej okolicy brzucha, jakoteż wzdęcie brzucha dowodzą zapalenia przymacicznego resp. okołomacicznego. Brak chęci do jedzenia, wymioty, rozwolnienie, bredzenie, ogólne uczucie osłabienia, szybki upadek sił, wysoka gorączka uzupełniają obraz choroby połogowej. Jeszcze przed wydzieleniem się tkanek, które występuje bez bólów i krwawienia, wraz z obfitą wydzieliną, ostre objawy i gorączka po większej części już ustąpiły; po wydzie-

leniu się chore czują znaczną ulgę. Rokowanie jest bardzo po-
ważne i często wątpliwe już to z powodu jednocześnie istnie-
jących innych zbroczeń połogowych, już też z powodu zmian
anatomicznych, zależnych od samego odłuszczenia. W przypad-
kach, które zakończyły się wyzdrowieniem, Syromiatników
znalazł poważny zanik macicy i zmniejszenie jamy takowej,
jakoteż brak miesiączki. Rozpoznanie, które nie podlega wąt-
pliwości dopiero po odłuszczeniu się zmartwiałych części, nie
jest trudne. Co się tyczy leczenia, to wobec samej sprawy od-
łuszczającej jesteśmy bezsilni; musi więc ono być objawowe i
dietetyczne i stosować się do istniejących jednocześnie innych
zaburzeń połogowych. Trzeba unikać przestrzykiwań macicy,
gdyż może nastąpić pęknięcie takowej; co najwyżej dozwala
się oględne wycieranie jamy macicznej watą zmoczoną w mo-
cnych rozczynach antyseptycznych. Za to antyseptyczne prze-
strzykiwania pochwy są bardzo wskazane. *Huzarski.*

401. Prof. SCHAUTA. **Wskazania do wycięcia całej macicy
przez pochwę.** *Münchener Mediz. Wochenschrift* Nr. 33.

Głównem wskazaniem do wycięcia całkowitej macicy przez
pochwę jest rak macicy. Schröder chciał był je ograniczyć
przez wypowiedzenie zdania, że przy porażeniu sprawą nowo-
tworową tylko portionis vaginalis, a nawet szyjki dość jest wy-
cinać tylko tę ostatnią. Trudno jest jednak poznać w takich
razach przy operacjach, gdzie kończy się tkanka chora a za-
czyrna się zdrowa. Już więc z tego powodu można a priori
przypuszczać, że wyniki takich częściowych operacji muszą
być nie dobre. Nadto, wykonywając w takich razach całkowite
oddalenie macicy, Schauta przekonał się, że często przy ogra-
niczonym na pozór raku części pochwowej macicy i jej szyjki
znajdują się wysoko w ciele macicy ograniczone ogniska rako-
we. Takich przypadków miał autor 16. Tak więc, chcąc być
pewnym, że operacja będzie gruntowną, autor wycina całko-
wicie macicę przy porażeniu zarówno części jej pochwowej, jak
szyjki i ciała. Twierdzi on, że im ogniska w przedniej części
macicy są więcej ograniczone tem chętniej powinien operator
zabierać się do całkowitego wycięcia macicy.

Jeżeli sprawa nowotworowa zaszła tak daleko, że nie ma
możności operowania w zdrowej tkance, wtedy Schauta uwa-
ża wycinanie macicy za bardzo nieodpowiednie, gdyż reko-
czyn ten nie może w tych razach przedłużyć życia chorej.
Szerzenie się sprawy po powierzchni macicy, po przednich czę-
ściach dróg rodowych, po odbytnicy lub pęcherzu moczowym
nie jest przeciwwskazaniem do operacji, jeżeli parametria są
niezajęte.

W celu odróżnienia nacieczenia zapalnego tych ostatnich
od rakowego, autor bada chore pod chloroformem. Twardość
nacieczenia i nieruchomość macicy przy jego obustronności są
przeciwwskazaniem do operacji, gdyż takowa nie może być w tych
warunkach skuteczną.

Oprócz raka macicy, Schauta przyznaje trzy choroby
jej, przy których może być potrzebnem wykonanie całkowitego

wycięcia: wypadnięcie, mięśniak i zapalenie błony śluzowej gruczołaste.

Przy wypadnięciu macicy należy przystąpić do jej wycięcia przy niemożliwości wprawienia jej wskutek zrostów w miednicy, przy powikłaniu mięśniakiem, przy którym wyleczenie inną drogą jest niemożliwym i w tych przypadkach, w których inne sposoby leczenia nie odniosły żadnego skutku.

Mięśniak jest wskazaniem do operacji wycięcia macicy przez pochwę przy jednoczesnym wypadnięciu jej, przy bolesności, krwawieniu, i wielkość jego nie może w tych razach przechodzić wielkości pięści.

Zapalenie błon gruczołaste upoważnia do operacji, a nawet zmusza do niej, jeżeli po starannem wyłyczekowaniu jamy macicy pojawiają się na niej wkrótce na nowo rozrosty i występują wszystkie objawy tej choroby ponownie. Niewłaściwie jest wtedy namyślać się zadługo, gdyż często zaczynają się w tych razach rozwijać gruczolaki, przechodzące następnie w raki.

Na 65 wykonanych przez siebie omawianych operacji autor miał 5 przypadków śmierci, zależnych od niedokładnej początkowo metody operowania. Z operowanych przez Schauta chorych na raka macicy 47,30% do dziś dnia można uważać za prawie uleczone, gdyż przeszło 2 lata od czasu operacji a recydywy niema. Gdyby nawet u tych chorych po pewnym czasie rak zjawił się jeszcze, to w każdym razie uważa Schauta, że i te ich życie przez lat kilka w zupełnym zdrowiu dało by mu prawo twierdzić, że operacja wczesnego wycięcia rakowatej macicy przez pochwę jest dla chorych korzystną. *W. Janowski.*

402. Dr. HEINRICH BAYER. **Ueber geburtshilfliche Elektrotherapie bei Künstlichen Frühgeburten und Cervixstricturen.** (*Vollk. Samml. Klin. Vortr. Nr. 358.*)

Przed 5 laty B. ogłosił swe spostrzeżenia nad doskonałym działaniem stałego strumienia w chorobach kobiecych, przy słabych i kurczowych bólach porodowych, a w szczególności przy wywoływaniu sztucznego przedwczesnego porodu. Wnioski, do jakich doszedł, były następujące: 1) Stały strumień wywołuje napewno kurczenie się ciężarnej macicy, jest przeto w większości przypadków pewnym i zupełnie bezpiecznym środkiem, wywołującym sztuczny przedwczesny poród, również jest skutecznym przy zwykłej słabości bólów porodowych, gdy chcemy wywołać kurczenie się macicy; 2) wywołane przezeń kurczenia się macicy są prawdziwymi bólami porodowymi i skazują główny skutek w okresie otwierania się ust macicznych; 3) strumień stały wywołuje również kurczenie się macicy nieciężarnej, ale zawierającej obce ciało, a w wielu przypadkach nawet kurczenie się pustej macicy; 4) strumień stały ma wybitnie kojący wpływ na kurczowy stan macicy: przy czasowym porodzie usuwa istniejące zwężenia, a przy sztucznym przedwczesnym porodzie zapobiega powstawaniu takowych. Po ciąży można go zalecić przy utrudnieniu w miesiączkowaniu kurczowej natury (*Spasmodische Dysmenorrhoe*); 5) stały strumień okazuje swój wpływ katalityczny i kataforyczny przez

rozmięczenie szyjki przy porodzie, jakoteż w tych wypadkach, w których był stosowany z pożytkiem przeciwko brakowi mięsności i zanikowemu stanowi organów rodnych.

Co się tyczy działania stałego strumienia na ciężarną macicę, to pod wpływem jego występują dwa objawy: kurczenie się macicy i rozluźnienie szyjki. We wszystkich spostrzeżeniach stwierdzono rozmięczenie, rozpułchnienie i rozszerzenie szyjki, które często występowało jeszcze przed pojawieniem się dobrych bólów porodowych. W skutek tego B. zaleca galwanizm dla wywołania przedwczesnego porodu, przynajmniej jako metodę przygotowawczą, jako też celem przygotowania niepodatnej i nierozciągliwej szyjki przy prawidłowym porodzie. Co się tyczy drugiego objawu, to B. stanowczo twierdzi, że nie widział żadnego przypadku, w którym nie byłby w stanie za pomocą tej metody wywołać kurczenia się macicy. W niektórych przypadkach skutek ten występował w wybitny sposób. Zdarzają się jednak przypadki, w których macica okazuje się zupełnie i stale nieczułą na wpływ stałego strumienia; czasami ma miejsce czasowe zmniejszenie kurczliwości macicy. Temi dwiema przyczynami B. tłumaczy absolutny brak skutku przy prawidłowym stosowaniu stałego strumienia w niektórych przypadkach. B. radzi nawet skorzystać z tego, celem rozpoznania stanu pobudzalności macicy, przed wprowadzeniem bougie. Co się tyczy pytania, czy z tą samą pewnością strumień stały sprowadza poród, czyli innymi słowami, czy galwanizacja macicy jest pewnym środkiem, wywołującym sztuczny przedwczesny poród, to strumień stały oprócz rozmięczenia szyjki wywołuje tylko bóle porodowe, nie wywołuje zaś stałego podrażnienia macicy, oddzielania się jaja płodowego, ani nagłego rozszerzenia szyjki, te ostatnie objawy występują dopiero, aż gdy bóle wywołane galwanizacją, trwają już pewien czas. Z tych powodów B. zaleca unikać zbyt długich przerw pomiędzy pojedynczemi posiedzeniami. Gdy chcemy otrzymać prędko i pewny skutek, wówczas musimy tak długo galwanizować bez przerwy lub też z małemi przerwami, aż wystąpią dobrowolne bóle porodowe. W praktyce przedstawia to pewne trudności, tak z powodu niemożności ciąglego trzymania elektrody w pochwie przez akuszerkę, jako też z powodu zmęczenia chorej.

Czasami pomimo prawidłowych bólów porodowych naprzemian z prawidłowemi pauzami, poród nie postępuje. Niekiedy część poprzedzająca napotyka opór ze strony kostnej miednicy, innym znowu razem okazują opór miękkie części. B. mniema, że nadpochwowa część szyi macicznej przy prawidłowych warunkach już podczas ciąży rozluźnia się i zamienia się w tak zwany dolny odcinek macicy (unterer Uterinsegment), lecz w niektórych razach to ostatnie niema miejsca i w tym wypadku istnieje usposobienie do zwięzienia szyjki, wskutek czego poprzedzająca część zatrzymuje się po nad miednicą. Dolny ten odcinek przyjmuje mały lub też żaden udział w ściąganiu się macicy, rozszerza się on biernie, a po porodzie jest zupełnie rozluźniony. Mocne kurczenie się ściany macicznej sięga tylko

t. zw. obrączki kurczowej (Kontraktionswulst), która stanowi górną granicę tego odcinka. Gdy takowy odcinek istnieje i zawiera w sobie część zawartości macicy, wówczas obrączka kurczowa nawet przy kurczeniu się macicy jest rozwartą, już to wskutek napierania pęcherza płodowego, już też po pęknięciu takowego wskutek nacisku zawartej w nim części płodu. Warstwa mięśniowa ciała macicy przesuwa się podczas bólu po najjajem płodowem, przez co ma miejsce mocniejsze rozdęcie dolnego odcinka. To rozdęcie przenosi się na nierozciągnięte jeszcze dolne części szyjki. W tych wypadkach nie można zauważyć zwężenia szyi macicznej pod poprzedzającą częścią podczas bólu, a każde kurczenie się działa na nią rozszerzająco. W rzadziej przypadkach, w których część nadpochwowa nie jest rozciągnięta, brak tem samem dolnego odcinka. W tych wypadkach warstwa mięsna kurczliwa sięga aż pod poprzedzającą część, do tego miejsca, którem odgranicza zamknięty kanał szyjki od rozszerzonej jamy macicznej. Gdy szyja maciczna, jak to często bywa u mnogorodzących, już w okresie otwierania się ujścia jest tak rozpulchniona i rozmiękła, że można wprowadzić palec, wówczas podczas bólu w górnym końcu takowego wyczuwamy mocniejsze, okrągłe zasznurowanie, odpowiadające obrączce kurczowej w normalnych wypadkach. B. nazywa ten objaw „fizjologicznem zwężeniem;“ przeszkadza ona zwykłemu zanikaniu szyi macicznej. Takowe zwężenie daje się zauważyć nierzadko w początkach porodu przy zwężeniach miednicy, przy niepodatności i starych bliznach szyi macicznej, przy poprzedzającym łożysku, przy nieprawidłowem ułożeniu płodu, a w szczególności u mnogorodzących. W przyjaznych warunkach przy zwiększającym się rozmiękczeniu szyi macicznej i w tych przypadkach macica przesuwa się po najjajem płodowem, zwężenie się rozszerza, znika i powstaje następnie dolny odcinek mniejszych rozmiarów. Pomysłny ten przebieg może być powstrzymany przez nieprawidłową niepodatność tkanek, przez nieprawidłowe bóle porodowe i przez przedwczesne pęknięcie pęcherza.—Nieprawidłowe ułożenie płodu, częste i gwałtowne badanie, wprowadzenie narzędzi, jako to rozszerzanie bougies, mogą wywołać w następstwie podrażnienia macicy i zaburzenia w działalności bólów porodowych. Wówczas odpowiednio do kurczowego stanu macicy, z fizjologicznego zwężenia staje się ono patologicznem.

W najgorszych przypadkach, skomplikowanych nadużyciem sporyszu, objawia się ogólny tężec macicy na dolnej granicy kurczliwości, jako toniczny skurcz, jako „trismus uteri.“—Przy tych zwężeniach nie zawsze ma miejsce okrągłe ściąganie się. Czasami, a szczególnie przy pewnych nieprawidłowościach w ustawieniu płodu, dolny odcinek nierównomiernie się rozszerza; wówczas występują objawy częściowego zwężenia, t. j. jednostronna półksiężycowa listewka, która podczas bólu występuje do światła kanału i nadaje mu ukośny kierunek. Takie częściowe zwężenia można znaleźć czasami przy twarzowych położeniach od strony podbródka, a przy tylnych odmianach poło-

żeń czaszkowych na tylnej ścianie macicy. — Przy sztucznych przedwczesnych porodach istnieją warunki, sprzyjające wytworzeniu się takich zwiężeń. W tych wypadkach, z powodu obawy kurczowego zwiężenia, ma wielkie znaczenie utrzymanie w całości pęcherza, jako też prawidłowa czynność bólów porodowych. Z pośród sposobów sztucznego wywołania przedwczesnego porodu, galwanizacja najbardziej stosunkowo czyni zadość obu powyższym warunkom. Wprawdzie i w tych wypadkach istnieje fizjologiczne zwiężenie, ale znika ono ze zwiększającym się rozpulchnieniem szyjki; wiadomo, że stały strumień przygotowuje tkanki, rozmiękcza zwiężenia; w tych wypadkach z początku przez więcej trwałe stosowanie elektrodu skorzystamy z katalitycznego działania strumienia. Czynną elektrodę przykładamy naturalnie przez usta maciczne wprost do zwiężenia. — Najwidoczniejszym jest skutek, gdy część przodującą wstrzymuje tylko jeszcze cienka listewka mięśniowa; takowe zwiężenie ustępuje czasami po jednorazowej krótkiej galwanizacji w ciągu paru minut.

B. zaleca następujący sposób postępowania przy stosowaniu galwanizacji. Po dokładnej dezynfekcji kanału rodowego, wprowadzamy ujemną elektrodę w kształcie zgłębnika do ust macicznych, anodę w kształcie dużej płaskiej elektrody kładzie się na brzuch. Rozpoczynamy od słabego strumienia o kilku milliamperach, przepuszczamy go stale w ciągu 10—15 minut, zamykamy i otwieramy prądy i powtarzamy tę czynność po upływie paru godzin, aż szyjka przepuści palec. Gdyby macica pozostawała stale rozluźnioną, wówczas probujemy zmian w kierunku strumienia. Przed i po każdym posiedzeniu przemycamy pochwę. Gdy kanał szyjki przepuszcza palec, staramy się wywołać kurczenie się macicy przez zmiany w kierunku strumienia lub też przez galwanizację z przerwami; przyczem przekonywamy się czy istnieje zwiężenie; w tym wypadku przykładamy katodę do zwiężenia i stale dalej galwanizujemy. Skoro nie widać więcej zwiężenia, wprowadzamy gąbkę, będącą w połączeniu z elektrodą, za pomocą tenetki do szyjki, pozostawiamy ją tam i elektryzujemy z przerwami (intermittierend). I tu wówczas dopiero zwiększamy natężenie strumienia, gdy nie widać prędko skutku. Kiedy macica zaczyna się kurczyć, zdejmujemy anodę, ażeby ją znowu przyłożyć w 10—5 minut po nastąpieniu rozluźnienia macicy. Jeżeli po upływie tego czasu nastąpi samoistny ból porodowy, to naturalnie nie zamykamy przyrządu. Gdy wystąpią dobrowolne skórcze w prawidłowych odstępach czasu, wówczas usuwamy gąbkę i starannie dezynfekujemy szyjkę i pochwę. Gdyby bóle znowu ustąpiły, można jeszcze raz wprowadzić gąbkę i znowu galwanizować. Gdy szyjka maciczna jest rozluźniona, gdy pęcherz podczas bólów spuszcza się aż do zewnętrznego ujścia macicznego, a działanie stałego strumienia znika, wówczas najlepiej wprowadzić bougie, gdyż nawet pęknięcie pęcherza płodowego nie może już wogóle wywołać złych skutków. — W tych wypadkach, w których stały strumień po wielokrotnem stosowaniu nie wywołuje ani bólów,

ani też rozluźnienia szyjki, B. radzi codziennie przedsięwziąć próbną galwanizacją i dopiero wówczas przystąpić do wywołania sztucznego przedwczesnego porodu, gdy macica zaczyna oddziaływać na elektryczność. Przedtem i inne metody zawiodą lub też szkodzą płodowi. Gdy macica nie reaguje na elektryczność, nie można się spodziewać dobrego skutku po sztucznym przedwczesnym porodzie i lepiej zastąpić takowy perforacją przy normalnym końcu ciąży. *Huzarski.*

403. J. WERNITZ. **O leczeniu elektrycznością raka macicy.** *Berl. Kl. Woch. Nr. 38. 1890.*

W niektórych przypadkach sprawa nowotworowa w macicy zaszła tak daleko, zanim się chora do lekarza o pomoc udaje, że o operacji, przynajmniej o operacji radykalnej, nie może być mowy. W takich razach Wernitz wypróbował działanie elektryczności, używając prądu o sile 100—200 miliamperów, przyczem kładł on jeden z elektrodów, mianowicie obojętny, zajmujący około 400 □ cm., na dolną część brzucha, a drugim w postaci zgłębnika z węgla lub czasami igły platynowej dotykał przez wziernik do samego nowotworu. Posiedzenia odbywały się codzień lub co drugi dzień i trwały po 8—10 minut.

Dotychczas autor leczył tym sposobem 4 kobiety, którym już nic innego nie można było pomódz i zauważył, że pod wpływem elektryczności znikają zupełnie bóleści, które bardzo dolegały przedtem pacjentkom, zmniejszała się ilość wydzieliny i rozpad mass nowotworowych. Jest według samego autora, kwestyją wątpliwą, czy tą drogą można by zupełnego wyleczenia osiągnąć, jednakże, powiada on, jest to już wiele, że możemy tą drogą powstrzymywać rozpad masy nowotworowej i postępowanie sprawy naprzód.

Autor liczy na to, że inni, za jego przykładem zacząć próbować tegoż samego, tymczasem jednak wypowiada następujące zdanie co do przyczyny działania elektryczności w tym razie. W miejscu dotknięcia się elektrodem do nowotworu tworzy się strup, na około którego powstaje zapalenie produkcyjne z tworzeniem się tkanki łącznej, dzięki której rozrosty stają się trwałszymi i nie krwawią. Nadto działanie prądu jest tu katalityczne. Ulegają mu elementy ruchowe, jako mniej odporności posiadające, łatwiej rozpadają się i, jako takie, zostają wessane. *W. Janowski.*

404. Dr. Egon Braun von FERNWALD. **O antyseptycznem wyłyżeczkowaniu macicy przy zapaleniu błony śluzowej macicy pochodzenia połogowego.** *Ueber die antiseptische Lazocholeatio uteri bei Endometritis puerperalis. (Arch. Gynaek. T. XXXVII Z. 3).*

Kehrer z punktu widzenia kliniczno-anatomicznego i bakteriologicznego odróżnia trzy główne formy gorączki połogowej: 1) (pyaemiczną) ropniczą, 2) (septyczną) zakaźniczą i 3) gnilną (sapræmiczną). Ostatnia forma, która otrzymała swą nazwę od Duncana, jest najczęstszą i tem się różni od dwóch pierwszych, że przy niej sprawa chorobowa jest umiejscowiona, a objawy ogólne zależne są jedynie od przedostawania się do

krwi produktów rozkładu, tworzących się w ognisku chorobowym, gdy za przyczynę ropnicy (pyaemia) i (septicaemia) zakaźnicy, trzeba uważać drobnoustroje odnawiające się we krwi. Otóż przy gnilnicy u położnicy (sapræmia puerperorum) Br. v. F. zaleca wyłyżeczkowanie wnętrza macicy. Dotychczas sposób postępowania przy tej postaci był następujący. Obok leczenia objawów ogólnych (miarkowanie gorączki i pobudzenie czynności serca), stosowano miejscowe leczenie, skoro tylko rozpoznano przyczynę choroby, a mianowicie robiono przestrzykiwania wewnątrzmaciczne płynami odwanającymi raz lub parę razy w ciągu doby lub też stosowano stałe przemywanie macicy (permanente Irrigation). Przez usunięcie pozostałych w macicy resztek i staranną dezynfekcję jamy macicznej powstrzymuje się wchłonięcia produktów rozkładu i usuwa się przyczynę choroby. Gdy jednak gnilne ognisko pod postacią trzymających się mocno ściany macicy resztek jaja płodowego, trudno usunąć przy przemywaniu jamy macicy powtarzaniem od czasu do czasu, a stałe przemywanie takowej jest w praktyce prywatnej połączone z ogromnemi trudnościami zarówno dla chorej, jak i dla otoczenia, to przy zastosowaniu wyłyżeczkowania macicy usuwa się odrazu ognisko gnilne, a tem samem przyczynę choroby. Wyłyżeczkowanie macicy znalazło zastosowanie w klinice wiedeńskiej prof. Brauna przy wymienionej wyżej formie gorączki połogowej od kilku lat (od 1886 r.). Trzeba dodać, że Charpentier również zaleca przy zakaźnem zapaleniu błony śluzowej macicy w pologu wyskrobanie i wytarcie jamy. Tak samo postępuje Anvard. Samo wyłyżeczkowanie dokonywa się w sposób następujący. Chorą układa się w bocznej (lewym) położeniu Sims'a i po dokładnem oczyszczeniu zewnętrznych części rodnych wprowadza się do pochwy wziernik rynienkowaty; z powodu odsunięcia ku tyłowi krocza i szerokiego rozwarcia pochwy, można dokładnie obejrzeć przednią ścianę pochwy i boczne części takowej i ewentualnie znaleźć w niej zmiany chorobowe; potem chwytła się przednią wargę maciczną kulociągami i ściąga się część pochwową, następnie długą, szklaną zgiętą kankę maciczną, z której usunięto powietrze przez puszczenie płynu, doprowadzany powoli aż do dna macicy i przemywamy jamę maciczną 2—3 litrami płynu dezynfekcyjnego.

W wielu przypadkach już przez to samo zostają usunięte z jamy macicznej skrzepy krwi lub cząsteczki zmartwiałej tkanki, luźno trzymające się ściany macicy, a bardzo często pokazują się z ujścia wewnętrznego większe kawałki pozostałych błon płodowych, trzymające się jeszcze mocno górnemi częściami ściany macicy, które łatwo usunąć łyżeczką. Potem doprowadza się długą, szeroką, tępą łyżeczką powoli aż do dna macicy, przyczem trzeba bezwarunkowo unikać gwałtownego popychania naprzód, a następnie oskrobuje się powoli, przy niezbyt wielkiem naciskaniu narzędzia, całą wewnętrzną powierzchnię macicy. Manipulacja ta nie jest łatwą i wymaga pewnej wprawy. Przedewszystkiem trzeba wymacać i wyskrobać wszystkie

części wewnętrznej powierzchni macicy, a nadewszystko kącik jajowodowy. Z powodu wiotkości połogowej macicy, jakoteż rozluźnienia i niepełnego wstecznego rozwoju przy chorobie błony śluzowej, opór napotykaną przez łyżeczkę jest słaby; przez to zbyt wielka siła może łatwo spowodować przedziurawienie macicy, zaś zbyt lekkie oskrobywanie błony śluzowej nie usunie wszystkich zmartwiałych cząstek tkanek. Przy pomocy łyżeczki można wyraźnie odróżnić gładkie, zdrowe miejsca od nierównych i chropowatych, na których jest umocowana zmartwiała tkanka; szczególnie łatwo odróżnić miejsce przyczepienia łożyska i na nie trzeba zwrócić szczególną uwagę przy łyżeczkowaniu, gdyż stanowi ono zwykle punkt wyjścia zapalenia błony śluzowej. W tym celu przy wyskrobywaniu tego miejsca trzeba sięgnąć łyżeczką aż do warstwy mięsnej macicy.

Większe krwawienie rzadko miewa miejsce. Po dokładnem oczyszczeniu macicy, należy obejrzeć zewnętrzne ujście maciczne i początek kanału szyjki, gdzie nie bardzo rzadko można znaleźć szarawo-żółty nalot, dość mocno przylegający do podścieliska, w tym ostatnim przypadku usuwa go się także za pomocą łyżeczki. Po wyłyżeczkowaniu przemywa się macicę, przyczem zostają usunięte wyskrobane i pozostałe w macicy części tkankowe jakoteż zebrana krew. Następnie wykonujemy lekko zgiętą ręką łagodny, długotrwały ucisk dna macicy, przez ściany brzuszne celem wydalenia resztek płynu i wywołania ściągnięcia się macicy i wprowadzamy wysoko do jamy macicznej przy pomocy lekko zgiętej korncangi paleczkę jodoformową grubą na palec, zmoczoną w jodynie, poczem smarujemy istniejące pęknięcia błony śluzowej pochwy, pokryte nalotem, mocną czystą jodyną i tamponujemy szyjkę maciczną i pochwę paskami gazy jodoformowej, już to celem uniknięcia nowego zakażenia, już też celem pobudzenia macicy do dłuższych skurczów. Chorą szybko przenosi się na łóżko i podaje się jej natychmiast duże ilości koniaku, a na brzuch kładzie się pęczek z lodem. Tampon z gazy jodoformowej pozostaje 24 godzin. Po wyłyżeczkowaniu nie robi się już żadnych przestrzykiwań wewnątrzmacicznych, lecz tylko codzienne przestrzykiwanie pochwy rozczyłem thymolu.

Co się tyczy czasu kiedy należy przystąpić do wyłyżeczkowania, to gdy tylko zostało napewno rozpoznaniem zapalenie błony śluzowej macicy, należy natychmiast dokonać wyłyżeczkowania; gdy przepuścimy odpowiednią chwilę, a zakażenie z miejscowego stanie się ogólnem, to postęp takowego nie da się niczem powstrzymać. Wyłyżeczkowanie dokonywa się bez chloroformowania chorej, gdyż rękoczyn ten nie bardzo jest bolesny. Po dokonaniu takowego położnice w większości przypadków czują się dobrze; w pojedynczych przypadkach bezpośrednio po wyłyżeczkowaniu występuje dreszcz, po którym wkrótce położnice czują się dobrze. W dalszym przebiegu prawie we wszystkich przypadkach typowo spada gorączka; nie-

kiedy jednak chore gorączkują jeszcze parę dni po wyłyżeczkowaniu.

Inwolucja połogowej macicy prędko następuje po wyłyżeczkowaniu; macica jest nieczułą na ucisk. Odchody połogowe stają się bezwonnemi, przez trzy dni są one krwawe, a następnie stają się mleczne. Nigdy nie zauważono wysięku w tkance przymaciczej po wyłyżeczkowaniu.

B. v. F. dochodzi do wniosku, że w wyłyżeczkowaniu przy gnilnej formie zapalenia macicy posiadamy środek, który, zastosowany we właściwym czasie, nie tylko jest w stanie powstrzymać możliwe uogólnienie zakażenia, ale jeszcze przez usunięcie przyczyny choroby sprowadza istotne skrócenie okresu zdrowienia. Wyłyżeczkowanie jest wskazane tylko w tych przypadkach gorączkowych chorób w połogu, których jedyną przyczyną jest cierpienie błony śluzowej macicy. Takowe objawia się: a) wystąpieniem gorączki w pierwszej chwili połogu, b) niedostatecznym wstęcznym rozwojem połogowej macicy, c) zmienioną właściwością odchodów połogowych (wydzielanie się brudnych, cuchnących odchodów, często zmieszanych ze zgniłemi cząstkami tkanek).

Wyłyżeczkowanie jest przeciwwskazane we wszystkich przypadkach, w których można dowieść rozpoczynającego się ogólnego zarażenia. To ostatnie ma raz postać zakaźnicy (septicaemia), innym znowu razem ropnicy (pyaema). Objawy pierwszej stanowią: wysoka gorączka, mocny ból głowy, suchy język, mały, prędki, łatwo dający się ucisnąć puls, prędkie wyczerpanie czynności serca w obec której lekarz jest bezsilny. Przy drugiej obok objawów ogólnych występują więcej na pierwszy plan miejscowe objawy; wstęp stanowią często powtarzające się dreszcze, wysoka gorączka z nieprawidłowemi podskokami i spadkami, wkrótce przyłączają się bóle w brzuchu, ropne zakażenia z dróg chłonnych macicy przechodzi na tkankę przymaciczną i otrzewną, występuje wzdęcie brzucha, czkawka, mocne, długotrwałe wymioty, rozwolnienie lub też przeważnie zostają dotknięte żyły, ropa zostaje zawleczoną do innych narządów i rozwijają się przerzuty (metastazy). Przy takich objawach nie pomoże już ani wyłyżeczkowanie, ani żadne inne leczenie wewnątrzmaciczne.

Huzarski.

V. Wiadomości pomniejsze.

405. Prof. Obolowski z Moskwy zaleca na zasadzie swoich dzieł wycięciu spostrzeżeń *balsamum copaivae*, jako środek **moczopędny** przy obrzękach, zależnych od wad serca. Należy go podawać w ilości 1,25—2,50 grm. Środek ten w jednym tylko razie wpłynął niekorzystnie na nerki. W innych znoszony był dobrze. Ilość moczu w dwójnasób się powiększała, obrzęki zmniejszały się.

406. Dr. Neumann zaleca następujące postępowanie przy **blonicy**, które jakoby skracalo jej przebieg. Choremu daje się sporą dawkę kolomelu, następnie kilkakrotnie pędzluje się mu i przestrzykuje gardło wodą wa-

pienną, poczem smaruje mu się gardło płynem, przygotowanym według recepty:

Rp. Jodi puri 0,4
Spirit. vini 20,0
Chlorofonii 2,0.

Po sześciu godzinach następuje ponowne pędzlowanie. W dwie godziny potem— zimne wycieranie, a potem zawijanie w koldrę i picie gorącej herbaty z dodaniem 1—3 grm. salicylanu sodu. Następuje diaforeza, którą się wstrzymuje po 2—3 godzinach. Nazajutrz pędzluje się gardło tylko raz, a na trzeci dzień cała manipulacja powtarza się, jak pierwszego dnia.

407. Ciekawe spostrzeżenie ogłosił dr. Loewenberg. Statystyka oparta na trzech tysiącach przypadków pokazała mu, że w **cierpieniach uszów** ma pewne znaczenie rodzaj osobnika. Mianowicie, jeżeli mężczyzna cierpi na jedno ucho, to w przeważnej ilości przypadków na lewe, odwrotnie kobieta—na prawe. Następnie u mężczyzn cierpiących na oboje uszu, przewaga jest zawsze po stronie lewego, u kobiet zaś bardzo nieznaczna.

408. Gaucher podaje w „Bul. Méd.“ wyniki swoich badań nad wpływem **kwasu bornego na suchoty**. Z szeregu doświadczeń, wykonanych na królikach, dowiadujemy się, że podawany tym zwierzętom kwas borny w ilości 0,2 grm. na 3 klgrm. wagi przeszkadza rozwojowi u nich sprawy gruźliczej, u innych zaś królików, na których jednocześnie wykonano szczepienia, a którym jednak nie dawano wcale kw. bornego, zaszła daleko. U ludzi którym autor dawał 1 grm. tego środka przez czas dłuższy, można było zauważyć zmniejszoną ilość płwociny. Obecnie, opierając się na swoich badaniach doświadczalnych na królikach, Gaucher będzie swoim pacjentom dawał po 4 grm. kwasu bornego i ogłosi wkrótce wyniki tego rodzaju postępowania. Trująca dawka kw. bornego wynosi, według niego, 1 grm. na kilo wagi.

409. Zmniejszając odporność woli chorego, **chloroform**, jak pokazały badania Voisin'a pomaga bardzo do wywołania **hypnozy** nawet u takich chorych, których bez niego wcale niepodobna było uśpić. Chloroformu potrzeba w tym celu zaledwie kilka kropel.

410. **Chloral hydrat** znalazł sobie zastosowanie w chirurgii. Sée podaje go, jako dobry środek przy **hydrocele**, z nader pomyślnym skutkiem był on stosowany przez niego zamiast jodu z górą 200 razy. Używa się w tym celu około 30 grm. 10⁰/₀ roztworu, wstrzykując je na 10—15 minut. Nadto zastrzykiwania chloralu w okolicę żyłaków wywołują powolne krzepnięcie krwi i stopniowe ich zwężenie. Dobre również wyniki otrzymywał Sée po zastrzyknięciu chloralu do cyst surowicznych.

411. Dr. Siegal przyszedł na zasadzie doświadczeń, robionych w oddziale Moczutkowskiego, do wniosku, że **każde oko ma swój ośrodek ruchomy**, i że tylko dzięki ciągłej asocjacji odpowiednich pojęć dochodzi się do tego, że się ich działalność najzupełniej zlewa. Mianowicie udawało mu się pod hypnozę kazać choremu, odsłoniwszy mu powieki, patrzeć jednym okiem stale w jeden punkt, a drugim kręcić do wewnątrz i na zewnątrz. Również udawało mu się otrzymywać w jednym oku zwężenie lub rozszerzenie źrenicy stosownie do tego, czy wmawiał hypnotyzowanemu osobnikowi, że tym okiem widzi lub też, że nie widzi.

412. Vidal zaleca podawać dzieciom chorym na **szkarlatynę, octan ammonu**, przy którym jakoby gorączka spada pręcej i niezwłocznie następuje luszczenie. Środka tego można dawać bez wszelkiej szkody 2—6—9 a nawet do 30 grm. W. Jan.

413. **Przemiana kalomelu** ($Hg_2 Cl_2$) na **sublimat** ($Hg Cl_2$) **wewnątrz ciała**, jak to przyjmują powszechnie, nie ma miejsca według poszukiwań Adama d'Alfort (Bull. de Ther. T. IV). Taka przemiana nie może w ogóle przyjść do skutku bez dostępu powietrza. To też zbranianie chorym słonych lub kwaskowatych pokarmów po zażyciu kalomelu nie ma racji bytu. Jednocześnie zato podawanie kalomelu i kwasów może spowodować objawy zatrucia rtęcią.

414. Gilman Thompson dokonał kilku **transplantacji cząstek mózgu** u zwierząt. Dwom wielkim psom jednocześnie wytrepanowano odpowiadające sobie miejsca w kościach potylicowych i wyjęto po 8 c. sz. mózgu, następnie przełożono te kawałki na miejsca wyjętych.

Po 3 dniach zwierzęta zabito i znaleziono, że przeniesione kawałki miały wygląd normalny; przylegały one tak ściśle do sąsiednich części, że nie można było ich odjąć bez rozerwania tkanki. W drugim doświadczeniu trepanowano jednocześnie psa i kota, potem przeniesiono cząstki mózgu z jednego zwierzęcia na drugie. Trzeciego dnia znaleziono, że u kota cząstka przeniesiona zlepioną była z mózgiem warstwą włókniaka; to samo było u psa. U innego psa operowanego w podobny sposób a zabitego po 6 tygodniach znaleziono, że przeniesiony kawałek mózgu (2 c. sz. od kota) połączył się z mózgiem zapomocą zrостu łącznotkankowego.

(W. M. Presse 47).

415. Dr. Kupke z Poznania, proponuje następujące leczenie **Enuresis nocturna**: do wewnątrz *Rhus aromatica*, zewnątrznie faradyzacja. Pierwsze jako *Extractum fluidum rhois arom.* podaje się rano i wieczorem w mleku: dzieciom małym 1 do 2 lat po 5 kropel, do 6 lat po 10 kropel, starszym po 15 kropel. Środek ten powinien być stosowanym przynajmniej w ciągu 3—4 miesięcy. Faradyzacja odbywa się tak, że duży biegun dodatni stawia się na granicy między częścią grzbietową i lędźwiową kolumny, podczas gdy małym ujemnym przechodzi się okolicę pęcherza. Trwanie posiedzenia 1—5 m., liczba posiedzeń 20—30. Strumień nie powinien wywoływać bólu. Dyjetę należy zmieniać o tyle, aby zmniejszyć ilość płynów, na wieczór usunąć je zupełnie. Poślanie ma być twarde; należy baczyć na regularne oddawanie moczu; dalej obmywanie zimne ciała, a latem kąpiele rzeczne. *Rhus ar.* zdaje się wywierać swoiste działanie na błonę śluzową pęcherza.

Poprzednio była w użyciu *Tra nucum vomicarum*, nie wywiera ona jednak żadnego wpływu. Za to strychnina podskórnie (0,001 grm) sprowadzu niekiedy natychmiastową poprawę. Autor zwraca uwagę na to, że choroba omawiana powinna być usunięta przed 14 rokiem życia, później udaje się to daleko trudniej. Rozumie się że każdy chory powinien być jak najściślej zbadany, czy jego narządy moczopłciowe nie przedstawiają jakich zboczeń, warunkujących chorobę. (W. M. Presse 48).

416. Aby usunąć lub zapobiedz **szorstkości** skóry (przy domowych zajęciach etc.) Ms. Isobel radzi po starannem wymyciu i wytarciu rąk wetrzeć zaraz szczyptę zwyczajnego b. drobno utartego krochmalu.

417. Prof. Küster zwraca uwagę na nieznaną dotąd **niebezpieczeństwo** przy operowaniu starych wielkich przepuklin, mianowicie wciskanie wielkich

mass kiszek do jamy brzusznej, której pojemność z biegiem czasu uległa zmniejszeniu, ciśnienie wewnątrz brzucha powiększa się do tego stopnia, że zawartość żołądka podnosi się przez przelyk do gardzieli, a ztąd może być aspirowaną do płuc. K. stracił w ten sposób jednego chorego. Należy w podobnych przypadkach uprzednio przepłukać i opróżnić żołądek (Centr. f. Chirurgia 36).

Kronika miesięczna.

— Prasa lekarska w ostatnich czasach zajmuje się szeroko t. zw. kwestyją felczerską, innemi słowy kwestyją stosunku lekarza do felczera i tego ostatniego do społeczeństwa; porównywano w tej kwestyi wiele już projektów mniej lub więcej udatnych, wszystkie one jednak, przynajmniej do czasu, muszą utonąć, w rzeczywistość bowiem na razie oblec się nie mogą.

Tymczasem bez próżnego hałasu, spokojnie pewne grono lekarzy walczy wytrwale i skutecznie przeciwdziała wpływowi felczarów na ogół, pozwalając mu korzystać z porady specjalistów bezpłatnie.

Dziś w Warszawie nikt nie ma prawa uskarżać się na poradę lekarską, za 25 kop. otrzymuje ją w lecznicach, ci zaś, dla których i ta cena jest nie przystępną mają do rozporządzenia bezpłatne ambulanse szpitalne.

Tych ostatnich jest liczba nie mała.

Celuje szczególnie szpital Ś-go Duchy, w którym udzielają porad:

w chorobach wewnętrznych ordynatorzy kliniki kol. Feilchenfeld, Strzeszewski i Józef Zawadzki codziennie, w chorobach gardzieli, krtani i nosa 3 razy w tygodniu kol. Sokołowski, w chorobach uszu 3 razy tygodniowo kol. W. Szumlański.

w chorobach dzieci kol. J. Bądkiewicz, codziennie,

w chorobach chirurgicznych prof. Kosiński 2 razy w tygodniu oraz codziennie ordynatorzy kliniki Bukowski, Solman, Kijewski, Maliszewski.

W szpitalu ewangelickim udzielają porad codziennie w chorobach wewnętrznych kol. M. Brunner i Babiński, w chorobach chirurgicznych kol. Stankiewicz, oraz w chorobach krtani, nosa i gardzieli kol. Wł. Wróblewski.

W szpitalu Dzieciątka Jezus w chorobach wewnętrznych kol. Świętecki, w chorobach gardzieli, krtani i nosa kol. Karwowski, w chorobach chirurgicznych kol. Witkowski, w chorobach uszu kol. Modrzejewski. Od Nowego roku ambulatoryjum w szpitalu tym ma być zreformowane i rozszerzone.

W szpitalu oftalmicznym codziennie w chorobach oczu prof. Wolfring z ordynatorami oraz kol. Geppner i Kamocki.

W szpitalu Ś-go Łazarza dla chorych skórnych i wenerycznych codziennie kol. Watraszewski, Diehl, Trzcziński, Giedroń.

W szpitalu Starozakonnych w chorobach wewnętrznych a specjalnie przewodu pokarmowego kol. Pacanowski, w chorobach krtani i gardzieli Meyersohn, dzieci kol. Rappel i L. Wolberg:

W szpitalu Wolskim kol. Weissel w chorobach wewnętrznych i dzieci.

W szpitalu dzieciennym na Aleksandryi kol. Szczygielski, Rabek, Dudrewicz, Bagiński, Peszke i Jasiński w chorobach dzieciennych.

W szpitalu dziecięcym żydowskim kol. Pol. Portner, Poznański.

Widzimy więc, że liczba ambulatoryjów jest nader znaczną, ilość go-

dzin ambulatoryjnych dochodzi do kilku dziennie, licząc po godzinie każde przyjęcie, chorzy więc mogą zasięgnąć porady u źródła, u specjalistów.

Ilość też chorych zasięgających porady jest nader znaczną. Weźmy za przykład szpital Śgo Ducha najwięcej pod względem ambulatoryjów u publiczności wzięty.

Chorych chirurgicznych bywa dziennie 25 osób	
wewnętrznych	15—30
z chorobami krtani nosa i gardzieli	10
uszu	6
dziecięciami	10
	66

Czyli dziennie otrzymuje poradę przeszło 50 osób jeżeli zwrócimy uwagę na inne szpitale i przypuścimy dla nich choćby 30 (?) porad dziennie, otrzymamy średnio około 300 porad dziennie, a wliczywszy w to lecznicze śmiało twierdzić możemy, iż w Warszawie przeszło 500 osób dziennie zasięga bezpłatnej lub nader skromnie płatnej porady lekarskiej; na rok wyniesie to 180000 porad, czyli że na 3 mieszkańców Warszawy przypada 1 porada bezpłatna, innemi słowy co i mieszkaniec Warszawy otrzymuje poradę darmo lub prawie darmo.

Czyż to nie wymowne?

— Z nadesłanego nam sprawozdania z czynności tutejszego urzędu lekarskiego za r. 1889 wyjmujemy ciekawe dane. Na czele widzimy wyniki badań wody warszawskiej przyz prof. Hemilijana, pp. Znatowicza i Ławrowa i kol. Bujwida. Długość kanałów wynosiła $32\frac{1}{2}$ w. co stanowi $32,5\frac{0}{0}$ długości ulic całego miasta. Tylko $19\frac{0}{0}$ wszystkich domów (z ogólnej liczby 950) na ulicach skanalizowanych połączyło się z kanałami. Wydatki na utrzymanie kanałów wynoszą 14000 rs., na urządzenie wydano dotąd $6\frac{1}{2}$ miliona rs., 2572 domy używają do usuwania zawartości wychodków aparatów Bergera, 733 prozku otwockiego, 144 wychodki są połączone ze starymi kanałami, 100 posiada waterklozety ze starymi kanałami, 50 z nowymi kanałami, z 61 domów wywożą kał zwykłymi beczkami, 537 posiada wychodki na nawozie końskim, 180 na śmietnikach, 61 nie posiada wcale wychodków i tylko 252 domy posiadają dobrze urządzone wychodki. Warszawa posiada 4248 domów, na jeden akr przypada 64 mieszkańców (w Londynie 52, we Frankfurcie 15). Ilość drzew w Warszawie wynosi 10254. Pracownia miejska wykonała w r. sprawozd. 287 rozbiórów wody, 11 lodu, 103 masła, 16 margaryny, 23 mleka, 2 sera, 5 śmietany, 60 herbaty, 4 kawy i t. p. Ilość mięsa dowiezionego przez Pragę wynosi 706930 pud. wołowego, 80733 cielęcogo, 81912 baraniego i 62049 wieprzowego. Lekarzy liczy Warszawa 482, z tych 101 rossyjan, 254 polaków, 111 żydów (?), 6 litwinów, 8 niemców, 8 francuzów i 1 czecha.

— Może Szanowni Czytelnicy nasi doznają zawodu nie znajdując w odpowiednim działle sprawozdań ze spostrzeżeń uczynionych dotąd nad zastosowaniem limfy Kocha przy gruźlicy. Naszem jednak zdaniem byłoby to jeszcze zawsze zawczasie. Sądy dotychczasowe można dotąd jeszcze uważać za wrażenia raczej niż za umotywowane wnioski. Jako takie zaś nie są one nieraz wolne od pewnej myśli a priori powziętej. Ztąd obecna spręczność dość znaczna sądów i różnica zapatrywań. Poczekamy aż się zwiększy ilość obserwacyi, a zwłaszcza dopóki spostrzeżenia potrwają taki przeciąg czasu, który by pozwolił z większą pewnością wnioskować o stałości wywoływanych przez nowy środek zmian w chorobie tak przewlekłej,

zmiennej w przebiegu i kapryśnej jaką jest gruźlica. Będziemy wreszcie posiadali i własne spostrzeżenia z prób dokonywających się w rozmaitych oddziałach szpitalnych. Mamy tu na myśli lecznicze znaczenie nowego środka, co się tyczy bowiem znaczenia rozpoznawczego to zdaje się na pewno, że nie będzie miał on tej siły rozstrzygającej, jaką mu zrazu przypisywano.

Nie wyjątkowe bowiem tylko przypadki występowania odczynu na małe dozy (1—5 miligr.) u ludzi zdrowych i brak odczynu przy zdeklarowanej gruźlicy nawet przy większych dawkach (do 0,01) musi budzić pod tym względem wiele wątpliwości. Z drugiej zaś strony nieobojętność środka, niemożność przewidzenia indywidualności odczynu musi też ograniczyć zakres jego zastosowania.

Wreszcie wyjaśnienie sposobu działania środka najmniej się posunęło. Badań anatomopatologicznych jeszcze prawie nie ma zupełnie. Pojedyncze zaś dorywcze publikacje odnośnie zmian histologicznych powstałych pod wpływem „Kochinu“ (jak już zaczynają nazywać płyn Kocha) nie wypadają w myśl Kocha, wypowiedzianą zresztą tylko w postaci przypuszczenia a nie na podstawie odpowiednich badań.

Tak więc pod każdym względem uważamy za wskazane—wyczekiwanie. Gdyby tej metody trzymało się najbliższe otoczenie sławnego uczonego, sprawa cała przebiegła by naturalną koleją odkryć naukowych, nie narobiła by tyle próżnego zgiełku, nie wytworzyło by się tyle różnorodnych komentarzy, z których niejedne bardzo niemile musiały dotknąć samego wynalazcę. Jak dalece te ostatnie musiały być jednak rozpowszechnione, dowodzi to, że minister oświaty v. Gossler w publicznem przemówieniu w parlamencie musiał osłaniać pr. Kocha przed zarzutami interesowności itp. i oświadczył że sam wpłynął na Kocha, aby sekretu otrzymywania swej limfy nie ogłaszał. W mowie tej, w której w ogóle fantazja zbyt wyprzedza fakty, a której jedyną podstawą jest wiara w autorytet Kocha, p. minister wysnuwa szerokie plany upaństwowienia fabrykacji i rozpowszechniania limfy i leczenia suchot na wielką skalę. O ile projekty te będą mogły znaleźć urzędywistnienie pokaże przyszłość.

— Praw. wiest. drukuje dosłowny tekst protokołów rady lekarskiej z. d. 9-go b. m. który brzmi jak następuje:

„Środek Kocha, wobec braku wiadomości o jego składzie i wskazówek o jego zastosowaniu, oraz odpowiedniemi dozowaniami, wreszcie wobec zjawisk burzliwych, jakie wywołuje u człowieka, a mianowicie zjawisk przyspieszenia pulsu do 120—160 uderzeń na minutę, podniesienia temperatury do 41^o i wyżej, tudzież silnych reakcyj zapalnych w miejscach porażonych, na mocy ścisłego zastosowania artykułów 266, 300, 310 ust. lek. t. XIII-go wyd. 1857-go r., nie może być w handlu i wogóle nie może znajdować się w obiegu.

„Wobec jednak dobroczynnego wpływu preparatu Kocha przynajmniej w zewnętrznych formach gruźlicy, wobec ogromnego jego zapotrzebowania, a zarazem wobec ważności i pożyteczności podobnych środków, przeciw pasorzytniczych, tak wymieniony preparat, jak i inne podobne, które mogą być jeszcze wynalezione, powinny się stać własnością państwa i być jednakowo dostępnymi dla ogółu. Z tego też powodu doświadczenia z preparatem Kocha, według opinii rady lekarskiej, mogą być dozwolone tylko pod kontrolą rządu i pod osobistą odpowiedzialnością lekarza: w klinikach, szpitalach i innych zakładach leczniczych rządowych i publicznych w których otoczenie naukowe gwarantuje w zupełności odpowiednie zasto-

wanie środka i dokładne zbadanie rezultatów. Do doświadczeń takich może być używany tylko taki preparat, którego pochodzenie z należytego źródła zostało ściśle dowiedzione i co do własności fizjologicznych, którego można być zupełnie pewnym (zastrzeżenie to powinno usunąć możliwość nadużyć i falsyfikacji).

„Z powyższych powodów rada lekarska postanowiła, że użycie środka Kocha może być dozwolone tylko po uprzednim zbadaniu go i aprobowaniu w specjalnym laboratorium, zatwierdzonem w tym celu przez ministerium spraw wewnętrznych“.

— Analogiczne rozporządzenie, zabraniające stosowania limfy Kocha w praktyce prywatnej wydane zostało i w Austrii. Nie wiemy tylko w jaki sposób możliwem będzie kontrolowanie danej limfy w laboratoryjach, skoro skład normalny płynu Kocha nie jest znany, a z drugiej strony sam Koch oświadczył, że nie byłby w stanie wykazać drogą chemiczną, czy podany mu płyn jest rzeczywiście zrobiony z właściwego materiału i czy będzie działał.

— W Holandyi w latach 1879—1888 zmarło na suchoty 247,887 osób, co stanowi 5,24 na 1000 żyjących. Na inne choroby dróg oddechowych zmarło w tym czasie 2.58 na 1000 żyjących.

— Cholera w Hiszpanji według źródeł urzędowych wygasła; po 20 listopada nie notowano nowych przypadków.

— Skargi naukowych pism francuzkich na *wyludnianie się Francji* powtarzają ciągle. Kwestyję tę dobitnie przedstawiają następujące cyfry, wyjęte z „Bulletin médical“ (19 Października).

Liczba małżeństw w roku 1889 wynosiła 272934, t. j. o 3914 mniej niż w roku 1888. Na 1000 mieszkańców przypada 7,1 ślubów.

W Prusach (według Statistisches Jahrbach für das deutsche Reich 1890) na 1000 mieszkańców 8,03 ślubów.

Narodzin było w ubiegłym roku 880579 t. j. o 2060 mniej niż w 1888: Na jeden związek małżeński przypada 3,2 urodzeń (w Prusach 4,8). Liczba dzieci nieprawych stanowi 8,4⁰/₀ ogólnej liczby narodzin (w Prusach 7,99); w Paryżu 24⁰/₀ (w Berlinie 12,77).

Liczba urodzeń, która na początku wieku dochodziła do 30 na 1000 mieszkańców, spadła z czasem do 35 na 1000 (1870) w Niemczech odpowiednie cyfry przedstawiają się tak:

1840—1850 : —37,6 urodzeń na 1000 mieszk. rocznie

51 — 60 : 36,8

61 — 70 : 38,8

71 — 80 : 40,7

1880—1888 : 38,4

Za to cyfra śmiertelności ogólnej wynosi we Francji 20,5 na tysiąc a w Prusach 24,35. (Cyfra ta nie wykazuje jednak stopniowego zmniejszania się). Dzięki temu liczba urodzeń przewyższa liczbę zejść i ztąd to przyrost ludności we Francji nie okazuje się tak małym, jakim jest w rzeczywistości. Przewyżka ta wynosiła w roku 1889: 85,646 w r. 1888 wynosiła 44,770. W Prusach przewyżka w r. 1888 wynosiła 425,815 (pomimo znacznie mniejszej ludności). Na 100 przypadków śmierci przypada we Francji 110,8 urodzeń, a w Prusach 16,01. (Berl. Kl. Woch. 47).

NEKROLOGIJA.

Zmarli:

W Petersburgu zmarł 8 Listopada *W. v. Ellinger*, leib akuszer Dworu.

Nadesłano do Redakcyi.

J. Świątecki. Ueber die Alkaleszenz des durch Wirkung grosser Natrium sulphuricum Gaben Verdichteten Blutes.

Odb. z Ztschrft f. phys Chemie Bd. XV. H. I.

H. Kucharzewski. Ueber das Transsudat in den Darm unter dem Einfluss der Mittelsalze.

Odb. z Deut. Arch. f. Kl. Med. T. 47.

T. Heryng. Kann b. Larynxphtise durch endolaryngeale chirurgische Behandlung eine radicale Ausheilung d. Kehlkopfes erlangt werden.

Odb. z Berl Kl. Woch. 1890.

T. Heryng. Ueber benigne Pheryngeschwüre.

Intern. Klin. Rundschau 1890.

Sanitarnyj Otczet Wraczebnoj uprawy G. Warszawy za 1889 god.

Prof. Chbulski. Fyzyjologija czlowieka. Część I. Warszawa 1891.

Dr. K. E. Wagner. Le Charbon des poules. Sceaux. 1890.

Wykaz prac oryginalnych ogłoszonych w czasopismach lekarskich polskich.

LISTOPAD 1890.

R. Jasiński. O przymiotowych cierpieniach kręgosłupa. (G. L.).

B. Sawicki. O przeszczepianiu płatów z szypułą z odległych okolic ciała. (G. L.).

J. Zawadzki. Rozbiór chemiczny soku trzustkowego ludzkiego. (G. L.).

M. Nencki i H. Sahli. Enzymy w terapii. (G. L.).

J. Jegorow. O unerwieniu naczyń kończyn tylnych u żaby. (G. L.).

K. Wenda. Wody gazowe warszawskie. (M.).

Adamkiewicz. O istocie „ucisku mózgu“ i o zasadach leczniczych t. z. „objawów uciskowych“. (P. L.).

J. Surzycki. O Pyrodynie. (P. L.).

W. Harajewicz. Przyczynę do kwestyi rozstępowania się połączeń stawowych kości miednicowych podczas porodu. (P. L.).

Wł. Biegański. W kwestyi leczenia zapalenia opłucnej przetworami salicylowemi. (N. L.).

Drobnik. Nowy sposób operacyi podwójnej wargi zajęcej. (N. L.).

Prof. Obaliński. O niespodziankach po gastroenterostomii. (N. L.).

W. Zaremba. Niezwykły przypadek porażenia piorunem. (N. L.).

Od Wydawcy.

„Kronika lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1891 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.

OGŁOSZENIA.

DOM ZDROWIA

D-ra K. Dobrskiego

10. Aleja Róż 10.

Zakład leczniczy, przeznaczony dla stałego pomieszczenia chorych wszelkiego rodzaju (z wyjątkiem obłąkanych), mieści się w osobnym odpowiednio do celu urządzonym domu.

Każdy chory zajmuje pokój oddzielny. Chorym towarzyszyc mogą osoby zdrowe. W razie potrzeby, zupełna tajemnica zapewnioną być może.

Za ryczałtową, dzienną opłatą, chory otrzymuje: mieszkanie, jedzenie, światło, opał, usługę oraz pomoc felczerską, lekarstwa, opatrunki, kąpiele. Wysokość opłaty, zależną jest w każdym przypadku od rodzaju cierpienia i obszerności zajmowanego pokoju.

O warunkach przyjęcia i pobytu w zakładzie wiadomość u D-ra K. Dobrskiego, Królewska 10, od 8 do 9 rano i od 4 do 6 po południu.

NOWO OTWORZONY

ZAKŁAD GALWANICZNY

PIOTRA FILIPSKIEGO

Przyjmuje złocenie, srebrzenie i niklowanie na wszystkich metalach. Ceny niskie. **Róg Placyku i Piekarskiej Nr. 14** wprost Kapitulnej, na 1 em piętrze. 8—8

Wydawca:
Dr. K. Sierpiński.

Numer wyszedł d. 23 Grudnia.

Redaktor:
Dr. O. Hewelke.

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

PENSYJONAT LECZNICZY

FÜRSTENHOF

(stacyja Kapfenberg w Styryi) pozostaje na zimę otwarty.
(8977)—3—3

KSIĘGARNIA

TEODORA PAPROCKIEGO i S-ki

w Warszawie, Nowy Świat Nr. 41.

Poleca następujące dzieła, świeżo wydane własnym nakładem:

	rs. k.
Amicis Edmund. Na oceanie	1 —
Bert Paweł. Pierwszy rok nauczania	1 50
Boirac Emil. prof. fil. Zasady filozofii. Przełożył Adolf Dygasiński	4 25
Boisgobey F. de. Zamknięte usta. Romans	— 75
Cullerre A. dr. U wrót obłędu. Studium psychologiczne	1 50
Czech Świętopłk. Wycieczki pana Bronczka	1 —
Dygasiński Adolf. Pan Jędrzej Piszczałski. Opowieść z niedawnej przeszłości, 2 tomy.	1 80
Farjeon B. L. Tajemnica Porter-Square. Powieść	1 —
Głódski Kazimierz. Czarodziejka. Romans.	1 20
— Wspomnienie Tatrow. Skreślił wierszem	— 50
Hellpern M. Tajemnice przyrody. Wiadomości ogólne o świecie	1 50
Heryng Zygmunt. „Rubel.“ Studium ekonomiczne.	1 —
Historija naturalna w obrazach. Zoologija w 250 kolorowanych obrazkach, z tekstem Adolfa Dygasińskiego. Wydanie wspaniałe, złożone z 25 chromolitografowanych tablic.	3 —
„Jak można w małżeństwie nawet znaleźć szczęście.“	1 20
Junosza Klemons. Z zapadłych kątów. Obrazki	1 50
Laveleye Emil. O zbytku.	— 30
Mantegazza Paweł, prof. antrop. Głowa. Książka dla młodzieży	1 20
— Wiek obłudy	— 40
Marya. Z dziejów boleści. Nowelle	1 —
Maupassant Guy de. Jak śmierć silne. Powieść	— 75
Mosso Angelo. Strach Studium popularno-naukowe z fizjologii i psychologii	1 50
Musset Alfred de. Poezyje	— 75
Myszyńska Antonina. Marnotrawni. Powieść współczesna	— 75
Nagiel Henryk. Sep. Romans kryminalny	1 50
Richbourg Emil. Dwie matki. Romans	1 50
Rodziewiczówna Maryja. Nowele	1 80
— Obrazki	1 20
— Ona. Powieść	— 75
Rogosz Józef. Na dziejowym przełomie. Powieść historyczna z XV w. 2 t.	4 —
Signobos Ch. dr. Historija cywilizacyi. Przełożył Adolf Dygasiński. Ze 177 drzeworytami w tekście	5 20
„Świat koblety“	1 20
Tchórznicki J. dr. Listy do młodzieńca o wyborze stanu	— 60
Witkiewicz Stanisław. Sztuka i krytyka u nas	2 50
Zapolska Gabryela. Fantazyje i drobnostki	1 50

APTEKA E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej

w WARSZAWIE

ma honor podać do wiadomości pp. Doktorów, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formy, podawania leków pod postacią win, przygotowała obecnie cały szereg tego rodzaju preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:

Wino Kakaowo-Chinowe (*Vin de Bugeaud*) przyrządzone na Maladze, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Chinowe czyste na Maladze, butelka rs. 1 kop. 50.

” ” z żelazem zawiera $1\frac{1}{2}$ żelaza, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino Condurango czyste na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 75.

” ” z żelazem zawiera $2\frac{1}{2}$ żelaza, butelka rs. 2.

Wino Coea (*Vin de Coca*) na liściach Krasnodrzewu (*Erythroylon coca*) na Maladze, w stosunku 1 : 20, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino goryczkowe (*e rad. Gentianae*) na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Kola (*Vin de Cola*) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych i na Maladze. Nasiona Kola zawierają $2,34\frac{1}{2}$ Cofeiny, butelka rs. 2 kop. 25.

Wino Kwassyjowe na winie węgierskiem wytrawnem, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Kwassyjowe na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem desserowem, zawiera $2\frac{1}{2}$ pepsyny, butelka rs. 2.

Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera $2\frac{1}{2}$ pepsyny, butelka rs. 2.

Wino przeczyszczające z korą Cascara Sagra da na Maladze. Jedna do $1\frac{1}{2}$ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 2.

Wino rabarbarowe czyste na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino rabarbarowe z korą chinu królewskiej na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino senesowe (*fol. Sen. Alex. sine resinae*) na Xeresie. Jedna do $1\frac{1}{2}$ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 1 kop. 75.

Butelka zawiera 420,0 do 450,0 (14—15 uncyj).

ZAKŁAD LECZNICZY GYNEKOLOGICZNY

Drów Boryssowicza, Fickiego, Gromadzkiego,
Kaplińskiego, Kuniewicza, Rogowicza,
Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera,

Przyjmuje na stałe pomieszczenie i leczenie osoby dotknięte cierpieniami właściwymi kobietom, za opłatą dzienną w oddziale I: dla niezamożnych chorych od 50 kop., w oddziale II: dla chorych zamożniejszych od 3 rs. Nadto właściciele zakładu udzielają codziennie od godziny 1—3 po południu poradę lekarską dla przychodzących niezamożnych chorych po 30 kop.

Wino piołunowe gorzkie (Vin de Vermouth).

Przygotowane na winie węgierskiem wytrawnem, jak również i na francuskim desserowem (słodkie).

Cena butelki zawierającej 435,0 rs. 1 kop. 50.

p o l e c a

Apteka H. Biertümpfla

Marszałkowska Nr. 133, róg Ś-to Krzyżkiej w Warszawie.
0—20

BERENT I PLEWIŃSKI

Krakowskie-Przedmieście № 61

ZAKŁAD OPTYCZNO-MECHANICZNY

Wyrabia wszelkie aparaty wchodzące w zakres elektroterapii, a mianowicie do prądów stałych, indukcyjnych i kąpieli elektrycznych jako też kauteryzacyi.

8—7

J. RUTKOWSKI

APTEKA i PRACOWNIA

CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNA

w WARSZAWIE

ulica Długa Nr. 16. — Telefonu Nr. 155.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne. Nowe środki lekarskie. Barwniki d-ra G. Grüblera z Lipska oraz wszelkie przetwory używane do badań mikroskopowych. Naczynia i przyrządy pomocnicze, jako to: szkiełka przedmiotowe i przykrywkowe, szkiełka zegarkowe, miseczki do preparatów i t. p.

Wina lecznicze.

20—8

500

razy powiększenia daje nowo wynaleziony

MIKROSKOP KIESZONKOWY

Jest on niezbędny dla osób zajmujących się interesami, nauczycieli, studentów, a koniecznie potrzebny i pożyteczny w gospodarstwie domowym dla badania pokarmów i napojów, ponieważ zaś znajduje się przy nim lupa, przeto jest bardzo przydatnym do czytania dla krótkowzrocznych.

Wysyłanym bywa franco na całą Rosyję po uprzednim przysłaniu 1 rubla pieniędzmi lub pocztowymi markami.

10—2

D. KLECKNER. Wiedeń, I. Postgasse. 20.

GODNY UWAGI

PRZYRZĄD DO CEROWANIA

Nawet dziecko może się nim posługiwać. Na paryskiej wystawie 330,000 sztuk sprzedano. Przyrząd ten na wszystkie części świata został opatentowany przez amerykańskie Towarzystwo. Przyrząd ten szyje wszystkie rodzaje materyjałów, tkanin wełnianych, skarpetki i t. d. prędko i jak nowe sporządza. W całej Ameryce i w Anglii, a także już i w Wiedniu niema rodziny, w której by ten doskonały, praktyczny i nieodzowny przyrząd nie znajdował się. W krótkim czasie rozpowszechni się on w całym cywilizowanym świecie, niech się więc spieszy szanowna publika, dopóki zapas takowego wystarcza.

Wysyła się franco na całą Rosyję po uprzednim przysłaniu 2 rubli pieniędzmi lub pocztowymi markami jedynie pod adresem:

10—2

D. KLECKNER. Wiedeń, I. Postgasse. 20.

DLA KASZLĄCYCH i OSŁABIIONYCH

Koncesyjonowane przez
władze lekarskie

Nagrodzone na wystawach
hygieniczno-lekarskich



EKSTRAKT I KARMELKI „LELIWA”

Przygotowane podług wskazań Lekarzy i Chemików, pewniejsze i 50% tańsze od zagranicznych. Faszka ekstraktu miodowo-ziółtowo-słodowego kop. 75, tegoż ekstraktu z dodaniem chinu lub żelaza i chinu rs. 1. Paczka karmelków kop. 15. Wyłączna sprzedaż w aptekach i składach aptecznych. Główny skład w Warszawie w składzie aptecznym Mrozowskiego i Spiessa, w Odessie u Gajewskiego, w Astrachaniu u Kerna, w Kownie u Miron-Klimowicza, w Moskwie u Mattejsena i u Pączkowskiego, w Kijowie u Żeligowskiego i w Południowo-Ruskiem Towarzystwie aptecznem, w Wilnie u Segala, w Tyflisie u Wyczalkowskiego i Ajwazowa, w Baku u Czyszkowskiego.



SIMON i STECKI

Główny Skład Win i Trunków Zagranicznych

w WARSZAWIE

Krakowskie-Przedmieście 38

oraz

Filije: Nowy Świat 15 i Elektoralna 5

Polecają WW. panom lekarzom dla chorych i rekonwalescentów:

Prawdziwe koniaki kuracyjne sprowadzone z najlepszych domów francuzkich, wina lecznicze, jako to: stare węgierskie wytrawne i maślacze, francuzkie białe i czerwone dobrze odleżałe, starą malagę na różne ceny, Vermuth de Turin, wina St. Raphael i inne, oraz wszelkie likiery zagraniczne, po cenach umiarkowanych. Szczególną uwagę zwracamy na wino kuracyjne Vermouth de Turin zalecane w ostatnim czasie przez zagraniczne powagi lekarskie bardzo skutecznie przeciw **influencyi**.

Za dobroć i prawdziwość wszystkich powyższych win i trunków firma poręcza.

ODCZYTY KLINICZNE

(Zbiór wykładów tłumaczonych i oryginalnych, poświęconych
przeważnie medycynie praktycznej),

wydawane przez

Redakcyję Gazety Lekarskiej,

wychodzą w odstępach miesięcznych, objętości średnio 2 arkusze druku
Dotychczas wyszły:

1. *Heubner*. Dyfteryt szkarlatynowy i jego leczenie.
2. *Struempell*. Nerwice pochodzenia traumatycznego.
- 3 i 4. *Loewenfeld*. Nowoczesne metody leczenia neurastenii i histeryi.
5. { *Dührssen*. O pomocy akuszerskiej w przypadkach zwężeń miednicy.
 { *Schauta*. O leczeniu tyłu pochylecia i tyłu-zgięcia macicy.
6. *Hertz*. Gruźlica płuc u dzieci.
7. *Sattler*. O stosunku narządu wzroku do cierpień ogólnych organizmu.
8. *Krówczyński*. Leczenie trypra ostrego i przewlekłego.
- 9 i 10. *Oertel*. Dyjetetyczne i mechaniczne leczenie chorób serca.
11. *Matlakowski*. Tegoczesny sposób operowania raka sutki.
12. *Unverricht*. Metody terapeutyczne w medycynie wewnętrznej.

W r. 1890.

13. *Sokołowski*. Skryte postacie suchot płucnych.
14. *Dührssen*. Leczenie krwotoków poporodowych.
- 15, 16 i 17. *Beard* Neurastenija, jej objawy, istota, skutki i leczenie.

Następujące zeszyty zawierać będą:

Gajkiewicz. Przymiot układu nerwowego.

Elsenberg. Leczenie przymiotu i. t. d.

Cena pojedynczego zeszytu kop. 30. Nadsyłający z góry pieniądze za 12
zeszytów płaci tylko rs. 3.

Nabywać można

w ADMINISTRACYI GAZETY LEKARSKIEJ (Marszałkowska N. 119)
i we wszystkich księgarniach.

ROK XXVI.

GAZETA LEKARSKA

Pismo tygodniowe, poświęcone wszystkim gałęziom medycyny naukowej i praktycznej, wychodzić będzie w roku 1891, a 26-ym od założenia Gazety, według tegoż samego programu jak dotychczas.

Roczny tom Gazety Lekarskiej zawiera przeszło 1200 stron druku, wiele drzeworytów i tablic litografowanych.

Warunki prenumeraty: w Warszawie rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50; na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. **Wł. Gajkiewicz** (Marszałkowska 115).

Wydawca: Dr. **St. Kondratowicz** (Marszałkowska 119).

JAN KRZYKOWSKI

OPTYK ELEKTROTECHNIK

Marszałkowska Nr. 109

poleca:

Aparaty elektryczne wszelkich systemów własnego wyrobu, jako też uskutecznia pod gwarancją reperacyje takowych.

Wyrabia i urządza dzwonki elektryczne.

Posiada na składzie:

Szklą, okulary, nanośniki, termometra lekarskie, inhalatory, respiratory, irygatory, szpryce, paski rupturowe i t. p. przedmioty w wielkim wyborze.

Specyalne szpryczki do lewatyw glicerynowych.

Środki opatrunkowe i bandaże po cenach fabrycznych.

Uwaga. Wykonywa wszelkiego rodzaju roboty w zakres techniki lekarskiej wchodzące ściśle według przedstawionych wzorów i planów rysunkowych.

Znane ze swej dokładności i tanioci termometra maksymalne nadeszły w wielkiej ilości.

Rok XIX—1891.

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

dla lekarzy — praktyków

redagowane i wydawane przez

D-ra Gustawa Fritsche.

Wychodzi w każdą sobotę i zawiera następujące działy:

1) Spostrzeżenia z klinik, szpitali, zakładów leczniczych i praktyki prywatnej. 2) Kazylistykę lekarską i sądowo-lekarską. 3) Medycynę społeczną. 4) Wykłady kliniczne. 5) Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. 6) Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. 7) Korespondencyje z kraju i zagranicy. 8) Streszczenia i wyciągi z pism lekarskich cudzoziemskich. 9) Wiadomości z Medycyny publicznej i Statystyki lekarskiej. 10) Kronikę zagraniczną, krajową i miejscową. 11) Przegląd bibliograficzny. Wspomnienia pośmiertne i t. p.

Przedpłata wynosi: W Warszawie z odnośnieniem do mieszkania rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50. — Na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą z przesyłką pocztową rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3.

Biuro Redakcyi Medycyny w Warszawie, aleje Jerozolimskie Nr. 80.

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.

ORYGINALNE WINA

WĘGIERSKIE, FRANCUZKIE I KRYMSKIE

oraz analizowany przez lekarza-chemika szpitali warszawskich d-ra Nenckiego jako prawdziwy wyrób z wina



Lepszy na cele lecznicze niż francuzkie koniaki, z których największa część z powodów wyniszczenia winnic przez filoxerę, tworzy się ze spirytusu kartoflanego.

Tańszy, gdyż nie cięży na takowym wysokie cło i transport około rs. 2 od butelki otrzymać można wyłącznie w Składzie Win.

BRACI KEMPNERÓW

Długa Nr. 5.

Cena $\frac{1}{1}$ but. rs. 1,50, $\frac{1}{2}$ but. kop. 80, $\frac{1}{4}$ but. kop. 40.
Gatunek wyższy 3 gwiazdki $\frac{1}{1}$ but. rs. 2,50, $\frac{1}{2}$ but. rs. 1,25.
Skrzynki po 6 but. wysyłają się do wszystkich st. dr. żel. franco
w Królestwie i gub. zachodn. po rs. 9—resp. rs. 15. 8-8

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.

DO NABYCIA

we wszystkich księgarniach

- J. COHNHEIM.* Odczyty z patologii ogólnej 3 tomy rs. 5.
S. JACCOUD. Wykład patologii szczegółowej 3 tomy rs. 6.
A. BAGINSKY. Wykład chorób dzieci 3 tomy rs. 6.
G. BUNGE. Wykład chemii fizjologicznej i patologicznej
rubli 2.
A. K. CELS. O lecznictwie ksiąg ośmioro rs. 2.
H. HAESER. Historyja medycyny nowożytnej rs. 5.
J. D. ERERET. Jednostki i stałe fizyczne kop. 30.
T. X. HUXLEY. Wykład biologii praktycznej kop. 30.
W. F. SZOKALSKI. Początek i rozwój umysłowości w przy-
rodzie kop. 60.
Dr. K. FILIPOWICZ. Wiadomości początkowe z Botani-
ki kop. 25.
W. K. Mapa hydrograficzna dawnej Słowiańszczyzny i tekst
po kop. 10.
H. MOHN. Zasady meteorologii rs. 2. 4—2



KSIĘGARNIA GEBETHNERA I WOLFFA

w Warszawie,

poleca następujące nowe dzieła:

- Aeberli H. Beiträge zur Lehre von der Nuclearlähmung der Augen-
muskeln — 45
Alq (Mme Louise d').— Carnet du vieux docteur. Tome II. Les mala-
dies et les remèdes 2.—