

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

WYMIOTY NERWOWE

I

Przyczynek do ich leczenia.

NAPISAL

Dr. Józef Zawadzki.

Ordynator kliniki Uniw. Warsz.

Odczyt, wygłoszony w sekcji medycyny wewnętrznej VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, d. 17 Lipca 1891 r.

Treść: O ruchach żołądka w ogólności.—Mechanizm wymiotów.—Ośrodek wymiotny.—Wymioty nerwowe, ich pochodzenie i podział.—Wymioty przełykowe, wymioty żołądkowe.—Leczenie wymiotów.—Leczenie ogólne i miejscowe.—Środki farmaceutyczne, środki fizyczne, elektryzacja, wodoleczenie.—Leczenie przez wprowadzanie zgłębnika i przepłókiwanie żołądka —Leczenie za pomocą spray'u z wody sodowej przez zgłębnik. — Ogólny rzut oka na leczone tą metodą przypadki. — Wyniki. — Teoryja działania metody. — Wskazania, przeciwwskazania. — Opis przypadków.

Nim powiem o wymiotach nerwowych, uważam za stosowne choć w kilku słowach streścić wyniki prac, podjętych dla określenia ruchów żołądka zarówno w prawidłowym, jak i chorobowym stanie. Uważam to za konieczne z tego powodu, iż inaczej zrozumieć nie podobna samego mechanizmu wymiotów. Zaraz się jednak zastrzedz muszę, iż wiadomości nasze pod tym względem nie są zbyt obfite. Co do wpustu wiemy już dziś jednak dokładnie, iż zarówno w stanach prawidłowych jak i chorobowych gra on rolę samoistną; w stanie prawidłowym jest on zupełnie zamknięty (Mikulicz). Według Openchowskiego otwieranie i zamykanie odbywa się dzięki działaniu nerwów odnośnych (nn. dilatator et constrictor cardiae), za czynne ruchy uznają je też Basch i Oser. Wspomniane przez nas nerwy działają za pośrednictwem włókien mięśniowych, które z przetyku według *Schiff'a* przechodzą na żołądek w postaci włókien szprychowo rozchodzących się po jego powierzchni. Prócz tego, jak dowiódł *Gubarow*, zamknięcie wpustu ułatwia się znacznie przez położenie anato-

miczne żołądka, który tworzy z przełykiem na miejscu wpustu kąt ostry. Przy skurczu przepony tworzy się tą drogą jakby kłapa, która znacznie ułatwia zamknięcie. Z powyższego widzimy, iż wpust zarówno w fizjologicznym jak i patologicznym stanie posiada ruchy czynne, niezależnie więc od stanu przepony zamykać lub otwierać się może; ruchy te mogą podlegać ilościowym i jakościowym zmianom. (Zresztą Basslinger i Magendie widzieli ruchy samoistne wpustu u królików i nazwali je tętnem kesdyjalnem).

Podobnie jak z wpustem ma się i z samym żołądkiem, który również posiada ruchy czynne, których dążnością jest miazgę pokarmową dokładnie zmieszać z sokiem żołądkowym, a następnie wydalić na zewnątrz. *Beaumont* twierdzi, iż dla wypełnienia pierwszego zadania, kęs pokarmu robi ruch obrotowy od wpustu po krzywiźnie wielkiej, następnie zawraca po krzywiźnie małej i znów odbywa drogę powrotną. Drugą czynność wypełniają ruchy, których wyrazem są przewężenia na granicy górnej $\frac{1}{2}$ żołądka, posuwające się ku oddźwiernikowi. Bardziej szczegółowe badania ogłosił niedawno w „*Deutsches Archiv für Klin. Med.*“ (r, 1890, z. III i IV) prof. *Rossbach*. U psów, mianowicie, których przewód pokarmowy najbardziej się zbliża do ludzkiego, po napełnieniu żołądka występują ruchy tylko w części oddźwiernikowej, zwanej przez autora *Bewegungstheil*. Ruchy te zrazu słabsze wzmagają się w ciągu trawienia i trwają 4—8 godzin. Na środku żołądka początkowo powstaje bruzda, silnie przewężając żołądek; w ciągu 20" w postaci fali przewężenie to dosięga oddźwiernika i raptem przy nim ustaje, skurcz żołądka w chwili przebiegania fali jest tak silny, iż światło jego znika prawie zupełnie; najsilniejsze przewężenie jest w t. zw. *antrum pyloricum Vilisii*. W żołądku próżnym ruchy są znacznie słabsze. Oddźwiernik podobnie jak i wpust podczas całego aktu trawienia jest zupełnie zamknięty, kropla jedna z zawartości żołądka nie może przejść do dwunastnicy i dopiero po ukończeniu trawienia oddźwiernik otwiera się i przepuszcza strawioną już ciecz płynną. W miarę ukończenia trawienia, zawartość żołądka coraz szybszemi ruchami zostaje wydaloną do dwunastnicy. Skurcz oddźwiernika występuje z chwilą napełnienia żołądka; w próżnym żołądku nie jest tak silny. Prócz tych ruchów przyjmują niektórzy ruchy niejako passywne, zależne wprost od napełnienia żołądka, mianowicie ruch obrotowy około osi poziomej, *Baum* jednak

w jednej ze swych prac ostatnich powstaje przeciwko temu, twierdząc, iż przy napełnianiu żołądek rozszerza się równomiernie. Robiąc doświadczenia na trupach, mogłem się przekonać, iż przy napełnianiu żołądka gazem przez przełyk za pomocą zgłębnika zauważyć można ruchy dwojakie, jeden około osi sagittalnej ciała, polegający na przesuwaniu się dna żołądka ku stronie prawej i ku dołowi; dno opisuje tu koło w kierunku z góry na dół i z prawej ku lewej stronie, drugi obrotowy około osi poziomej poprzecznej, przez co krzywizna wielka przesuwana się ku górze i przodowi. Ruchy te były jednakowe u stojącego i leżącego trupa przy zupełnie i do połowy otwartej jamie brzusznej.

Ruchy żołądka zależą zarówno od nerwów błędnych, jak i trzewiowych (według Openchowskiego te ostatnie powodują otwarcie oddźwiernika). Obok tego ważny wpływ wywierają i komórki nerwowe, zawarte w samym żołądku.

O ile nasze wiadomości, co do ruchów prawidłowych żołądka nie stoją jeszcze na wysokości zadania, o tyle ruchy w przeciwnym, niż prawidłowo idące kierunku, mianowicie ruchy wymiotne i wogóle cały mechanizm wymiotów posiadają obfite już piśmiennictwo. Zawdzięczamy je głównie sporowi, który rozgrywał się w początkach bieżącego stulecia co do roli, jaką w tej sprawie należy przypisać żołądkowi i tłoczni brzusznej. Dawniej, jak wiadomo, całą sprawę wymiotów przypisywano żołądkowi, po doświadczeniach jednak *Bayla*, *Schirak'a*, *Schwartz'a*, a głównie *Magendie* i *Gianuzzi* w inną wpadli uczeni ostateczność, twierdząc, iż żołądek nie gra żadnej tu roli, a cały mechanizm opiera się na tłoczni brzusznej. Kardynalny błąd rozumowania tej szkoły łatwy jest nader do wykazania; prawda, iż tłocznia jest nieodzownym warunkiem do powstania wymiotów (choć *Patri* twierdzi, iż u człowieka, gdzie wskutek rany tłocznia była wykluczona, widział wymioty li tylko siłami żołądka powstałe), ale nie wyłącznym; już bowiem *Tantini* dowiódł, iż błąd *Magendie* polegał na usunięciu wpustu, w razie obecności tego ostatniego pęcherz, wszyty na miejsce żołądka, nie bywał opróżniany, mimo ruchów tłoczni brzusznej. A zresztą czyż choć na chwilę można przyjąć, że żołądek gra tylko rolę passywną w wymiotach i że tylko tłocznia brzuszna jest czynną w danym razie? toć wobec tego przy każdym silniejszym napięciu tłoczni, przy kaszlu, przy oddawaniu kału i t. p. wymioty byłyby zupełnie zwykłą rzeczą. Stoi temu jednak na

przeszkodzie wpust, zamknięty dzięki powyżej rozpatrzonym czynnikom. Rzeczywiście *Rolle*, a po nim *Schiff* doświadczalnie stwierdził, iż przed rozpoczęciem działania tłoczni brzusznej występuje przy wymiotach zawsze otwarcie wpustu. *Schwartz* nadto widział ruchy aktywne w części oddźwiernikowej, przez co oddźwiernik szczelnie się zamykał i rozwijał się silny ucisk na zawartość a tergo, który przez otwarty wpust wyrzucał treść żołądka przy udziale tłoczni brzusznej. Wspomagającym czynnikiem jest tu według *Lüticha* ssące działanie przelyku wskutek ujemnego ciśnienia w jamie brzusznej. Udział przelyku w wymiotach jest niewątpliwym: swemi antiperystalicznymi ruchami pomaga on do wydalenia treści na zewnątrz, stwierdzili to doświadczalnie *Magendie*, *Legalois*, *Bacelar*, *Budge* i *Patri*, a zresztą fakt istnienia t. zw. wymiotów przelykowych, powstałych bez udziału żołądka w zupełności to potwierdza.

Co się tyczy układu nerwowego, wiemy dokładnie, iż przyjmuje on w akcie wymiotów udział wybitny. Działanie tłoczni brzusznej, zamykanie głośni, ruchy żołądka są wyrazem działania nerwów odnośnych. Wiemy również, iż po podrażnieniu ośrodkowego końca n. błędnego, po przecięciu nawet jednego z nich na szyi występują wymioty; po przecięciu obu nerwów błędnych występuje silny skurcz dolnej części przelyku, wskutek czego pokarmy są zwracane na zewnątrz, toż samo stać się może przy jakiegokolwiek sprawie chorobowej na przebiegu nerwu. Wszystkie nerwy jednak, które biorą udział w wywołaniu wymiotów zależą od ośrodka wymiotowego, który *Grimm* i *Greve* identyfikuje z ośrodkiem oddechowym. *Harnach* wyosabnia zupełnie, *Forsler*, *Conheim*, *Landois* mieszczą w rdzeniu przedłużonym. *Gianuzzi* w rdzeniu przedłużonym i mózgu. Prof. *Thumas* niedawno na mocy licznych doświadczeń, znakomicie obmyślanych i wykonanych doszedł do wniosku, iż znajduje się on przed i za piórem pisarskim na przestrzeni 5" długości i 2" szerokości w głębokich warstwach rdzenia, według *Thumas'a* jest to ośrodek samoistny, pod względem anatomicznym i fizjologicznym wyosobniony, przy wymiotach ulega podrażnieniu, które udziela się sąsiednim ośrodkom.

Tyle o fizjologii wymiotów. Jak widzieliśmy z powyższego wymioty mogą powstawać, bądź wskutek podrażnienia ośrodka bezpośrednio, co widzimy przy chorobach mózgowia, bądź wskutek podrażnienia nerwów błędnych na ich przebiegu

(ucisk, zapalenie, guzy) lub ich zakończeń w żołądku, co może być wywołane obecnością w żołądku ciał drażniących, obcych prawidłowemu stanowi, nadmiernem przepelnieniem żołądka i wreszcie nieprawidłową wrażliwością zakończeń nerwowych przy normalnych nawet sprawach. Wreszcie wymioty powstać mogą wskutek podrażnień przeniesionych do ośrodków od narządów odległych, czyli t. zw. wymioty odruchowe, tu zaliczyć wypada wymioty przy chorobach wątroby, narządów płciowych, rdzenia i t. p. — tu wreszcie zaliczyłbym t. zw. wymioty psychiczne, które powstają wskutek podrażnienia zmysłów wzroku, słuchu, smaku, dotyku, powonienia razem lub każdego z nich oddzielnie. Wstręt do jedzenia u tego rodzaju osobników, właśnie temi nieprawidłowo odczuwanymi wrażeniami — obrzydzeniem objaśnić można niekiedy.

Co się tyczy udziału żołądka w mechanizmie wymiotów, idąc za Deniau, Stiller'em i innymi, można przyjąć podział następujący, zrozumiały zupełnie z powyższych danych z fizjologii:

- | | | |
|----------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I. Pseudo-wymioty, czyli wymioty przełykowe. | { | 1) wskutek skurczu spastycznego przełyku.
2) wskutek skurczu wpustu. |
| II. Wymioty właściwe. | { | 1) wskutek skurczu całego żołądka.
2) wskutek skurczu oddźwiernika z atonią lub bez atonii żołądka.
3) wskutek nadczułości błony śluzowej żołądka. |

III. Wymioty par inhibition vitale.

IV. Wymioty psychiczne.

V. Wymioty odruchowe.

VI. Wymioty wskutek zmian anatomicznych w żołądku (rak, wrzód, nieżyty, roztrzeń czasowa i trwała i t. p.)

Pierwsze 3 grupy wymiotów, t. zw. wymioty nerwowe, będą stanowić właśnie treść pracy niniejszej, nie wejda w jej zakres wymioty, powstałe na tle anatomicznych zmian w żołądku i innych narządach, a więc i wymioty odruchowe, zarówno jak i wymioty przy najrozmaitszych chorobach nerwowych z anatomicznym podkładem. Wymioty nerwowe właściwie najczęściej zdarzają się u histeryczek i neurosteników, niekiedy jednak mogą być samoistnymi postaciami.

Niektórzy autorzy idą tak daleko, że wymioty nerwowe (habituele Erbrechen niemców) zawsze uważają za odruchowe, nie zgodziłbym się na to zdanie, między badaniami przeze mnie w roku 1890—91 chorymi na 25 blisko przypadków zaledwie w 5 mogłem stwierdzić tę zależność, w innych przypadkach wymioty były czystą nerwicą; zresztą, Stiller, Oser i inni są tegoż zdania. Uzyskać jednak pewność można tylko po szczegółowem zbadaniu chorego: skoro nie znajdziemy w żadnym z narządów zmian chorobowych, które mogłyby odruchowo wywołać wymioty; rozpoznanie nasze nabierze pewności, jeśli zwrócimy uwagę na podane przez *Deniau i Stillera* cechy odróżniające wymioty nerwowe właściwe, mianowicie na łatwość wymiotowania, niezależność wymiotów od ilości i jakości pokarmów, idyjo-synkrazyję do pewnych tylko pokarmów, a jednocześnie znoszenie substancyj niezwykle, brak zaburzeń w ogólnym stanie, zjawianie się wymiotów przy zupełnie czystym żołądku i współczesność innych objawów nerwicy ogólnej. Cechy powyższe nie są zbyt pewne, to też głównie opierać się winniśmy na braku objawów ze strony innych narządów, jednym słowem stawiać rozpoznanie przez wykluczenie.

Daleko ważniejszym jednak jest różniczkowe rozpoznanie wymiotów nerwowych od wymiotów wskutek organicznych zmian w żołądku. Na pierwszym planie należy postawić kilkakrotne badanie treści żołądka, jego pojemności i sprawności. Badanie treści na czczo, po śniadaniu i obiedzie próbnym w ciągu $1\frac{1}{2}$ —2 godzin, wreszcie po 4—6 godzinach zwykle daje nam odpowiedź twierdzącą. Jako dalsze środki rozpoznawcze mogą nam posłużyć *dyjeta Leubego* (w ciągu 7—10 dni), oraz wymieniane przez autorów jako cechy nerwic *punkta bolesne* (Rosenthal, Burhardt), *peryjodyczność i cechy objawów*, *zmiennność obrazów*, *niestosunkowość* między objawami ze strony żołądka a stanem ogólnym. Załuję, że przedmiotowi temu nie mogę więcej dla braku czasu poświęcić uwagi, w każdym jednak razie sądzę, iż nigdy nie należy stawiać rozpoznania wymiotów nerwowych samoistnych przed starannem zbadaniem treści żołądka i jego czynności, oraz wykluczeniem cierpień innych narządów. Zawsze mieć należy w pamięci słowa *Oser'a*, iż żołądek powinien być badany na końcu, gdy w innych narządach nie znajdziemy wyjaśnienia dla istniejących objawów.

Po rozpoznaniu *wymiotów nerwowych* należy postarać

się określić ich postać, a raczej bezpośrednią przyczynę ich powstawania. Postaramy się w krótkości zestawić objawy przy pojedynczych postaciach.

I. *Wymioty przełykowe*, jako oddzielna postać, znane są oddawna a częstość ich jest tak wielka, iż Bristove nie waha się postać tę uważać za wyłączną u histeryczek. Zbyt to pośpieszne jednak uogólnienie, z tem wszystkiem jednak znaczna liczba autorów stwierdziła ich istnienie. *Deniau*, któremu zawdzięczamy nader cenną pracę o histeryi żołądka, uważa ją za pewną odmianę *globus hystericus*, a samą postać nazywa *oesophagismus*, podobnie jak Huchard odnośny stan oddźwiernika zwie *pilorismus*. Skurcz ten toniczny o rozmaitem natężeniu może wywołać uczucie kuli, dysfagię, wstrzymywanie się od pokarmów, wreszcie wymioty. Niekiedy bywa tak silny, iż robi wrażenie uwierźgnięcia w przełyku ciała obcego. *Nelaton* wiele w swej pracy podobnych przypadków podaje. Spastyczny ten skurcz powstaje zwykle w czasie jedzenia, kęs zostaje wstrzymany na pewnej wysokości i wskutek nieodróżności chwilowej przełyku wyrzucony na zewnątrz w niezmiennym stanie. Chorzy skarżą się na ból ściskający w piersiach na mostku lub między łopatkami, nigdy jednak nie doznają nudności.

Dруга częstsza postać wymiotów przełykowych, wskutek skurczu wpustu daje nam obraz podobny z tą różnicą, iż zależnie od natężenia skurczu nie wszystkie pokarmy są wyrzucane, część wchodzi do żołądka, chorzy miewają ściskanie w dołku lub nieco ku lewej stronie. Mamy tu analogię ze spastycznym skurczem odbytnicy, zarówno jak tam kał nie może być wydalony wskutek skurczu, tak i tu skurcz wpustu stoi na przeszkodzie wejściu pokarmów do żołądka.

II. *Wymioty żołądkowe*: wskutek tonicznego skurczu całego mięśnia żołądka, nieodzownym warunkiem jest jednoczesne zamknięcie oddźwiernika i otwarcie wpustu, to też przy niedowładzie tego ostatniego postać ta częściej spotykać się daje. *Stiller* rodzaj ten uważa za najczęstszy u histeryczek i neurosteników. Inni autorzy nie zgadzają się z tym poglądem. O ile mogłem zauważyć zmniejszenie się objętości żołądka, cechujące tę postać jest rzeczą niezbyt rzadką u histeryczek. Wymioty występują tu wskutek zmniejszenia się objętości żołądka, żołądek nie jest w możności odgrywać roli zbiornika pokarmów i wyrzuca je natychmiast na zewnątrz. Badanie pojemności żołądka w tych przypadkach jest rze-

czą konieczną, przy wprowadzaniu do żołądka wody sodowej przez zgłębnik z łatwością możemy skonstatować, że już po 15—30 ctm. sz. ¹⁾ wody sodowej, chorzy uczuwają silny ucisk i zwracają wprowadzony gaz i wodę. Odżywianie u chorych tego rodzaju jest silnie upośledzone i przy trwaniu postaci tej cięższej, niż poprzedzające, groziłaby chorym śmierć głodowa, gdyby nie to, że wogóle histeryja posiada tę zadziwiającą właściwość, iż w chwili, kiedy zda się wszystko jest już stracone, niespodziewanie następuje zwrot ku lepszemu.

Trudnością wyleczenia zbliżają się do tej postaci *wymioty wskutek przeczulicy nerwów żołądka*, objaw analogiczny przeczulicom skóry, zmysłów i t. p. Francuzi nazwali tę postać vomissements gastralgiques, a Deniau podaje cały szereg przypadków, kilka nawet z zejściem śmiertelnem. W tych ciężkich postaciach nie tylko niektóre (Elektive Erbrechen), ale niekiedy wszystkie pokarmy wywołują podrażnienie zakończeń nerwu błędnego i wywołują wymioty przy uczuciu silnego bólu w żołądku. Ból ten występuje natychmiast po jedzeniu, posiada cechy silnego bólu gastralgicznego lub uczucia silnego ucisku, poczem występują silne, szybkie, częste i co do ilości nieobfite wymioty. Jest tu analogija ze sztucznie wywołanemi wymiotami przy pomocy środków, działających drażniąco na błonę śluzową żołądka, resp. zakończenia nerwowe, jak emetyk, ipekakuana i t. p.

Wymioty, zależne od *skurczu oddźwiernika* różnią się znacznie od powyższych, powstają one wskutek t. zw. pilorismus (Luton, Huchard), co zależy może niekiedy od parazy n. trzewiowego. Ponieważ wiemy, że fizjologicznie skurcz trwa przez cały okres trawienia, patologiczny więc skurcz występuje dopiero po tym czasie ku końcowi trawienia, wymioty więc występują po kilku godzinach od chwili przyjęcia pokarmów, są w części strawione i zawierają kwas solny i fermenty w ilościach, znajdujących prawidłowo na wysokości trawienia. Temi cechami odróżniają się od powyższych objawów, należy jednak ściśle odróżniać je od zmian chorobowych w samym żołądku jak rak, wrzód, nadmierna kwaśność i t. p. Łatwość z jaką wogóle wymioty

¹⁾ Zrobiono mi zarzut, jakoby cyfra ta była za małą, zapominając, iż wprowadzam nie wodę zwykłą, a sodową, przesyconą kwasem węglowym i że owe 15—30 ctm. sz. w tych warunkach zajmują przynajmniej 5 razy większą objętość.

nerwowe powstają, niepozwala na powstanie trwałej rostrzeni, przy dłuższem jednak trwaniu choroby wytwarza się rostrzeń czasowa, z łatwością usuwalna; ta następowa rostrzeń jest prawdopodobnie przyczyną innej postaci wymiotów, którą *Stiller* za nerwową również uważa.

Stiller, *Deniau* i niektórzy inni do tej grupy wymiotów zaliczają również *wymioty wskutek sokotoku żołądka*, choroba ta dziś poznana dokładniej nie jest ściśle mówiąc nerwicą, zarówno *Stiller* jak i *Jolly* popełnili tu prawdopodobnie błąd częsty uważania wszystkich stanów chorobowych u histeryczek za objawy histeryi wyłącznie, jakby histeryczki nie mogły przechodzić innych chorób. T. zw. wymioty par inhibition vitale, jak sama nazwa dowodzi mają podkład inny, niż nerwica żołądka. W wypadkach tych chorzy wymiotują przyjmowane pokarmy, gdyż przemiana materji jest tak u nich słabą, iż nie potrzebują pokarmów (*Fabre*). Współcześnie widzimy tu wszystkie cechy obniżenia ad minimum przemiany materji, oraz t. zw. ataxie thérapeutique. (*Bernutz*, *Huchard*, *Stiller*). O wymiotach psychicznych wspomnieliśmy powyżej, tu tylko dodamy, iż jest to częsta postać u histeryczek i neurosteników.

Wyrzucona przy wymiotach treść bywa rozmaita, w wymiotach przełykowych jest zupełnie niezmienioną, przy skurczu i przeczulicy żołądka po największej części również jest zmienioną nie wiele, niekiedy jednak posiada słabokwaśny odczyn, w wymiotach za to wskutek pylorismus jest w części strawiona i zawiera substancyje, spotykane w żołądku na wysokości, ku końcowi i na początku trawienia. Niekiedy u histeryczek spotykamy wymioty mocznicowe (*Charcot*, *Deniau*), krwawe a nawet kałowe ¹⁾. Z wymienionemi postaciami stoją w blizkiem sąsiedztwie wymioty, wskutek niedowładu wpustu (paresis n. constrict. lub hyperkin. n. dilatata) wywołuje to zwracanie, przeżuwanie i odbijanie (eructatio histérica). Mechanizm pozostawiania jest łatwy do zrozumienia wobec powyżej podanego opisu czynności prawidłowego żołądka.

(dok. nast.)

¹⁾ Podobny przypadek obserwowałem niedawno na klinice chirurgicznej. Młoda, 15-letnia dziewczyna (histeryczka), z powodu zatrzymania stolca i częstych wymiotów była nadesłana ze szpitala *Wolskiego* dla dokonania laparotomii. Stan zdawał się na razie groźny, nazajutrz jednak nie w stanie chorej nie zmieniło się, a wkrótce po silnej lawatywie *Negar'a* odchody zaczęły się pokazywać. Mimo to od czasu do czasu powtarzały się zaparcia z wymiotami kałowemi. Chora wkrótce wypisała się ze szpitala.

O zakładaniu pracowni klinicznych mikroskopowo-chemicznych przy szpitalach prowincjonalnych.

(Rzecz czytana na VI-ym Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie).

Ileż to razy zdarzało mi się słyszeć skargi młodych lekarzy na jałowość i rutynę praktyki prowincjonalnej. Przyzwyczajeni do naukowego traktowania przedmiotu i zajęć na klinikach i pracowniach uniwersyteckich, odrazu wchodzą w warunki zupełnie odmienne. Naukowa ścisłość obserwacji i rozpoznawania, owa podstawa każdego racjonalnego leczenia staje się w wielu razach niemożliwą. Pozbawieni wielu odpowiednich przyrządów, które postęp wiedzy wytworzył dla celów rozpoznawczych, muszą nieraz rezygnować ze ścisłego rozpoznawania i z konieczności poprzestają na obserwacji objawów ze związku i znaczenia których często zdać sobie sprawy nie mogą. Podobne braki w dygnozie prowadzą za sobą koniecznie najfatalniejsze następstwa i w terapii. Lekarz zmuszony jest studyjować wobec niepewnego rozpoznania najmniej racjonalne i najgorsze, bo objawowe leczenie. A teraz weźmy na uwagę, że takie warunki w których pracuje lekarz prowincjonalny trwają lata całe, muszą więc wpływać na niego ujemnie. Przedewszystkiem lekarz traci zamiłowanie do nauki, do wiedzy, przyzwyczajają się traktować swój przedmiot, jako zło konieczne, jako środek do życia, staje się w pełnym tego słowa znaczeniu lekarzem rzemieślnikiem.

Takim jest los znacznej części, nie powiem większości, lekarzy prowincjonalnych. A wina tego nie polega właściwie na braku zdolności lub zmateryjalizowaniu całej generacji, lecz na fatalnych okolicznościach, wśród których pracuje lekarz praktyk prowincjonalny. Ciężka walka o byt i nie zawsze uczciwa konkurencja a z drugiej strony brak zachęty i brak możliwości naukowej pracy — wytwarzają to błędne koło, w którym obraca się ciągle lekarz, i z którego tylko wytrwali i w szczęśliwszych warunkach postawieni wydostać się mogą.

Nie mam zamiaru zatrzymywać się dłużej na wszystkich tych warunkach i przyczynach, jakie wytwarzają to błędne koło praktyki lekarskiej prowincjonalnej. Chcę tylko tutaj zwrócić uwagę na jeden niepośledni brak, który moim zdaniem dałby się dość łatwo usunąć. Na wstępie już zwróciłem uwagę, że wielkim brakiem dla lekarza praktykującego na prowincyj jest brak odpowiednich klinicznych pracowni, opatrzonych w głównejsze przyrządy i środki, jakie okazują się dziś konieczne potrzebne dla ścisłej klinicznej dygnostyki. Lekarze praktykujący w dużych miastach uniwersyteckich mogą łatwo w razie potrzeby korzystać z istniejących pracowni przy rozbiórce i rozpoznaniu wydzielin, podejrzanych tkanek nowotworowych i t. p. Lekarz zaś na prowincyj jest tego pozbawiony, odsyłanie do pracowni w stołecznych miastach nie zawsze jest możebnem i połączone bywa z dużą stratą czasu i z wielkimi zachodami. Ta właśnie trudność wpływa ujemnie na ścisłość rozpoznania. Jakże bowiem wymagać można od lekarza rozpoznania białaczki, pseudo-białaczki, początkowych okresów gruźlicy i wielu innych chorób, jeżeli on pozbawiony jest możliwości

dokładnego badania mikroskopowego krwi, wydzielin i t. p. Jakże ten sam lekarz może śledzić za przebiegiem cukrzycy, jeżeli nie jest w stanie określić ilościowe zawartości cukru w moczu. Lecz pomijając nawet te najważniejsze zresztą względy praktyczne, wszelkie badania chemiczne, bakteryjologiczne i mikroskopowe ma, że tak powiem, kolo-salne kształtujące znaczenie. Uczy ono ścisłości obserwacji i zasadniczego wnioskowania, rzeczy, o jakich często w praktyce się zapomina.

Zresztą sądzę, że zbytecznym będzie tutaj dłużej rozbiierać korzyści badań klinicznych laboratoryjnych, każdy z panów jest dostatecznie o tem przekonany. Chodzi tylko o to, jakby podobne pracownie jaknajwięcej rozpowszechnić i uprzystępnić dla ogółu lekarzy. Trudno w rzeczy samej wymagać, żeby ludzie pracujący ciężko na kawałek chleba, mieli poświęcać ostatni nieraz swój grosz na dość kosztowne przyrządy i przetwory chemiczne, których użycie zresztą nie często zdarzyć się może. Lecz sądzę, że podobne pracownie stosunkowo niewielkim kosztem dałyby się urządzić w każdym znacześniejszym mieście prowincjonalnem przy szpitalach i wtedy mogłyby się stać przystępne dla wszystkich lekarzy praktykujących w tymże mieście lub najbliższej okolicy. Szpital prowincjonalny powinien również jak i szpitale w stołecznych miastach być głównym ogniskiem prawdziwej nauki. Niestety tego dotychczas powiedzieć nie można. Nasze szpitale prowincjonalne (mówię tutaj o szpitalach w Królestwie), są nie tylko biedne, źle urządzone higienicznie po największej części, ale i poziom ich naukowy jest jeszcze bardzo niski. Tymczasem przy dobrej woli lekarzy szpitalnych przy odrobince zamięłowania do przedmiotu dałoby się tu dużo, dużo zrobić. A warto, bo to praca i staranie w imię nauki i idei.

Nie wątpię, że z pomiędzy lekarzy szpitalnych znajdzie się niejeden, który nie pożałuje zabiegów, żeby przyprowadzić do skutku rzecz i jemu samemu i ogółowi lekarzy i samej wiedzy korzyść tylko przynieść mogącą. Niejeden prawdopodobnie myślał już o tem, jak o tem przekonywają mnie pogłoski o zamiarze urzędnictwa pracowni chemiczno-bakteryjologicznych w Lublinie, w Busku i t. p. miejscach, odstrasza ją jednak od tej myśli przypuszczalne zwykle wielkie koszty i trudności. Właśnie też w niniejszym odczycie chciałbym zbić to błędne mniemanie i dowieść, że wcale niewielkim kosztem i bez trudności można założyć taką pracownię. I nie mówię tego z jakich teoretycznych obrachowań, lecz z własnej praktyki. Od pewnego czasu wytworzyłem taką pracownię skromnych rozmiarów, lecz jak mam zamiar przekonać panów zupełnie wystarczającą na nasze skromne potrzeby przy szpitalach, w którym pełnią obowiązki ordynatora. Pracownię tę ciągle kompletuję, powiększam i to wszystko bez żadnych wielkich z mojej strony wydatków.

Pozwolicie więc panowie, że chcąc was o tem przekonać, wyliczę dokładnie wszystkie potrzebne przyrządy i odczynniki wraz z ich ceną. Tym sposobem możecie się przekonać naocznie, że myśl moja wcale jest nie trudna do wykonania.

Przedewszystkiem pomówić musimy o pomieszczeniu. Wszelkie myśli dotychczasowe wytwarzania takich pracowni rozbiły się o brak odpowiedniego zamieszczenia. Ponieważ jednak ja proponuję urządzić te pracownie przy szpitalach, kwestyja pomieszczenia sama przez się

rozstrzygniętą zostaje. W każdym szpitalu lekarze mają do swego rozporządzenia choć jeden pokoik, t. zw. gabinet lekarski; otóż w tym pokoiku można postawić 2—3 szafki ze stołem, w których wszystkie odpowiednie przyrządy i odczynniki mieścić się mogą. Ciasnota nie powinna odstraszać, nie idzie nam o estetyczny wygląd pracowni, lecz o istotę rzeczy.

Całą pracownię radziłbym podzielić na 3 oddziały, które po kolei należy kompletować. Najpierw należy urządzić oddział mikroskopowy, ten bowiem jest najważniejszy dla celów klinicznych, następnie chemiczny a następnie bakteryjologiczny w ścisłem tego słowa znaczeniu. Do skromnej pracowni mikroskopowej potrzebne są: 1) mikroskop, najkosztowniejszy może przyrząd ze wszystkich, ale zarazem najważniejszy. Dla celów klinicznych są zupełnie wystarczające mikroskopy z fabryki Leitz'a z Wetzlau. Taki mikroskop kompletny, t. j. z 3 okularami, z 3 obiektywami (2 suche i jedna olejna immersyjna $\frac{1}{14}$), z przyrządem oświetlającym Abbe, kosztuje 355 marek, czyli mało co więcej jak 150 rs. Dalej do mikroskopowania potrzebny jest pewien zapas szkiełek obiektywnych i pokrzywkowych, kilka lub kilkanaście miseczek porcelanowych, szkiełek zegarkowych, małe nożyczki, igielki płaskie i ostrokończyste, pincetki po 2 sztuki z każdych, szpadełek do preparatów mikroskopowych. Oto prawie wszystko, co jest potrzebnem z przyrządów i naczyń do mikroskopii. Wszystko to razem kosztować może nie więcej, jak 30—40 marek. Chcąc robić z tkanek preparaty mikroskopowe, obejść się nie można bez mikrotomu. Najlepiej jest nabyć mały mikrotom z fabryki Schanzego z Lipska (model A), który z kompletnem urządzeniem i z przyrządem do zamrażania preparatu, z 2 nożami kosztuje 128 marek na miejscu. Nakoniec należy zaopatrzyć się w barwniki, z których niektóre równocześnie służyć mogą i do celów bakteryjologicznych. Z tych najważniejsze i najpotrzebniejsze są następujące: fioletek gencyjannowy, błękit metylowy, fuksyna, olejek anilinowy, eozyna, safranina, karmin, hematoksylina, kwas pikrynowy, roztwór jodu Lugola, kwas osmowy. Inne przetwory potrzebne do przygotowania mikroskopowych preparatów można w każdej chwili dostać z każdej apteki, jako to: spirytus, dwuchromian potasu i inne. Tak samo nie trudnem jest skompletować zapas flaszek do barwników i słoików, potrzebnych dla zachowania i przygotowania preparatów anatomicznych. Wszystkie te razem powyżej wyliczone przetwory i barwniki nie mogą więcej kosztować jak 20 rs. i sprowadzić je najlepiej można ze składu Wendy i Wiorogórskiego z Warszawy, za pośrednictwem jakiegokolwiek apteki.

Teraz zsumujemy kosztą takiej mikroskopowej pracowni, to otrzymamy sumę 248—250 rs. Jeżeli do tego dodamy prostą szafę, częściowo oszkloną dla przechowania powyższych przyrządów i barwników, bez elegancji kosztującą 10—15 rs., to powyższem wyczerpaliśmy wszystkie koszty powyżej opisanej pracowni mikroskopowej.

Pracownia chemiczna kosztować powinna mniej. Mamy tu bowiem na myśli tego rodzaju pracownię, za pomocą której możnaby przeprowadzić jakościowy i ilościowy rozbiór moczu i soku żołądkowego, o to nam głównie chodzi. Z przyrządów i naczyń potrzebnych tu należy zaopatrzyć się w cylindry z podziałkami (w liczbie 3), azometr, pewną ilość epruwetek z podstawką, lampkę spirytusową, lampę Bun-

zena do wodnej kąpeli, 2—3 rozmaitej wielkości pipetki, tyleż biuretek do analizy mianowanej z podstawką, kieliszki z podziałkami, lejki szklane, parowniczkę porcelanową z podstawką, tygiel platynowy, zresztą rurki i pałeczki szklane, papier do filtrowania i papierki lakmusowe. Powyższem wyliczyliśmy wszystko z naczyń i przyrządów co w takiej pracowni znajdować się powinno. Wszystkie powyżej wyliczone naczynia dostać można u Chwastkiewicza w Warszawie za sumę co najwyżej 40—50 rs.

Odczynników potrzebnych do analizy wyliczać nie będę—znajdzie je wyliczone każdy chcący się poinformować bliżej w pierwszym lepszym podręczniku do badania moczu. Odczynniki te w liczbie około 40 dostać można wypróbowanej czystości z pracowni chemicznej warszawskiej, za pośrednictwem aptek i cena ich nie przeniesie 25—30 rubli.

Najdroższą względnie rzeczą w pracowni chemicznej są wagi chemiczne, bez których jednak trudno się obyć przy analizie ilościowej. Dość czule i wystarczające ważki dostać można u Verbeck'e und Packhold'a w Dreźnie za sumę 145 marek na miejscu, ściągając one $\frac{1}{10}$ miligrama, jeżeli do tego dadamy odpowiedni stolik, i szafkę szklaną, za całą wagą kosztować powinna 70 rs. najwyżej. Prosta zaś szafa ze stołem do pomieszczenia odczynników i naczyń około 10 rs. Wszystko razem, t. j. cała powyżej wyliczona pracownia chemiczna kosztować powinna nie więcej jak 150 rs.

Pracownię bakteriologiczną nieco trudniej urządzić w miastach, nie posiadających gazowego oświetlenia. Nie można bowiem bez gazu urządzić termostatu, bez którego przy badaniach bakteriologicznych obejść się nie można. W ostatnim czasie kol. Stępniewski z Warszawy ogłosił w „Medycynie” opis wynalezionej przez siebie termostatu z regulatorem na płomień naftowy lub benzynowy. Przyrządu tego nie widziałem, gdyby jednak okazał się praktycznym, oddałby wielkie usługi lekarzom pracującym na prowincyi. Mając termostat, oraz przyrząd do wyjalawiania odżywek, mamy już najglówniejsze przyrządy do badań bakteriologicznych. Kłoszki i epruwetki potrzebne jeszcze można nabyć ze wskazanego już magazynu szkła chemicznego Chwastkiewicza.

Koszta bakteriologicznej pracowni trudno mi obliczyć, gdyż takowej jeszcze nie urządziłem u siebie. Sądę jednak, że nie powinny one przenieść sumy 100 rs. A zatem całe kompletne urządzenie kosztować najwięcej powinno 500 rs.

Teraz zapytacie się panowie z kąd wziąć odpowiedni fundusz. Przy dobrej woli i oto nietrudno. Przedewszystkiem kompletować taką pracownię można powoli przez 3—4 lata. Rocznie więc okaże się potrzebną suma 150 rs. Tę zaś sumę zebrać można: 1) przez wprowadzenie dobrowolnych ofiar w ambulatoriach szpitalnych. Przy wszystkich prawie szpitalach prowincjonalnych istnieją ambulatorya, które jeżeli tylko są sumiennie prowadzone, mogą być bardzo liczne. Drobne, groszowe ofiary chorych, nę będące dla nich żadnym ciężarem, jeżeli tylko będą dobrowolne, stanowią mogą czasem rocznie sumę sięgającą kilkadziesiątu rubli, 2) fundusze niektórych szpitali prowincjonalnych są niezłe i łatwo można, odpowiednio rzecz przedstawiając radzie opiekuńczej, uzyskać niewielką, ale stałą roczną kwotę dla po-

krycia wydatków na urządzenie pracowni, 3) można także pewną sumę uzyskać z koncertów i przedstawień amatorskich, jakie na rzecz szpitali w wielu miastach odbywają się. Nakoniec, gdyby wszystkie te źródła nie dopisały, suma ztąd zebrana nie pokryłaby potrzebnych wydatków, sądzę, że żaden lekarz szpitalny, mając na względzie korzyść, jaką sam ztąd odnosi, nie poskąpi kilkunastu rubli z własnej kieszeni.

Jeszcze raz powtarzam potrzeba tylko dobrej woli a wszystko da się zrobić. Pracownia taka sowiec oplaci wszelkie starania. Podniesie poziom naukowy lekarzy, zachęci do samodzielnej naukowej pracy, wyrobi w niejedynej umiejętność i ścisłość obserwacyj. Kto wie, może z tych skromniutkich pracowni wyjdą kiedyś poważne prace naukowe, może niejeden prawdziwy talent marniejący dziś, tym właśnie pracowniom zawdzięczać będzie swój rozwój i swe wyrobienie.

Gdyby kto więc z kolegów lekarzy szpitalnych zechciał sobie zadać pracę i urzeczywistnić podaną myśl z miłą chęcią służyć mu mogę ze wskazówkami i ułatwieniami. Z początku przyda się to bardzo, wiem to z własnego doświadczenia, sam bowiem korzystałem w pierwszych początkach z pomocy i wskazówek, udzielnych mi łaskawie przez kol. Dunina, za które mu też niniejszem składam serdeczne podziękowanie.

(W dyskusyj, jaka się po tym odczycie wywiązała, kol. Dunin słusznie zauważył, że nie dość jest mieć odpowiednią pracownię, należy przytem posiadać pewne techniczne wyrobienie, umieć korzystać z przyrządów. Zachęcał on młodych lekarzy, żeby po ukończeniu studiów uniwersyteckich, jakiś czas pozostawali przy większych szpitalach i pracowniach dla nabycia wyrobienia i doświadczenia w klinicznym badaniu. Piękna ta myśl, niestety, nie zawsze jest możliwą do uskutecznienia. Warunki materyjalne wielu lekarzom nie pozwalają na tego rodzaju pozaprogramowe studia. Sądziłbym, że może praktyczniej byłoby urządzić krótkoterminowe kursa z zakresu klinicznego, mikroskopowo-chemicznego badania. Wszak przy towarzystwie lekarskiem istnieje pracownia, nie tak dawno założona; czyżby nie można przy tej pracowni urządzić praktycznych kursów, możliwie krótkich dla obznajmienia lekarzy prowincjonalnych z techniczną stroną badań klinicznych? Wartoby pomyśleć nad tą kwestyją.

Tymczasem jednak nim tym lub owym sposobem brakowi temu zadosyć uczynionem będzie, nie należy zapominać, że wytrwałość i tu nie powinna znać przeszkód. Każdy lekarz wychodzący z uniwersytetu jest przynajmniej zgruba obznajmiony z użyciem mikroskopu i odczynników chemicznych, resztę dopełni wprawa, korzystając w trudniejszych przypadkach z podręczników, gdzie opisy badań są dość szczegółowo pomieszczone. Tą zmuzną drogą ja postępowałem i jakkolwiek jest ona dalszą i trudniejszą, prowadzi jednak pewnie do celu).

Z podręczników radziłbym wybrać następujące. Do badań mikroskopowych: „Mikroskopische Technik” Friedlaendera, ostatnie czwarte wydanie Ebertha z r. 1889, do badań chemicznych: Wilczkowskiego „Podręcznik do badania moczu” r. 1889, wydanie krakowskie, do badań bakteryjologicznych wyczerpany już podręcznik Jakowskiego „Grzybki chorobotwórcze” lub niemiecki podręcznik Fraenkla.

Dr. Władysław Biegański (z Częstochowy).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

1. J. SCHWALBE. **Przyczynę do rozpoznania pierwotnych nowotworów płuc i opłucnej.** (*Deut. Med. Woch., N. 45*) 1891).

Nie złośliwe nowotwory płuc i opłucnej, jako nie napotykanę prawie nigdy, autor pomija. Ze złośliwych zdarzają się raki, mięsaki i oblaki (cylindroma). Rak płuca może się przedstawiać w postaci ograniczonych ognisk rozmaitej wielkości, w postaci narostu grzybiastego lub wreszcie w postaci równomiernego nacieku jednego lub wszystkich jego płatów. Pierwszej postaci autor nie spostrzegął. Widział jednak takie ogniska rakowe w płucach w pewnym przypadku pierwotnego nowotworu przełyku. Jedne z pomiędzy pierwotnych raków płuc składają się z komórek stożkowatych i te powstają z komórek nabłonkowych oskrzeli lub ich gruczołów, drugie mają budowę raków płaskokomórkowych; co do pochodzenia ich istnieją spory, których autor nie podejmuje się rozstrzygnąć. Mianowicie, jako na źródło powstawania ich, wskazują na tkankę łączną międzyzrazikową, na nabłonek cieniutkich oskrzeli lub wreszcie pęcherzyków płucnych.

Co się tyczy strony klinicznej, to zupełnie pewnych objawów raka płuc może często brakować, a jednak rozpoznanie staje się bardzo prawdopodobnem na zasadzie szeregu objawów niepewnych. Do nich należą: objawy chronicznego zapalenia, szybko się naprzd bez gorączki posuwające u osoby starszej, wyniszczenie chorego, bolesność w odpowiedniej stronie klatki piersiowej, nieporuszalność jej przy oddychaniu, krwawy wyśięk w jamie płucnej, obrzmienie okolicznych gruczołów, objawy ucisku na sąsiednie naczynia i nerwy, na przełyk. Do zupełnie pewnych objawów należą cząstki nowotworu, znajdowane w płwocinie, co zdarza się bardzo rzadko, i zlepy komórek z dużemi jądrami, znajdujące się w płynie, wydobytem z jamy opłucnej. Z braku innych przyczyn, wyjaśniających obecność włókien elastycznych w płwocinie, te ostatnie nabierają również pewnego znaczenia. Ażeby módz twierdzić, że rak pochodzi właśnie z płuc, a nie, np. z opłucnej, należy wykazać w częściach badanych drobnowidzowo obfitą ilość włókien elastycznych, jako resztkę budowy pęcherzyków płucnych. O tem, że rak płuca jest w danym przypadku pierwotny, można mówić zawsze tylko z zastrzeżeniem, gdyż badanie pośmiertne może pokazać często pierwotne ognisko w zupełnie innym miejscu, nie będącem dla nas dostępnem za życia.

Analogiczne dane powinny kierować nami przy rozpoznaniu mięsaka płuc. O absolutnem odróżnieniu go od raka właściwie mowy być nie może. Jednakże obok innych zwykłych w tych razach rozmowań (brak obrzmienia gruczołów, powiększenie śledziony...), autor przypisuje znaczenie rozpoznaw-

cze obecności lub brakowi oddechu stenotycznego, gdyż w pięciu spostrzeganych przez siebie przypadkach raka płuc niesłyszał go ani razu, w trzech zaś z pomiędzy czterech spostrzeganych mięsaków mógł być go stwierdzić. Zależy to, według niego, od tego, że przy mięsaku obrzmiewają gruczoły oskrzelowe.

Z pomiędzy nowotworów opłucnej zdarzają się oblaki i mięsaki. Autor spostrzegał sam pewien przypadek mięsaka, który się rozwinął z pleura costalis i dał między innymi przerzuty, umiejscowione aż w foramen opticum. Objawy były w ogóle takie, jak przy nowotworze płuca. Jednakże autor twierdzi, że na rozpoznanie pierwotnego nowotworu opłucnej powinna naprowadzić znaczna grubość jej, dająca się stwierdzić przy przekłuciu próbnym w rozmaitych miejscach, gdyż tak znaczne zgrubienie opłucnej na większej przestrzeni od innych przyczyn zależy nie może. *W. Janowski.*

2. Prof. A. FRÄNKEL. **Przyczynek do rozpoznawania nowotworów jamy płucnej.** (*Deutsche Med. Woch.*, N. 50 i 51, 1891).

W ciągu ostatnich dwóch lat autor spostrzegał 9 przypadków nowotworów jamy płucnej. W jednym z nich, przebiegającym przy objawach zgorzeli płucnej, autor nowotworu nie rozpoznał. Z pozostałych ośmiu w pięciu rozpoznanie stwierdzone zostało przez autopsyję, trzej zaś chorzy jeszcze żyją.

Spostrzegane przez autora przypadki doprowadziły go do wniosku, że nigdy prawie pojedynczy jakiś objaw nie daje możliwości rozpoznania nowotworu w jamie płucnej. Do rzadkości zaś należą w literaturze 2 przypadki, z których w jednym chory wypluwał kawałki nowotworu wielkości stawu palca, zawierające dużo komórek olbrzymich o 30—40 jądrach, czasami w różnych okresach karyjokinezy znajdujących się, a w drugim cząsteczki nowotworu znalezione zostały w płynie, wydobytym przy przekłuciu próbnym. Tylko całkowity obraz, z kilku objawów złożony może naprowadzić na właściwe rozpoznanie.

Jednym z najbardziej dolegających chorym objawów jest duszność. Bywa ona największa wtedy, jeżeli nowotwór bierze początek z gruczołów lub wogóle je zwyrodnia, gdyż wtedy światło nie tylko cieńszych, ale i grubszych oskrzeli zostaje zwężone. Niekiedy zwężeniu ulega światło jednego z głównych pniów. Wspomniana okoliczność sprawia, że oddech bywa w rozmaitym stopniu stenotyczny, co jest drugim ważnym objawem, właściwym w mowie będącej sprawie. Trzecim bardzo ważnym objawem są rozmaite porażenia mięśni krtaniowych. Dlatego też autor gorąco zaleca badanie laryngoskopowe krtani, ilekroć tylko stwierdzamy u chorego duszność i oddech stenotyczny. Rezultat badania bywa prawie zawsze dodatni. Przynajmniej u autora był on takim 7 razy na 9 badanych przypadków. Co się tyczy rodzaju obrazu laryngoskopowego, to autor zwraca uwagę na to, że przy nowotworach w jamie

plucnej zdarzają się nierównie częściej, niż przy tętniakach dwustronne porażenie mięśni krtaniowych. Zwykle tętniak aorty wywołuje porażenie lewostronne. Dwustronne porażenie lub osłabienie nerwu zwrotnego wywoływane bywa tylko wyjątkowo przez wielkie tętniaki aorty, tętniaki zajmujące miejsce wyjścia tętnicy bezimiennej, albo tętn. dwustronne (Mackenzie), tymczasem nowotwory wywołują je bardzo często. Autor twierdzi, że w razach wątpliwych, przy braku zupełnie pewnych objawów tętniaka, duszność, oddech stenotyczny i dwustronne porażenia w rozmaitym stopniu mięśni krtaniowych przemawiają za nowotworem. Z innych objawów zasługują na uwagę: tętnienie, zazwyczaj rozlane, bóle, które jednak, jak wiadomo, zdarzają się często przy tętniakach, krwawa płwocina, oraz sinica górnej połowy ciała. Są one jednak daleko mniej ważne od wyżej wspomnianych i od stłumienia odgłosu opukowego, mającego nieprawidłową formę; to ostatnie stwierdzić można w najrozmaitszych miejscach klatki piersiowej.

Do ważnych objawów, przemawiających na korzyść nowotworu, zalicza autor również obecność znacznej ilości kulek tłuszczowych w płynie otrzymanym po przekłóciu próbnym. Spotykalmy je tylko przy nowotworach i gruźlicy. Gdy więc tę ostatnią można wykluczyć, mają one swoje znaczenie.

Co się tyczy komórek nowotworowych znajdujących w płynie, wydobytych po przekłóciu próbnym, to uważa je autor tylko wtedy za przemawiające za nowotworem, jeżeli są one bardzo duże, polimorfne i zlepiają w większe kupki. Badanie tych komórek znacznie utrudnia ta okoliczność, że często są one wodnisto zwyrodnione, t. j. zawierają w sobie wakuole z płynem białkowej natury, bez wszelkiej budowy, co ma miejsce również często w komórkach wysięlających opłucną. Na zasadzie swego doświadczenia autor twierdzi, że przy nowotworach wakuole te w komórkach bywają niezmiernie duże (wielkość ich przechodzi 15 do 20 białych ciałek krwi), czego nigdy nie bywa w komórkach śródłonkowych, znajdujących się w wysiękach każdego innego pochodzenia.

W. Janowski.

3. Prof. SOMMERBRODT. Dalsze sprawozdanie o leczeniu gruźlicy kreozotem. (*Berliner klinische Wochenschrift*, nr. 43, 1891).

Praca ta jest uzupełnieniem dawniejszych prac autora z roku 1887 i z Lutego r. z. Autor od Lutego r. z. miał sposobność spostrzegać nowy szereg przypadków gruźlicy, które pokazują, że w stosunkowo krótkim czasie za pomocą odpowiedniego leczenia kreozotem można ociągnąć w początkowych okresach choroby wyleczenie, z drugiej strony, że wiele jeszcze zrobić można w przypadkach daleko posuniętych.

Chcąc jednak osiągnąć pożądane wyniki, nie można bynajmniej stosować się do farmakopei, która uważa za najwyższą dzienną dawkę 1 gram kreozotu; dawka ta jest o wiele za małą. Autor radzi u chorych powyżej 10 lat zaczynać od najmniejszej dawki, za jaką uważa 1 gram, i takową często

i znacznie podwyższać aż do 4 gramów. Chorym swym autor podawał wyłącznie kapsułki zawierające po 0,1 kreozotu z tranem. Sprawozdanie niniejsze obejmuje 9 przypadków lżejszych w pierwszych okresach i 3 ciężkie przypadki w dalszych okresach choroby.

Z przypadków należących do pierwszej grupy w 6 po 1, 2, 3 lub czterech miesiącach, od chwili rozpoczęcia leczenia nie znaleziono żadnych objawów cierpienia płuc, w dwóch po 6 lub 7 miesiącach, w jednym prawie nie po 3 miesiącach. Wszystkim chorym polecono jeszcze przez pół roku używać po 1 gramie dziennie. Przypadków należących do drugiej kategorii autor podaje 3. W pierwszym przypadku leczenie kreozotem stosowano przez rok; w ciągu tego czasu chora zyskała 25 funtów na wadze, kaszel znacznie się zmniejszył, tępość w wierzchołku się zmniejszyła; chora czuje się zupełnie zdrową.

W drugim bardzo ciężkim przypadku z objawami wychudnienia, duszności, kaszlu z obfitą plwociną, z silnem zajęciem krtani i płuc po 8 miesiącach leczenia (1,0 do 1,8 kreozotu) chora przytęła, mało kaszle bez plwociny, głos czysty, stępienie wierzchołkowe mniejsze, zniknięcie tympanicznego odgłosu. W trzecim przypadku u chorego oddawna na gruźlicę cierpiącego po grypie nastąpiło pogorszenie. Autor znalazł znaczną infiltrację prawego płuca i liczne rżężenia podtrzeszczące. Po 7 miesiącach leczenia (zaczawszy od 1 grama autor doszedł do 3,6 gramów na dobę) chory zyskał na wadze przeszło 20 funtów, stępienie zniknęło, szmer oddechowy prawidłowy.

Wszyscy chorzy, o czym wyżej wzmiankowano, otrzymywali kreozot w kapsułkach z tranem, gdy poprzednio autor stosował kreozot z balsamem tolutańskim. Przekonał się bowiem autor, jak również inni lekarze, że balsam tolutański znajduje się w wypróżnieniach i zawiera w sobie dosyć dużo kreozotu; z tego powodu ilość wessanego kreozotu przy podawaniu go z balsamem tolutańskim jest niepewną. Ta okoliczność stawia kreozot w połączeniu z balsamem tolutańskim na równi z pigułkami, które są też z wielu względów niepewne, a szczególnie przez to, co zresztą wykazał Reissmann (Pharmaceutische Centralhalle, 1891, nr. 15), że z nich ulatnia się w znacznej ilości kreozot. Najlepszy sposób podawania kreozotu stanowią podług Reissmana kapsułki.

Z tego powodu autor uważa za najodpowiedniejsze podawanie kreozotu w kapsułkach z dodatkiem tranu lub oliwy. Dla ludzi mniej zamożnych stosowną jest miészauina Hopmana (Creosoti 1,0. Tinct. Gentianae 2,0) 3 razy dziennie po 20 do 80 kropel z wodą.

W końcu autor uważa za właściwe jeszcze raz zwrócić uwagę, że przez wielu szerzona obawa, jakoby kreozot miał wywierać szkodliwe działanie na żołądek jest na pewno nieusprawiedliwioną. Niektórzy wprawdzie chorzy w pierwszych tygodniach skarżą się na nieprzyjemne odbijanie, które jednak

szybko znika: w takich razach zresztą można zrobić kilkodniową przerwę. F. A.

4. HOCKHAUS. O rozstrzeni żołądka przy zwężeniu dwunastnicy (*Berl. klin. Wochenschr., Nr. 17*).

O ile łatwym jest rozpoznanie rozstrzeni żołądka, o tyle trudnym jest odnalezienie jego przyczyny. Przyczyną może być nieżyt żołądka z niedowładem lub zaburzenie w okolicy odźwiernika (np. zwężenie odźwiernika lub dwunastnicy). Kazuistyka tego ostatniego jest bardzo skąpa. Cahn, opierając się na fakcie, że po przepłukaniu żołądka znajdował w nim obfitą ilość żółci, wyprowadził wniosek, że przeszkoda musi być poniżej ujścia przewodu żółciowego. Przepuszczenie jego zostało potwierdzone przez sekcję. Riegel utrzymuje, że przy zwężeniu dwunastnicy, względnie jelita czczego, chemiczna czynność żołądka bywa bardzo zmienną, t. j. że po upływie 5—6 godzin po próbnym obiedzie niekiedy bywa obfita ilość wolnego HCl i prawidłowe trawienie, niekiedy zaś brak wolnego HCl wskutek domieszki żółci i zasadowego soku kiszkowego. Drugim faktem, na który zwrócił uwagę Riegel, że nawet po dokładnem wieczornem przepłukaniu żołądka zdarzają się w nocy obfite wymioty, co można objaśnić jedynie przechodzeniem zawartości dwunastnicy do żołądka. Autor, asystent kliniki prof. Quincke'go w Kiel, spostrzegał w tejże klinice 3 przypadki zwężenia dwunastnicy. Pierwszy z nich dotyczył 67 letniej kobiety, dotkniętej od 2-ch lat dolegliwościami ze strony żołądka (odbijaniem, prężeniem i wymiotami w kilka godzin po jedzeniu). Dolna granica żołądka obniżona, silne pluskanie. W zawartości, wydobytej z czczego żołądka, prócz resztek pokarmów mnóstwo czworniawków (*Sarcina*), brak wolnego HCl. Nazajutrz wydobyto z czczego żołądka 500 cm.³ płynu, zawierającego wolny HCl. W 24 dni po wstąpieniu do kliniki chora zmarła.

Sekcja dała następujące wyniki. Zwężenie dwunastnicy po perforacji pęcherza żółciowego do niej. Kamienie żółciowe. Rozstrzeń żołądka i dróg żółciowych. Rozpoznanie za życia—rozstrzeń żołądka wskutek zwężenia odźwiernika. Sieidliska w dwunastnicy nie można było przypuszczać, ponieważ zwężenie było tuż obok odźwiernika, tak, że ani żółć, ani zawartość jelit nie mogła wracać do żołądka.

Trzeci przypadek—chory lat 34, zachorował na bóle w okolicy żołądka w 2—4 godziny po obiedzie, połączone z odbijaniem i zwracaniem brunatnej bardzo kwaśnej masy, poczem bóle znikaly. W okolicy żołądka pluskanie, dolna granica o 3 palce niżej pępka. W przesączu wymiotów wolny HCl. Przy przepłukaniu czczego żołądka otrzymano litr zielonego płynu. Rozpoznanie — rozstrzeń żołądka (rak odźwiernika?). Po przepłukaniu w 4—5 godzin po obiedzie wydobyto masę żółciowo zabarwioną. W okolicy odźwiernika wyczuwa się guz wielkości orzecha laskowego, przy oddychaniu przesuwalny. Wyniki sekcji. Rozstrzeń żołądka, zwężenie dolnej części dwunastnicy, spowodowane przez blizny, idące do okolicy pęcherza

żółciowego; mniej znaczne zwężenie odźwiernika, zależne od wzrostu z pęcherzem żółciowym, od przerostu okrężnych mięśni i od poczynającego się raka błony śluzowej, który wtórnie rozwinął się w bliźnię.

Z opisanych przypadków 1-szy pokazuje, że zwężenie w początkowej części dwunastnicy niczem się nie różni od zwężenia odźwiernika, że za życia dwa te stany nie mogą być od siebie odróżniane. 2-gi zaś i 3-ci, że zwężenia, znajdujące się poniżej ujścia przewodu żółciowego są dostępne dla rozpoznania. Ważnym objawem jest zachowanie się żółci. W drugiej linii należy zwrócić uwagę na chemizm trawienia, mianowicie na obecność lub brak wolnego HCl — zależny od dostawania się do żołądka zawartości jelit, znoszącej działalność HCl i pepsyny.

Na uwagę też zasługuje, że chorzy po wieczornem przepłukaniu żołądka w nocy wymiotują, co zależy od zalegania pokarmów w jelitach. Ważną rolę odgrywają wywiady, mianowicie skonstatowanie cierpienia dróg żółciowych. We wszystkich przypadkach H. zmiany w jelitach zostały wywołane przez chorobliwe sprawy pęcherza żółciowego.

Bronisław Handelsman (Łódź).

II. Choroby nerwowe.

5. Dr. RUDOLF V. HOESSLIN. O leczeniu przewlekłych cierpień rdzenia i o pożytku bodźców termicznych. (Ueber die Behandlung chronischer Rückenmarks-Krankheiten und die Vortheile localer Kältereize bei denselben). (*Münchener. Méd. Wochenschrift*, N. 21 - 22, 1891).

Dotychczasowe badania i spostrzeżenia nad przewlekłymi chorobami rdzenia doprowadziły nas do wniosku, że zwyrodniałe części tego ośrodka nerwowego, raz na zawsze straciły możliwość powrotu do stanu pierwotnego i że zaburzenia ztąd powstałe mogą jedynie w takich razach zniknąć, gdy inne ośrodki na siebie czynność zwyrodniałych przyjmą. Nie jest jednak rzeczą nie możebną powstrzymać w samych początkach sprawę chorobową, oraz dalszy jej rozwój uniemożliwić. Najłatwiej dają nam się opanować w takich razach zaburzenia w obiegu krwi, oraz sprawy zapalne rdzenia i jego opon.

Z pomiędzy sposobów, do tego celu prowadzących, wyróżnia autor środki działające drażniąco na skórę i na pierwszym planie stawia bodźce termiczne.

Kąpiele ciepłe, bądź to jako naturalne cieplice (termy), bądź też jako zwykłe kąpiele ciepłe na 28—30° R., często bywają zalecane przy przewlekłych cierpieniach rdzenia. Mają one jednak dosyć przeciwników.

Osobliwie Erb gani ten sposób leczenia; autor podziela jego zdanie, zauważył bowiem, że wielu chorych z cierpieniami mlecza po kilku miesięcznem leczeniu kąpielami od 26—30° R. nie doznawało żadnej ulgi, u innych zaś już po 3—4 tygodnio-

wej kuracyi występował bezwład kończyn, pomimo, że przy rozpoczęciu leczenia chorzy ci mogli jeszcze przy pomocy kija chodzić. Podobne niepomysłne zejście, spowodowane ciepłymi kąpielami, zależy zapewne od dłuższego przekrwienia rdzenia, oraz jego opon. To co było o obojętnych ciepłych kąpielach powiedziane, stosuje się w zupełności do kąpeli mułowych, szlamowych, siarczanych, parowych.

Natomiast w ostatnich czasach przy przewlekłych chorobach rdzenia stosowanie wody zimnej, leczenie hydropatyczne, coraz większy zyskuje sobie rozgłos,

Zimną wodę stosują pod różnemi postaciami. Autor zatrzymuje się dłużej nad sposobem Runge'go. Polega on na stosowaniu kąpeli zupełnie zimnych na nogi, kąpiele te wywierają bezpośredni wpływ na naczynia rdzenia, które podobnie jak naczynia skóry skurczowi ulegają.

Działanie zimna musi być jednak krótkie, w przeciwnym bowiem razie otrzymany wynik wprost odwrotny—długotrwałe przekrwienie rdzenia.

Konieczną jest jednak rzeczą, żeby skóra kończyn dolnych, którą na bodziec termiczny wystawiamy była ciepłą i dostatecznie w krew uposażoną; jeżeli tak nie jest co przy chorobach rdzenia, nawet często się zdarza, wtedy powinniśmy skórę kończyn przed wystawieniem na działanie zimna ogrzać i do pewnego stanu przekrwienia doprowadzić. Niekiedy bywa już zupełnie dostatecznem nadanie kończynom dolnym na pół godziny lub godzinę poziomego położenia i owinięcia kołdrą; gdy to nie wystarcza, stosujemy miejscowe koce, lub też ogrzewamy kończyny za pomocą ogrzanych kołder, gorącego powietrza lub pary.

Ponieważ różnica w ciepłocie powinna być znaczna, ażeby nagły skurcz w naczyniach skórnych, a przez to samo drogę odruchową w naczyniach rdzenia wywołać, dla tego używa się zwykle wody zimnej i niekiedy tylko nieco cieplejszej od 7—15° R.

Dla osiągnięcia większego efektu zimna woda powinna być stosowana bezpośrednio po obnażeniu kończyn.

Co się zaś tyczy samego sposobu stosowania wody zimnej, to postępuje się tu rozmaicie. Albo używa się mokrych zimnych ręczników, któremi się lekko i prędko kończyny otrzępuje, przyczem jednak baczyć trzeba na jednoczesne zmaczanie całej powierzchni nóg do kolan, albo stosujemy oblewanie zimną wodą, lub też wstawiamy nogi aż do kolan do naczynia z wodą.

Cały ten zabieg hydropatyczny nie powinien trwać dłużej nad minutę. Po należytem obsuszeniu kończyn owijają się takowe w prześcieradła i kołdry wełniane, poczem kładzie się chorego na łóżko, gdzie od 1/2—1 godziny spokojnie spoczywać powinien.

Bardzo często już po krótkim czasie spostrzegać się daje dodatni wpływ tych zabiegów, które codziennie przez czas

dłuższy wraz z innymi środkami leczniczymi stosowane być mogą.

Jeżeli jednak po 2 lub 3 tygodniowej kuracji nerwy naczynio-ruchowe skóry przestają już oddziaływać na bodźce termiczne, wtedy przerywa się leczenie na dni kilka, by je niedługo na nowo z dobrym skutkiem rozpocząć.

W przeciągu ostatnich lat pięciu leczył autor w powyższy sposób dość znaczną ilość chorych, dotkniętych przewlekłymi cierpieniami rdzenia. Najpomyślniejsze wyniki otrzymał on przy przewlekłych zapaleniach rdzenia w ściślejszem znaczeniu (*Myelitis chronica*), o ile nie były to już zwyrodnienia wysokiego stopnia. Jako ilustrację podaje autor 3 historyje przewlekłych zapaleń rdzenia, prawie zupełnie wyleczonych wyżej opisaną metodą.

Co zaś do innych sposobów, polegających również na drażnieniu skóry, zaleca autor żegadło Paquelin'a na kręgosłup, bańki suche i cięte, prąd stały i przerywany na krzyż, plaster rtęciowy, ten ostatni zaleca szczególnie przy jednoczesnym zajęciu opon rdzenia.

W ostatnich 10 latach coraz częściej stosowane bywają mechaniczne sposoby leczenia chorób rdzenia, opierające się na mniemaniu, że przez wyciąganie i targanie opon rdzenia, oraz więzów kręgosłupa, wywołują się zmiany w krwiobiegu samego rdzenia.

Tu zalicza się zawieszanie (Charcot), gorset wyciągający (Jürgensen), oraz pozioma płaszczyna wyciągająca (Weiss).

Zawieszanie, które z pomiędzy tych sposobów największą popularnością się cieszy, dało jedynie przy wjadzie mlecza mniej więcej zadawalniające wyniki.

Co zaś do cierpień rdzenia pochodzenia przymiotowego, to podług autora jedynie nacieczenia przymiotowe, oprócz rdzeniowych, swoistemu leczeniu podlegać winny, gdyż przy nacieczeniach, oraz nowotworach samego rdzenia na wiele rachować nie można.

Również i przy wjadzie rdzenia, którego związek z przymiotem ogólnie jest uznany, swoiste leczenie daje zwykle ujemne wyniki.

Te zaś przypadki wjadu, gdzie poprawa pod wpływem przeciwprzymiotowego leczenia szybko wystąpiła, okazały się gummatami opon rdzenia, które cały zbiór objawów wjadu przedstawiały.

Autor podaje trzy przypadki wjadu rdzenia przymiotowego pochodzenia, leczone rtęcią, które mu tak niezachęcające wyniki dały, że go zniewolili do zarzucenia swoistego leczenia w podobnych przypadkach.

H. Kucharzewski.

6. Prof. J. HÖFFMANN. **Syringomyelie.** (*Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge, Nr. 20, 1891.*)

Dla syringomyelii charakterystyczną jest kombinacja następujących objawów chorobowych: 1) zaburzenia troficzne, które w celach praktycznych dzielimy na — przewlekły zanik mięśniowy rdzeniowego pochodzenia z zależnemi od niego porażenia-

mi i—zaburzenia troficzne innych tkanek, jako to: skóry, tkanki podskórnej, co zresztą trudno oddzielić od zaburzeń naczynioruchowych i wydzielniczych, 2) częściowe porażenie czucia, a mianowicie zaburzenia czucia bólowego i temperatury przy zupełnie normalnem lub stosunkowo nader słabo upośledzonym czuciu skórnem. Dodać należy, że ten zbiór objawów znajdujemy zwykle, jeśli nie wyłącznie, przedewszystkiem na kończynach górnych, prawie jednocześnie lub jedna po drugiej ulegających cierpieniu.

Obraz chorobowy da się naszkicować w następujący sposób. Choroba rozwija się zwykle w wieku pomiędzy 20 i 30, rzadziej 40 rokiem, stopniowo i skrycie bez bólów lub przy uczuciach palenia zimna, niekiedy silnych bólach: sprawa zaczyna się zanikiem i parezą jednej lub obu dłoni według typu Duchenne Aran'a, t. j. zanikiem thenaris i hypotheraris; dłoń przyjmuje wkrótce formę dłoni małpiej. Zanik przechodzi na mięśnie przedramienia lub przeskakując na mięśnie barkowe, a w dalszym biegu choroby na mięśnie pleców, brzucha, kończyn dolnych. Wyjątkowo tylko choroba rozpoczyna się mięśniami tułowia lub nóg. W mięśniach zanikających istnieją prawie zawsze drgania fibrillarne lub stałe drżenie. Jednak zanik mięśniowy przy syringomyelii może być niekiedy zwykłym wskutek braku działalności niektórych mięśni, wtedy naturalnie drgań fibrillarnych niema. Elektryczne badanie wykazuje różne stopnie zmian—od 'zwykłego osłabienia pobudliwości mięśniowej do zupełnej reakcy zwyrodnienia; analogicznie zachowuje się pobudliwość mięśniowa.

Wkrótce występują wspomniane porażenie częściowe czucia „partielle Empfindungslähmung“—głównie w miejscach zaniku mięśniowego. Jest to jedna z najważniejszych cech syringomyelii, szczególnie, gdy te zaburzenia nie trzymają się pewnych określonych gałęzi nerwowych, ale obejmują całe odcinki, członki lub pół ciała. Niekiedy objaw ten bywa poprzedzany przez zwiększenie uczucia bólowego (hyperalgezyja). Chory zauważa, że może dotykać śmiało bardzo gorących przedmiotów, a nawet parzyć się, krajać swe ciało, nie doznając przytem najmniejszego bólu: przy badaniu okazuje się, że chory nie odczuwa zupełnie szczyknięcia, głębokich ukłuć i nie odróżnia lub bardzo słabo gorących przedmiotów od zimnych, podczas, gdy czucie dotykowe, lokalizacyjne, zmysł mięśniowy są nietknięte. Często jedna część ciała poci się bardzo silnie, dłonie stają się niebieskie, zimne i sztywne, mimo to, że chory doznają w nich palenia i gorąca. Zamiast tych objawów zjawia się niekiedy czerwonosć plamista całego ciała lub zaczerwienienie jednej połowy twarzy. Lecz zmiany naczynioruchowe rozwinać się mogą jeszcze więcej i przechodzą w zmiany troficzne. Na rękach lub na ciele tworzą się pęcherze, wysypki, wypryski, obrzęk, zanik skóry i tkanki podskórnej, głębokie blizny i keloidy, nareszcie zastrzały i zapalenie podskórnej tkanki łącznej, które mogą przebiegać bez najmniejszego bólu. Może dojść i do samoistnych złamań ko-

ści, cierpień stawowych ze zgrubieniem znacznym końców stawowych kości lub z wysiękiem. Wszystkie te zmiany rozwijają się zwykle nader powoli, tak, że chorzy często po kilku latach cierpienia zwracają się o pomoc do lekarzy. Jeżeli w tym okresie chirurg ma do czynienia z cierpieniami kości i stawów i t. p., to będą one wzbudzać nieraz podejrzenie, jeżeli zabiegi operacyjne są zupełnie niebolesne, tak, że można je wykonywać bez usypiania.

Przy badaniu chorego, oprócz tych zasadniczych i charakterystycznych dla syringomyelii objawów można znaleźć cały szereg innych, zależnych od umiejscowienia i rozprzestrzenienia sprawy rdzeniowej.

Jeżeli ostatnia rozszerza się, to ulegają cierpieniu i kończyny dolne. Tu możemy znaleźć zarówno zanik zwykły lub zwyrodniający, jak skurcze chód spastyczny lub ataktyczny, wzmoczenie odruchów kolanowych i t. d. Odruchy ścięgniste, które na górnych kończynach znikają zwykle bardzo wcześnie na obu stronach, na nogach mogą się zachowywać bardzo nierównomiernie: np. nie istnieć zupełnie na jednej stronie, a być wzmocnionymi na drugiej. w ogóle jednak wzmoczenie odruchów ścięgniętych na kończynach dolnych zdarza się częściej, niż ich brak zupełny. Pęcherz moczowy i kiszka prosta pozostają stosunkowo długo nietknięte, również jak funkeyje płciowe: do zaburzeń w tym kierunku i do odleżyn dochodzi sprawa późno.

Jeżeli sprawa rdzeniowa przechodzi na część szyjową rdzenia i na rdzeń przedłużony, to mamy objawy nowe. Najważniejszym z nich dla rozpoznania syringomyelii jest zwężenie szpary ocznej i jednocześnie zwężenie lub rozszerzenie źrenic przy zupełnie normalnem oddziaływaniu na światło i akomodacyi. Zwężenie to robi wrażenie „płosis“. Z objawów bulbarnych—należy zanotować częściowe porażenie czucia w obrębie nerwu trójdzielnego, zanik i parzę języka, porażenie in-recurrentis, zaburzenie połykania, zmiany pulsu, nystagmus i t. d., i t. d. Bardzo często zdarzają się bóle i sztywność kręgów grzbietowych i szyjowych, i skrzywienie kręgosłupa najczęściej na prawo.

Szczególnych objawów psychicznych przy syringomyelii niema: chorzy ci mogą być tak samo hypochondrykami lub neurastenikami, jak inni cierpiący na rdzeń.

Anatomo-patologicznie—syringomyelia jest to tworzenie się jam w szarej substancji rdzenia, za Canalis centralis w bliskości jego: ztąd proces przechodzi na inne odcinki szarej substancji i na białą. Ulubionym punktem wyjścia i umiejscowieniem cierpienia jest część szyjowa rdzenia, ztąd i objawy cierpienia zjawiają się przedewszystkiem w kończynach górnych. Jamki bywają częstokroć nader małe, a przytem tkanka naokoło nich nosi charakter nowotworzenia, gliomatu. Niekiedy jamka prawie zupełnie nie istnieje, a mamy wtedy wyraźne nowotworzenie gliomatyczne z wylewami krwawymi. Nazywa się to gliomatozą lub gliozą rdzeniową. Nowotworzenie gliomatyczne może zwyrodnąć szklistawo lub koloidalnie i wte-

dy tworzą się jamy, ściany których nie będą usłane nabłonkiem, jeżeli te jamy nie znajdują się w połączeniu z *Canalis centralis*. Gdzie tylko rozwija się gliomatoza, tkanka nerwowa ginie,—jeżeli przytem są zajęte pęczki boczne i tylne, to dochodzi do wstępujących i zstępujących zwyrodnień. Co do patogenezy choroby, to jedni badacze z Leyden'em na czele utrzymują, że syringomyelia powstaje z hydromyelii, czyli, że te dwie sprawy są właściwie identyczne: jeżeli kto ma wrodzoną hydromyelię (rozszerzony *Canalis centralis*), to u tego rozwija się syringomyelia. Według drugiego poglądu, bronionego przez Fr. Schultze, syringomyelia jest to nowotworzenie w rdzeniu, z rozpadu nowotworu powstają jamy; nareszcie dwaj francuzcy autorowie mówią o „myelite civitaire”—o zapaleniu tkanek rdzenia z tworzeniem się jam. Według badań autora każdy z tych poglądów ma za sobą pewną część prawdy.

Objawy kliniczne znakomicie się zgadzają z podaną lokalizacją cierpienia rdzeniowego. Jeżeli zmiany zaczynają się w części szyjowej substancji szarej za *Canalis centralis* i przechodzą na rógia tylne, to mamy do czynienia z częściowym porażeniem czucia górnych kończyn, jednej lub obu; jeżeli cierpienie zajmuje i rógia przednie, to rozwija się znany obraz zaniku mięśniowego postępującego. Zaburzenia troficzne, naczynioruchowe skóry, kości i t. d. stoją w związku również z cierpieniem substancji szarej, choć dokładnie nie wiadomo, czy środkowej, czy też tylnobocznej. Jeżeli zmiany przechodzą na pęczki boczne rdzenia, to zjawia się porażenie spastyczne i t. d., i t. d.

Przy rozpoznaniu różniczkowym przedewszystkiem zachodzi mowa o odróżnieniu syringomyelii od zaniku mięśniowego postępującego: przy tym ostatnim niema jednak zupełnie zaburzeń czucia i troficznych; ta sama cecha służy dla odróżnienia syringomyelii od *sclerosis lateralis amyotrophique*, która zresztą przebiega daleko szybciej—bo w 3—5 lat—niż syringomyelia. Najtrudniejszym jest odróżnienie od *pachymeningitis cervicalis hypertrophica*, która jest także rzadką chorobą; głównie zwracać należy uwagę na przebieg cierpienia i brak „partielle Empfindungslähmung“. Przy porażeniach toksycznych (arszenikowych, zatruciu ołowiem i t. d.) cierpią zwykle pewne określone nerwy, a zaburzenia czucia nie są częściowymi. Według zdania autora niema jednak różnic pomiędzy syringomyelią a chorobą Morvan'a: to ostatnie cierpienie charakteryzuje się tworzeniem niebolesnych zastrzałów na paretycznych kończynach górnych. W jednym sekyjnym przypadku tej choroby anatomicznie znaleziono syringomyelię.

W etylogii syringomyelii dziedziczność nie gra żadnej roli: choroba rozwija się sama przez się, albo niekiedy po chorobach ostrych—po tyfusie, szkarlatynie, odrze i t. d. Syfilis niema także szczególnego znaczenia—ale uraz, zdaje się być jednym z częstych powodów. Autor duże znaczenie przypisuje wrodzonemu usposobieniu. Obie płcie cierpią jednakowo często na syringomyelię. Choroba może trwać bardzo długo, bo

aż 40 lat; niekiedy zaś śmierć następuje już po 3—4 latach wskutek przejścia choroby na rdzeń przedłużny lub inne ważne ośrodki. Samoistne polepszenia są nader częste; jednak wyleczenia do tego czasu nie widziano. Z zabiegów leczniczych pożyteczną jest dla wielu chorych galwanizacja i faradyzacja peryferyczna, łagodząca bóle i parestezyje, wznagająca siłę mięśniową. Arszenik, jod są wskazane, jako środki, które mogą wywrzeć wpływ korzystny na zmienione tkanki. Pozostaje jeszcze symptomatyczne przeciwbólowe leczenie; bromowe preparaty łagodzą silne napięcie mięśni.

E. Biernacki.

III. Chirurgija.

7. M. JUNGENGEL, O przeszczepianiu skóry metodą Thierscha. (*Würzburg, 1891 r.*)

W pracy tej Jungengel podaje opis 119 przypadków przeszczepiania z kliniki prof. Schönborna w Würzburgu. Na tych 119 przypadków w czterech tylko przeszczepianie się nie udało; ze względu na tak znakomite rezultaty, uważam za rzecz pożądaną przytoczyć szczegóły postępowania przez Jungengela opisane.

Przeszczepiać skórę można na każdą świeżą ranę, do czego jednak trzeba możliwie dokładnie zatamować krwawienie. Osiągnąć tego należy przez ucisk, w razie koniecznej potrzeby przez torsyję naczyń krwawiących; podwiązek zaś należy unikać; krepulea Esmarcha używać nie należy, ze względu na obawę krwawienia następczego. Im cieńsza będzie warstwa włóknika resp. krwi pomiędzy raną a przeszczepianym skrawkiem, tem prędzej może nastąpić połączenie naczyń, a co za tem idzie i przygojenie. Skrawki przyrastają jednakowo dobrze do najrozmaitszych tkanek, nie tylko do tkanki podskórnej, mięśni, powięzi, ale nawet okostnej, kości zbitej i gąbczastej, chrząstki i wielkich naczyń. W trzech przypadkach znakomicie się udało przeszczepianie na obnażoną z okostnej kość czołową, w jednym przypadku na diploe tej kości po zdłutowaniu blaszki korowej. Przeszczepiano również na rany poprzednio tamponowane gazą jodoformową pomiędzy 2 i 8 dniem po operacji. Najczęściej transplantowano na rany granulujaące. Według Thierscha, trzeba tu czekać póki ziarnina nie różniczkuje na dwie warstwy—miękką, zwierzchnią, z pionowo w górę skierowanymi naczyniami i spodnią, twardą, skurczoną już bliznowato, z naczyniami przebiegającymi poziomo. Zwierzchnią przed przeszczepianiem należy zeszkrobać. Jeżeli jednak wydzieliną z rany jest nieznaczna, to można szcześcić wprost bez skrobienia. Przy bardzo obfitej wydzielinie nawet zeszkrobienie nie gwarantuje przyjęcia, dla tego ranę sączącą obficie, należy naprzód odpowiednio przygotować, za pomocą pędzlowania lapisem, jodyną etc. Ostatnia, stosowana co drugi dzień, dawała szczególnie dobre wyniki, przyczem jednak pamiętać o tem należy, że środki te przed zmniejszeniem wy-

wolują przemijające zwiększenie wydzieliny. Szczepiono na powierzchnie granulacyjne najróżniejszego pochodzenia: — na pozostałe po aseptycznych operacjach, po oparzeniach, przypadkowych urazach i t. d. Szczepiono także na defekty, pozostałe po sprawach syfilitycznych lub gruźliczych, bądź na świeże, bądź dopiero na ziarninujące. Przy szczepieniu na powierzchnie granulacyjne, pochodzące od ostrych spraw ropnych, trzeba możliwie długo czekać, aby skutek z transplantacyi był pomyslny.

Thiersch radzi, aby ani skrawki do szczepienia przeznaczone, ani też defekt, nie były obmywane żadnymi płynami przeciwnilnemi, a tylko fizjologicznym roztworem soli kuchennej. W klinice Schönborna nie trzymano się tego przepisu. Obmywano oba pola operacyjne sublimatem, albo kwasem karbolowym; przekonano się, że nawet wycięte skrawki mogą bez żadnej szkody dla swej żywotności pływać przez czas pewien w 2^o/_o roztworze kwasu karbolowego.

Narkozy nie używano. Ból przy zrzynaniu skrawków bywa niewielki, nawet bardzo delikatne i drażliwe osoby znosiły go dobrze. Do robienia skrawków najodpowiedniejszym narzędziem jest nóż podobny do brzytwy, lecz osadzony na stałej rękojeści, choć równie dobrze można do tego użyć noża amputacyjnego lub brzytwy. Skrawki powinny być równomiernie grube, co się nie trudno osiągnąć daje przy pewnej wprawie. Skrawki najdogodniej jest brać z przedniej i zewnętrznej strony uda lub z tylnej ramienia. Można brać i z drugiego osobnika, np. z amputowanych kończyn. Przy zrzynaniu skrawka skóra powinna być dobrze napięta. Skrawki powinny być możliwie długie i szerokie. Największy skrawek, jaki przeszczepiono w klinice Schönborna, miał 32 ct. długości przy 4 ct. szerokości. Co do grubości skrawków zdania są różne. Thiersch radzi krajać tak, aby obok brodawek zabierać także wierzchnią część gładkiej tkanki łącznej skóry, inni zaś wolą możliwie cienkie skrawki, do brodawek tylko sięgające. Przy skrawkach szerokich środek zwykle jest grubszy, że stromą łącznotkankową, gdy tymczasem brzegi skrawka z naskórka tylko się składają. Na ranie skrawki układają się w ten sposób, aby dachówkowato jeden na drugi i na brzegi skóry zachodziły. Pokrywać należy na jednym posiedzeniu cały defekt. Dobre rozłożenie płata na ranie daje się osiągnąć za pomocą sondy i pędzelka. Po rozpostarciu płatów należy je dla zupełniejszego przyklejenia do dna rany przycisnąć tamponikiem z gazy.

Po najstaranniejszem nawet zatamowaniu krwi tworzy się pomiędzy raną a skrawkami pewien wylew, co nie jest jednak niekorzystne, gdyż krew, gdy skrzepnie, przykleja niejako skrawki do podłoża. Wylew krwi obfity przeszkadza odżywianiu skrawków. Co do opatrunku, to najlepszym okazał się suchy jodoformowy opatrunek: bezpośrednio na przyklepione skrawki sypie się dość grubą warstwę jodoformu w proszku, na to gaza etc. Warstwa proszku jodoformu ułatwia następcze zdejmowanie opatrunku. Pokrywanie skrawków silkiem zarzu-

cono, gdyż naskórek się pod silkiem maceruje, skrawki się do silku przylepiają i przy zmianie opatrunku razem z nim odrywają. Gdzie często opatrunek zmieniać należy, zaleca Jungengel opatrunek z pasków gazy, posmarowanych maścią bornowazelinową (80/0); paski te szerokie 1 ct. nakłada się na zaszczerpione miejsce tak, aby pomiędzy paskami istniała wolna droga dla wydzieliny. Na to kładzie się zwitki zmiętej gazy sublimatowej, wata, w razie potrzeby łubka etc. Naskórek pod waseliną podlega również maceracyi, choć w mniejszym stopniu jak pod silkiem. Zmacerowany naskórek oddziela się w postaci strzępków przy pierwszym opatrunku; możnaby sądzić wtedy, że cały zabieg poszedł na marne, następne jednak opatrunki wykazują, że nie cały naskórek odpadł, a tylko warstwy jego zrogowaciałe; pozostała głęboka warstwa t. zw. śluzowa, z której następnie warstwa rogowa się rozwija. Maściowe opatrunki zmienia się na 3—5 dzień, suche po 8 do 14 dniach. Miejsce zkąd brano skórę opatruje się w sposób zwykły, goi się bez blizny, jeżeli brano skrawki cienkie, z blizną zaś gdy skrawki były grubsze. Gdy gojenie przebiega bez żadnej komplikacyi, skrawki wyglądają w dniach najbliższych po operacyi blado-różowo; po 3—4 dniach zabarwienie staje się silniejszym, co zaś jeszcze pozostało blade odpada. Jednakże i po takich kompletnie niejako odpadniętych skrawkach pozostają nieraz wysępki nabłonka. Po dniach 8—10 skrawki są już zwykle przygojone, jednak przy zmianie opatrunku trzeba być ostrożnym, bo jeszcze się mogą oderwać, co raz się zdarzyło i Jungengelowi. W tym przypadku oderwany łącznie z opatrunkiem skrawek przytknięto en masse na nowo do rany—nastąpiło przygojenie. Ciekawy jest przypadek Gräsera, gdzie nawet komplikacyja róży nie przeszkodziła zagojeniu. Na przygojonych skrawkach często obserwowano obfite łuszczenie naskórka. Jeżeli miejsce pokryte ma poziom niższy od otaczającej skóry, lecz leży na tkankach dobrze odżywianych, to brak wypełnia się w przeciągu kilku tygodni; gdy zaś dno jest gorzej odżywiane, np. goła kość, to zagłębienie pozostaje na stałe.

Autor dołącza bardzo szczegółowe badanie mikroskopowe przyrastania przeszczepionych skrawków w różnych okresach. Starannie wykonane rysunki dopomagają do dobrego zrozumienia rzeczy. Praktyczne wyniki badania mikroskopowego można streścić w sposób następujący: skrawek przeszczepiony przez dni kilka odżywia się przez cyrkulacyję plasmatyczną, bardzo być może, że i przenikające z podłoża białe ciała grają tu pewną rolę. Skrawki, składające się z samego nabłonka mogą przyrastać wprost, a w każdym razie dłużej sobie dają radę bez nowoutworzonych naczyń, dla tego takie zaleca się przy przeszczepianiu na miejsca źle odżywiane, np. na gołą kość. Grube płaty potrzebują dobrze unaczynionego podłoża. Krwawienie musi być zatamowane jak najściślej, gdyż grube wynaczynienie stanowi trudną do przebycia zaporę dla wyrastających z podłoża naczyń; gdy zaś połączenie naczyń nie na-

stąpi w odpowiedniej porze, to przeszczepione skrawki idą na marne.

Z dołączonej kazuistyki (na 93 chorych 119 przeszczepiań) widać, że w klinice Schönborna metodą Thierscha pokrywają nie tylko takie braki, które bez tego, spontaneo modo, nie mogłyby się zagoić, lecz masami transplantują także na świeże małe ranki (np. na ranę po wycięciu inguis incarnati) jedynie tylko dla przyspieszenia zagojenia. Co do trwałości wyleczenia sposób Thierscha również nie pozostawia nic do życzenia, np. jednemu z chorych wskutek braku po oparzeniu pokryto sposobem Thierscha dolną trzecią część uda na całym obwodzie, a także i całe podudzie do kostek. Z powodu wielkiego wyniszczenia chorego, transplantację trzeba było podzielić na kilka posiedzeń; w 1½ roku po wyjściu ze szpitala przeszczepiona skóra była zupełnie zdrowa, bez żadnych owrzodzeń, pomimo, że chory cały dzień przepędzał chodząc lub stojąc.

B. Dzierżawski.

8. W. KOCH (Dorpat). **Amputacja uda sposobem Sabaniejewa.** (*Berl. kl. Woch.*, nr. 25, 1891).

Sposób Sabaniejewa osteoplastycznej amputacji uda polega na przyłataniu do dolnego końca kości udowej wycinka górnej części piszczeli. Sam Sabaniejew tę operację nazywa „Amputatio femoris intercondyloidea osteoplastica“, a przebieg operacji opisuje (*Chir. Wiestnik*, 1890) w sposób następujący: Dwa cięcia boczne robi wzdłuż goleni od główki strzałki i lig. laterale internum w dół do średniej części; te cięcia linijne łączą się poprzecznie, z przodu na dwa palce poniżej tuberositas tibiae, z tyłu cokolwiek wyżej. Z dwóch w ten sposób zarysowanych płatów odpreparowuje się najprzód tylny (wyłącznie ze skóry), z tyłu otwiera się staw kolanowy i przecina więzy krzyżowe i boczne. Następnie wiszącą na przednim płacie goleń wywraca się w ten sposób na udo, aby przednia powierzchnia pierwszej leżała poziomo na przedniej powierzchni ostatniego. Teraz przepiłowuje się piszczel podłużnie, począwszy od powierzchni stawowej równoległe do przedniej jej powierzchni; piłuje się aż poniżej guzowatości do końca przedniego płatu skórniego. Przeprowadziwszy potem goleń do pozycji normalnej, przepiłowuje się piszczel z przedniego poprzecznego cięcia poprzecznie, począwszy od przedniej powierzchni do spotkania z poprzedniem rozpiłowaniem podłużnem. Goleń teraz odpada. Spilowawszy następnie oba kłykcie kości udowej powyżej największego ich obwodu, przystosowuje się do rany kości udowej wycinek piszczeli i zaszywa się ranę skórnią. Wycinek piszczeli układa się na końcu kości udowej zupełnie swobodnie, szew skórny zupełnie wystarcza do utrzymania go na miejscu, żadnych gwoździ ani szwów kostnych nie potrzeba. Prof Koch wykonał amputację w ten sposób pięć razy z zupełnie zadawalającym rezultatem. Konsolidacja następowała po 3—4 tygodniach. Prof Koch wycinał płaty nieco dłuższe, jak radzi Sabaniejew i, aby uniknąć sączenia się przez ranę po operacji mazi stawowej, wycinał lig. mu-

cosa i dolny zawrót błony maziowej, gdyż te, jego zdaniem, stanowią główny aparat wydzielający stawu kolanowego. Jednakże prof. Koch nie sądzi, aby ostatni zabieg był konieczny. We wszystkich przypadkach prof. Kocha nastąpiło linijne obumarcie brzegu płata przedniego, co jednak tylko gojenie nieco przedłużało, ale w niczem nie szkodziło sprawności kikutu.

Wyższość tej operacji nad sposobem Gritti'ego polega na tem, że przy ostatniej odcinek rzepki trudno jest utrzymać na ranie kości udowej, potrzeba do tego szwów lub sztyftów, które przy rozrzedzeniu kości nie trzymają. Następnie operacja Sabaniejewa daje kikut z powierzchnią dolną składającą się z guzowatości piszczeli, skóra na tem miejscu lepiej wytrzymuje ucisk, niż skóra na rzepce; przy zwykłym klęczeniu ciała opiera się właśnie na guzowatościach.

Z dołączonego opisu pięciu przypadków widać, że prof. Koch operację Sabaniejewa wykonywał w przypadkach, gdzie można było zrobić także zwykłą wysoką amputację goleni. Prof. Koch sądzi, że na kikucie po operacji Sabaniejewa pewnie może chory następować. Zważywszy, że amputacja goleni daje ranę prostą, a operacja Sabaniejewa ranę z przestronem i uchylkami, wyższość ostatniej nad pierwszą wydaje się sprawozdawcy problematyczną. Jednakże uważaliśmy za stosowne zreferować artykuł prof. Kocha, gdyż mogą się trafić przypadki, w których operacja Sabaniejewa będzie specjalnie wskazaną, np. przy zmiążdżeniu goleni z idącymi do stawu pęknięciami przy względnie zdrowych częściach miękkich w górnej trzeciej części goleni.

B. Dzierżawski.

9: BAZY. Rozdarcie cewki moczowej przez rozciągnięcie. (De la déchirure de l'uretre par distension). (*La Semaine Méd. Nr. 14, 1891*).

Krwawienie występujące w końcu moczenia może pochodzić nie tylko wyłącznie z odcinka tylnego cewki moczowej i szyjki pęcherza, lecz także z części przedniej cewki.

Warunki przy których spostrzega się krwawienie bywają wywołane przez zmiany powstałe przy rzerzające chronicznej, lub przez te zmiany obostrzone katetyzacyją, instyllacyjami i t. p.; mogą być spowodowane wyłącznie urazem bez zmian poprzednich.

Ostatniego rodzaju przypadek spostrzegł autor u pewnego chorego, będącego po obfitej libacji, któremu okoliczności dopiero w domu pozwoliły wypuścić mocz; chęć oddawania moczu była wielka, tak że chory musiał zacisnąć mocno jedną ręką członek, ażeby drugą wydobyć z szafki nocnik. Po obfitem oddaniu moczu zauważył w końcu wypływającą krew.

Po bliższem zbadaniu chorego autor przekonał się, że miejscem krwotoku była przednia część cewki.

W opisanym przypadku, jak również przy zwięzieniach, krwotok zostaje wywołany nadmiernem rozciągnięciem cewki, powodującym rozdarcie, a właściwie szczelinę cewki.

Ponieważ zmiany przy chronicznej rzerzające umiejscawiają się

wiają się najczęściej w okolicy opuszkowej cewki i błoniastej, to też i szczeliny najczęściej w miejscach tych dają się spostrzeżać. Silniejsze rozwinięcie muskulatury pęcherza, jakie ma miejsce przy zwężeniach — sprzyja również tworzeniu się nadżarć.

Spostrzeżenia swe kliniczne autor stwierdził doświadczalnie; na trupach, przecinał pęcherz i w szyjce jego umocowywał rurkę szprycy, nie zachodząc za część prostatyczną; następnie przewiązywał część wiszącą prącia zaraz za żołądździą, następnie z pewną siłą wstrzykiwał płyn. Kanał został przecięty po ściance górnej, gdyż, jak to wyjaśnił dawno Guyon, ta prawie zawsze jest wolna od nadpęknięć.

We wszystkich doświadczeniach autora nadpęknięcia były ograniczone częścią opuszkową lub błoniastą cewki, nie zajmowały zaś nigdy ścianki górnej.

Nadpęknięcia bywają zawsze podłużne, t. j. w kierunku cewki; długość szczeliny wynosi 1 do 3 centymetrów, średnio 2 cent.

Wczesne zwężenia cewki rozwijające się w następstwie rzerzączki, jak wiadomo, należą do rzadkich objawów, otóż powstawanie ich da się wyjaśnić częstemi nadpęknięciami cewki.

J. Wojciechowski.

IV. Choroby weneryczne i skórne.

10. E. WERTHEIM. **O otrzymywaniu hodowli gonokokków Neisser'a na płytkach.** (*Deut. Med. Woch.*, N. 50, 1891).

Autor podaje sposób łatwego otrzymywania hodowli gonokokków w znacznej ilości. Ropę rzerzączkową rozprowadza się w płynnej surowicy krwi ludzkiej i rozlewa się w probówki tak, aby otrzymać rozcieńczenia dwojakiego stopnia. Zawartość każdej probówki rozcieńcza się natychmiast równą objętością agaru i rozlewa się na płytki, które się pozostawia następnie w termostacie przy temp. 40° C. Już po dobie rozrastają się dość bujnie hodowle, których tożsamość z gonokokkami stwierdzić można przez badanie mikroskopowe, szczepienie hodowli na ściętej surowicy krwi ludzkiej, oraz szczepienie ich ludziom. W ostatnim razie rozwija się (autor sprawdził to 5 razy na paralitykach) typowy obraz rzerzączki. Hodowle na ściętej surowicy krwi ludzkiej rosną, jak wiadomo, bardzo powolnie, często nawet wcale się nie rozwijają. Gdy jednak z otrzymanych w sposób powyższy hodowli na płytkach przeniesiemy oddzielne grudki na mieszaninę, złożoną z jednej części płynnej surowicy krwi i dwóch części zwykłego agaru, otrzymujemy w probówce już po dobie obfite hodowle, które się w ciągu następnej jeszcze bardziej bujnie rozrastają. Odpowiednie badania przekonały autora, że wymieniona mieszanina odżywcza wpływa tak dodatnio na bujanie gonokokków, dzięki zawartemu w niej peptonowi. Mniejsze znaczenie ma znajdujący się w niej rosół. Sposób powyższy obok możności zawsze pewnego otrzy-

mywania znaczniejszej ilości hodowli gonokokków ma jeszcze tę dogodność, że usuwa konieczność używania większych mas surowicy ludzkiej, której trudno jest przecież zawsze dostać.

W. Janowski.

22. Dr. IGNACY HEISLER. Kiedy i z jakich powodów przechodzi u człowieka tryper z przedniej części cewki moczowej na część tylną. (*Archiv für Dermatologie und Syphilid*, 1891 r., zeszyt 5). Z polikliniki dr. Ron'y w Peszcie.

Prawie, że wszyscy autorowie z wyjątkiem Fürbringer'a i Ron'y utrzymują, że mięsień, założony w części krokowej i bloniastej cewki moczowej (compressor urethrae) stanowi normalną zaporę, przy przejściu zapalenia z przedniej części cewki na część tylną; czas tego przejścia podają zazwyczaj na koniec trzeciego tygodnia choroby (Finger, Ultzmann, Zeissl). Kopp utrzymuje, że już znacznie wcześniej tryper może przejść w normalnych warunkach na część tylną cewki moczowej — nawet w pierwszym tygodniu po zarażeniu. Statystyka Bergh'a o zapaleniu tryprotem przyjądrza wskazuje, że najczęściej cierpienie to przy ostrym tryprze występuje w drugim tygodniu choroby, a że przedtem musi być zajęta część tylna cewki; statystyka ta dowodzi jednocześnie, że w drugim tygodniu najczęściej tryper przechodzi na tylną część cewki.

Rozpoznanie trypra tylnej części cewki zazwyczaj opiera się na badaniu moczu, który chory kolejno oddaje w dwa naczynia (metoda Thompsona); sposób ten jednak jest niedokładnym. Daleko pewniejsze rezultaty daje sposób Guyon'a, przy którym choremu najprzód przemywa się część przednią cewki, a następnie poleca oddać mocz kolejno w dwa naczynia. Dla przemywania autor poleca, bądź to płyny obojętne: jak wodę przekroploną, 1% roztwór soli kuchennej, bądź to słabo ściągające: jak słaby roztwór siarczanu cynku. Badanie drobnowidzowe moczu jest niezbędnem. Autor badając materiały polikliniczny zauważył, iż stawiając rozpoznanie urethritis posticae sposobem Thompsona u chorych na trypra, znajdował takowy w 60,2% wszystkich przypadków, sposobem zaś Guyon'a, który zaczął używać następnie, w 79,7. Letzel podnosi nawet w swej statystyce cyfrę tę na 92,5%.

W dalszej części interesującej swej pracy Heisler podaje dokładny opis 50 przypadków ostrego trypra, przy którym sprawa przeszła na tylną część cewki; wszyscy chorzy podlegali po raz pierwszy tryprowi. Z liczby 50 chorych u 10 tryper w pierwszym tygodniu przeszedł na tylną część cewki, co stanowi 20%; w drugim tygodniu u 17 chorych — (34%); w trzecim u 7 — (14%), w czwartym u 10 — (20%).

Ze swej pracy autor wyciąga następujące wnioski:

1) Tryper tylnej części cewki występuje bardzo często już w początkach ostrego trypra, najczęściej w drugim tygodniu choroby, a nie pod koniec trzeciego, jak to zazwyczaj podają wszystkie podręczniki.

2) Ogólne choroby, wyniszczające organizm, a szczególnie przymiot, w powstawaniu blenorhoeae posterior. urethrae

mają bardzo podrzędne znaczenie, t. j. widocznego wpływu nie wywierają.

3) Z wpływów zewnętrznych ciężka praca fizyczna, dzwiganie, chodzenie, stanie przyspiesza powstawanie urethritidis posticae. Chorzy więc pracujący umysłowo, siedzący w biurach, lub mogący podczas ostrego trypra pozostać w spokoju rzadziej i później zapadają na urethritidis postica.

4) Sposobowi leczenia trypra przypisywano dawniej wielkie znaczenie w powstawaniu urethritidis postica; utrzymywano bowiem, że stosowanie zastrzykiwań przy ostrym tryprze zaraz w początkach choroby przyspieszają, a nawet wprost wywołują zapalenie tylnej części cewki. Zdanie to jest zupełnie mylnem; z podanych wyżej 50 przypadków okazuje się, że 14 chorych od samego początku choroby było leczonych iniekcjami a 33 nie; z pierwszej grupy w ciągu pierwszych trzech tygodni zachorowało na trypra tylnej części 9 chorych (64,2^o/_o), z drugiej grupy 23 (69,6^o/_o). Tak więc obwiniać iniekcje o wywoływanie urethritidis posticae jest co najmniej niewłaściwem.

5) Chorzy, mogący podczas ostrego trypra pozostawać w spokoju, mniej są narażeni na zajęcie tylnej części kanału moczowego procesem chorobowym.

6) Wpływ mięśnia compressor urethrae nawet w zwykłych warunkach nie ogranicza choroby do umiejscowienia jej w przedniej części cewki.

7) Urethritidis postica powinniśmy uważać nie jako powikłanie urethritidis anticae, ale jako normalne jej następstwo. Zdanie większości podręczników, jakoby tryper zazwyczaj w trzecim tygodniu dosięgał bulbus urethrae, należy raczej uważać za wyjątek nie zaś za prawo. *Wł. Kopytowski.*

12. FOURNIER. **Dziedziczność przymiotu.** L'hérédité syphilitique. (*Leçons cliniques recueillies et rédigées par P. Portalier. Paris, 1891.*)

Dziedziczność przymiotu może pochodzić, bądź od przymiotu matki, bądź od przymiotu ojca, albo też od przymiotu obojga rodziców jednocześnie.

Podług spostrzeżeń prof. Fournier, dzieci mające matkę syfilityczną umierają w stosunku 60 na 100, od ojca zaś syfilitycznego 28 na 100, od obojga zaś rodziców mających przymiot 68,5 na 100. Stosunek dzieci dotkniętych jakakolwiek formą przymiotu dziedzicznego jest 84^o/_o, gdy tylko matka cierpi na przymiot, 37^o/_o gdy ojciec, 92^o/_o gdy oboje mają przymiot.

Ta zastraszająca skłonność przechodzenia przymiotu z rodziców na dzieci osłabia się dwoma czynnikami — czasem i leceniem.

Na 562 brzemienności, gdzie zarażenie przymiotem było przeniesione jakimkolwiek sposobem, tylko 60 razy przymiot objawił się po 6 roku; czas najdłuższy wpływu tego był 12 do 15 lat od zarażenia się rodziców; spostrzegano jednak przymiot wrodzony po 17 latach (Campbell), a nawet 20 (Weill, Henoch).

Zazwyczaj przymiot dziedziczny występuje u dzieci poczętych w okresie objawów wtórnych tego cierpienia u rodziców, niekiedy jednak spostrzegać się daje u dzieci zrodzonych z rodziców z trzeciorzędnymi objawami.

Połączony wpływ czasu i leczenia jest najdzielniejszym czynnikiem zabezpieczającym od dziedziczności przymiotu, albowiem jeden tylko z tych czynników może okazać się niedostatecznym. Ztąd wypływa konieczność niepozwalania żenienia się syfilitykom wcześniej, aż po upływie od chwili zarażenia się 3 do 4 lat czasu, poświęconego na staranne leczenie się.

Przeniesienie się przymiotu może mieć miejsce nawet wtedy, gdy w chwili poczęcia żadne z rodziców nie miało jawnych objawów tej choroby, a nawet gdy przymiot znajdował się od dawna w epoce utajenia; istnieje jednak większa możność przeniesienia, gdy poczęcie ma miejsce w przebiegu lub przed samem wystąpieniem jawnych objawów przymiotu.

Płód pochodzący od ojca syfilitycznego może zarazić swą matkę, przymiot występuje wtedy odrazu pod formą objawów ogólnych, bez owrządzenia pierwotnego i dymienic. Przymiot ten, przez zacczęcie, może się objawić pod formą objawów wtórnych, wybuchających najczęściej w ciągu drugiego, trzeciego i czwartego miesiąca brzemienności; może pozostać skrytym i ujawniać się tylko przez odporność (immunitas), której udziela matce. Przymiot taki, charakteryzujący się tylko przez odporność matki w czasie karmienia, może wystąpić później pod formą objawów trzeciorzędnych. Powyższa postać przymiotu skrytego jest prawdopodobnie w związku z wprowadzeniem małej ilości jadu i może być porównana z odpornością dla węglika, wykazaną w doświadczeniach Strausa i Chamberland'a (porów. ref. Lingart'a w Kr. Lek. nr. 8, 1890).

Prawo złagodzenia przymiotu przez czas i leczenie ma jednak wyjątki i przejście dziedziczne może wystąpić po czasie długim i pomimo leczenia starannego, chociaż, na odwrót, może się nie zjawić pomimo czasu krótkiego i leczenia żadnego lub niedbałego; osoba syfilityczna nieleczone może płodzić dzieci zdrowe. Zdarza się też, że dziecko syfilityczne rodzi się po jednym lub kilku przedtem urodzonych zdrowych, pomimo tego, że żadne leczenie nie było przedsięwzięte; najczęściej jednak w tej postaci występuje przymiot dziedziczny pod wpływem leczenia.

Rokowanie w dziedziczności przymiotowej jest bardzo smutne, śmiertelność jest większa aniżeli w najzłośliwszych formach przymiotu nabytego, nawet przymiotu mózgu. Na 500 małżeństw, zarażonych przymiotem, prof. Fournier widział 277 razy przekazanie dziedziczne tego cierpienia; na 1,127 ciąży w tych rodzinach, było 600 dzieci zdrowych i pozostałych przy życiu; zaś 527 razy przymiot objawił się: przez poronienie 230, przez śmierć wkrótce po urodzeniu 245, przez urodzenie dzieci syfilitycznych zdolnych do życia 38 razy, przez urodzenie dzieci zwyrodnionych 14 razy. Odsetka śmierci w szpitalach jest jeszcze większa; 86 na 100 brzemienności w szpitalu Loursine, 84 w S-t Louis.

Istnienie przymiotu odziedziczonyego w drugiej generacyi a priori nie jest niemożliwym, lecz żaden z faktów, opublikowanych dotąd nie przedstawia dostatecznej gwarancyi autentyczności, ażeby uważać go za zupełnie dowiedziony.

Zapobieżenie dziedziczności przymiotowej polega głównie na leczeniu przeciwprzymiotowem i na zabronieniu wchodzenia w związki małżeńskie osobom dotkniętym wczesnym przymiotem.

Gdy pomimo tego rozwija się ciąża od ojca mającego przymiot, leczenie powinno być zalecone matce, jeżeli pokażą się u niej przypadłości syfilityczne; w wypadku przeciwnym jest rzeczą niemożliwą sformułować przepisy ogólne; jednakże leczenie jest wskazane i wtedy, jeżeli przed brzemiennością ostatnią było już ich kilka, zakończonych urodzeniem dzieci wątłych, nagle umierających, lub dzieci z jawnymi objawami przymiotu. Takież samo wskazanie będzie, gdy występować będą liczne poronienia niezem nie umotywowane, wtedy bowiem przyczyną tychże może być przymiot ojca znajdujący się w stanie utajenia.

Jest prawem, użyteczność którego została stwierdzona przez Depaula, Tarnier'a i Pinarde'a, że gdy przymiot ojca jest wczesny i był niedostatecznie leczony, matka powinna być poddana leczeniu przeciwprzymiotowemu. Przeciwnie zaś, leczenie jest bezużyteczne później, tem więcej jeżeli przedtem dzieci były zdrowe.

Dziecko zrodzone przez rodziców syfilitycznych powinno być karmione przez swą matkę, dla której nigdy nie jest niebezpiecznem.

Jeżeli dziecko posiada objawy syfilityczne, powinno być poddane leczeniu swoistemu; jest to jedyny sposób zabezpieczenia go na przyszłość od możliwych nowych objawów tego cierpienia.

J. Wojciechowski.

V. Choroby oczne.

13. G. W. JACOBY (New-York). **Koklusz i przemijająca nagle ślepotą.** (Acute transitory Blindness and Whooping-cough). *New-York Medical Journal*, Feb. 28th, 1891.)

Zupełna utrata wzroku, raptownie występująca i trwająca zaledwie czas krótki, a zależna od ostrej choroby swoistej, bywała zaznaczaną jako objaw, towarzyszący zapaleniu nerek tudzież mocznicy (uraemia). Przypadki nagłego i rychłego przemijającego ociemnienia zależne od innych chorób, powstałych w ustroju, nader rzadko wydarzać się muszą, przeto niewątpliwie zasługują na szczególne zajęcie się niemi. Jacoby przytacza dwa takie przypadki, które spostrzegął u chorych, dotkniętych krztuscem (kokluszem).

Pierwsze spostrzeżenie dotyczy dziewczynki sześciolatniej, która w drugim roku życia przy zapaleniu płuc popadła w drgawki ogólne, a i potem stale doznawała silnych bólów

głowy przed zapadnięciem w jakąbądź chorobę ostrą. Przed kilku tygodniami dostała koklusz, przyczem nieraz wymiotowała, lecz w ogóle były to napady łagodne. Bóle potylicowe i tym razem mocno dokuczały małej pacjentce. Nagle pewnego dnia, we wczesnych godzinach popołudniowych, zaczęła się uskarżać na zaciemnienie wzroku; widocznie było osłupienie oczu, przekonano się, że ociemniała. Nazajutrz dr. Grue-ning stwierdził, że źrenice były ad maximum rozszerzone, a oddziaływanie ich na światło i na poruszenia zbieżne (convergence) gałek ocznych nie istniało. Nadto dostrzeżono obustronne zapalenie nerwu wzrokowego bez jakichbądź wybroczyn krwawych na dnie oka. Ilościowe uczucie (quantitative perception) światła zachowało się. Autor badał chorą dnia następnego. W nerkach, w sercu, tudzież w układzie nerwowym nic zresztą nieprawidłowego nie wykryto. Pacjentka miała wygląd charłaczny. Czwartego dnia źrenica prawa oddziaływała na bodźce świetlne, a chora rozpoznawała tem okiem większe przedmioty. W dwa dni potem zauważono podobne polepszenie i po lewej stronie. Dziesiątego dnia, była w stanie liczyć palce na odległości kilku stóp, przytem tarczy nerwu wzrokowego były zlekka tylko zamglone („slightly hazy“). Piętnastego dnia czynność nerwów wzrokowych w zupełności wróciła do stanu prawidłowego.

W drugim spostrzeżeniu jest mowa o ośmioletnim chłopcu, który już więcej jak miesiąc krztusił się w sposób znamienny, wymiotował i użalał się na ból głowy podczas napadów, które jednak w ogóle nie były zbyt gwałtowne. Po pewnym czasie stał się nader drażliwym i zrzędnym, doznawał gwałtownych bólów głowy, wymiotował i po za okresem napadów, nawet wówczas, kiedy był bez pożywienia. Przez trzy dni leżał w ciemnym pokoju, mając okład lodowy na głowie. Ból głowy i wymioty ustąpiły, lecz chory twierdził, iż utracił wzrok. Piątego dnia wyprowadzono go z ciemnego pokoju, a wówczas przekonano się, że nie jest w stanie odróżnić światła od ciemności. Zresztą nie szczególnego nie dostrzeżono w całym ustroju. Dno i wygląd zewnętrzny oczu były w stanie normalnym, źrenice prawidłowo oddziaływały na światło. Wszystko pozostało bez zmiany aż do dnia dziesiątego, w tym czasie pacjent mógł już w lewych połowach pola widzenia liczyć palce na odległości kilku stóp. Stwierdzono wyraźny objaw lewo- i połowicznego jednoimiennego widzenia (right homonymous hemianopsia). W ciągu następnych 24 godzin nie zaznaczono żadnych zmian, dwunastego zaś dnia wykazano tylko osłabienie wzroku w odpowiednich połowach pola widzenia, a w dwa dni potem siła wzroku doszła do granic normalnych w całej rozciągłości pola widzenia obu oczów.

Jacoby znalazł w szeregu przypadków, w tym kierunku poprzednio ogłoszonych, tylko dwa, które ściśle porównywać można ze spostrzeżeniami, przezeń podanemi, opisał je Alexander. W jednym, przy prawidłowym odczynie źrenicznym tudzież przy normalnym wyglądzie dna oczu, dziecko czternaste-

go dnia zmarło, pogrążone w śpiączce (comatose) wśród objawów ucisku mózgowego. Drugie zaś dziecko miało źrenice rozszerzone i nieruchome, przytem stwierdzono zapalenie nerwu wzrokowego, którego wynikiem był zanik częściowy tarcz, jest to więc tylko niezupełne wyzdrowienie. Dla wyjaśnienia genezy tego rodzaju zaburzeń ocznych, autor powołuje się na zdanie Eberta, które tenże przytacza w celu wyjaśnienia powstawania cierpienia narządu wzrokowego, wybuchających przy zapaleniu nerek, które wynikało wskutek płonicy (szkarlatyny) lub durzyicy (tyfusu).

Jacoby twierdzi, iż w danym razie chorobowe objawy oczne wybuchły skutkiem przemijającego obrzęku, który w pierwszym z jego spostrzeżeń dotyczył samego nerwu wzrokowego i tkwił u podstawy czaszki nieco ku przodowi od wzgórków czworaczych, w drugim zaś spostrzeżeniu obrzęk zajął okolice zrazów potylicowych.

Br. Ziemiński.

14. BLOCK. Bezład mięśnia prostego zewnętrznego wskutek urazu kleszczami. (Abducenslähmung durch Zangengewalt, nebst einem Anhang über Augenverletzungen aus gleicher Ursache). (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.* 1891.)

Block podaje, że wśród wszystkich chorych ocznych, którzy uczęszczali do kliniki prof. Hirschberga, począwszy od roku 1869, wykazano 31 przypadków porażen wrodzonych mięśnia prostego zewnętrznego czyli odsiebnego (unerwionego przez 6-tą parę nerwów czaszkowych); w trzech przypadkach, które szczegółowo opisuje, porażenie wynikało skutkiem stosowania kleszczy. Nadto, autor przytacza szereg zaburzeń w narządzie wzrokowym, wywołanych przy założeniu kleszczy, jako to: wysadzenie oka (exophthalmus), opuchlina i opadanie powiek, strzaskanie kości oczodołu, krwotoki mózgowo — odgrywające też pewną rolę i przy powstawaniu porażen mięśni ocznych u noworodków —, wywichnięcie gałki ocznej, rozdarcie powiek, pęknięcie gałki, a nadewszystko porażenia mięśni ocznych. *Br. Ziemiński.*

15. DE WECKER. Zapalenie tęczy oka zależne od cierpienia macicy. (Iritis métritique). (*Semaine médic.*, 1891.)

Autor twierdzi, że wszystkie cierpienia oczne zależne od zaburzeń macicznych powstają skutkiem zakażenia bezpośredniego, skierowanego z macicy ku narządowi wzrokowemu, powstają one skutkiem istotnego zaszczepienia gnilnego (inoculation septique).

Albowiem, mówi autor, z chwilą gdy przy rozpatrywaniu wytwarzania się spraw zapalnych opieramy się wyłącznie na danych bakteriologicznych i uznajemy za dogmat zdanie, że bez zakażenia nie może powstać proces zapalny, nie ma też mowy o działaniu wpływów odruchowych, o nawale krwi, wynikłym wskutek zatrzymania miesiączki, o zaburzeniach w krążeniu, spowodowanych przez zmiany w ustawieniu i w objętości macicy i t. p. Natomiast, należy ściśle wykazać, ażali wraz z czynnościami zaburzeniami macicznymi nie uda się wykryć gniazda zarazy, której część pewna, wchłonięta do naczyń, spowodowała zakażenie oka — narządu, również jak i staw kolanowy, szczególnie

usposobionego do przyjęcia i zatrzymania na miejscu zarazków. Wszakże znanem jest zakażenie ustroju, wynikłe w skutek cierpienia błony śluzowej cewki moczowej, która w danym razie stała się siedliskiem zakaźnej sprawy zapalnej. A czyż wiele jest okolic w ustroju tak podatnych do hodowli zarazków, jak błona śluzowa, wyścielająca macicę i pokrywająca powierzchnię fałdzystą pochwy w okolicy szyjki macicznej? Zapatrywania, powyżej wyłuszczone, dają możność wyświetlenia związku, jaki niezaprzeczenie istnieje między pogorszeniami tudzież powrotami zapaleń tęczy a okresami czyszczeń miesięcznych (iritis catamenialis—Trousseau), w tym bowiem okresie, tak nadającym się do wtargnięcia zarazków, nieraz dostrzegamy znaczne wzmocnienie się natężenia objawów spraw zakaźnych w narządzie wzrokowym.

Przeto, należy zwrócić baczną uwagę na ten rodzaj zakaźnego zapalenia tęczy a można mu nadać miano *macicznego zapalenia tęczy* (iritis métritique), mimo, że nie ulega wątpliwości, iż gniazdo zarazy niekoniecznie ma tkwić w samejże macicy, lecz, że może znajdować się w pochwie—zwłaszcza w pobliżu szyjki macicznej, lub w miednicy, albo wreszcie w trąbkach macicznych (salpingitis).

Skoro tylko stwierdza się u kobiety istnienie sprawy zapalnej w tęczy samej lub w tęczy tudzież w naczyniówce, a cierpienie oczne nie jest ani przymiotowego, ani też gościecowego pochodzenia, wówczas badanie ginekologiczne niechybnie prawie wykazuje obecność ogniska zarazy w macicy lub w jej sąsiedztwie, z chwilą zaś usunięcia tego ogniska niewłocznie znikają objawy chorobowe, wywołane w narządzie wzrokowym. Ba, nawet już samo leczenie miejscowe choroby, wykrytej w układzie płciowym, często okazuje się o wiele skuteczniejszym, aniżeli leki, stosowane ku zwalczeniu samego tylko cierpienia ocznego. Tu należy zaznaczyć, że tego rodzaju choroby oczne (iritis, irido-choroiditis) na pozór samoistnie (przy braku jakichbądź śladów zaburzeń ogólnych w ustroju) powstające u kobiet młodych, nieraz dają sposobność wykrycia cierpienia macicznego, o którego istnieniu odpowiednie chore nie miały najmniejszego pojęcia. W tych razach wbrew najformalniej sprzecznym twierdzeniom młodych pacjentek, badanie ginekologiczne zazwyczaj daje możność wykazania źródła zarazy.

Kobieta młoda wyszła przed rokiem za mąż, dotąd nie rodziła, dotknięta zostaje uporczywie powracającym zapaleniem tęczy. Nie udaje się wykazać ani objawów przymiotu, ani też gościa. Brak wszelkiej wzmianki o jakimkolwiek zaburzeniu czynnościowym ze strony układu płciowego; a jednak pacjentka nie zaszła w ciążę, choć mąż jej jest młodym i pod każdym względem odznacza się kwitnącym stanem zdrowia. Po długim wahaniu, chora wreszcie zgadza się poddać badaniu części rodnej; okazuje się wówczas, iż istnieje np. nadżarcie na wargach macicznych, przy obfitem ropieniu w okolicy szyjki macicznej. Tu więc w tym razie powinien być punkt wyjścia do leczenia racjonalnego.

Autor przeprowadzał staranne badania, ażali liczne drobnoustroje, pochodzące z części zeszkrobanych w przypadkach zapalen wewnątrz-maciczych u królików, nie wywołają odczynu gwałtownego po wprowadzeniu ich do wnętrza narządu wzrozkowego. Nic podobnego nie spostrzegł jednak: wprowadzenie tego rodzaju istot do komory przedniej oka lub do tkanki tłuszczowej oczodołu króliczego bynajmniej nie pociąga za sobą wybuchu cokolwiek wydatniejszych objawów zapalnych. Atoli wyników, otrzymanych z tych doświadczeń, nie należy wprost stosować do ustroju ludzkiego, nie uprawnia to też do wnioskowania, że zarazki, wdzierające się do narządu krążenia, nie miałyby početně działać jako pierwiałski zakaźne. *Br. Ziemiński.*

VI. Choroby dziecięce.

16. Prof. F. H. BOSWORTH (New-York). **O niektórych zabiegach higienicznych przy leczeniu nieżytowych zaburzeń górnych dróg oddechowych** (On certain hygienic measures in the treatment of catarral affections of the upper air-passages). (*Médical Record* 4, IV, 1891).

Autor w artykule swoim rozwija myśl, że w wielu przypadkach, zwłaszcza u małych dzieci, zabiegi higieniczne przy nieżycie dróg oddechowych większą posiadają wartość niż leczenie miejscowe. Zdaniem jego w większości przypadków, najpierw pojawia się przewlekłe zapalenie błony śluzowej, ostre zaś rozwija się później, a pogorszenie miejscowej sprawy chronicznej bywa następstwem często powtarzających się napadów ostrego zapalenia, wywołanych zaziębieniem. W naszym klimacie znaczna ilość osobników cierpi na lekkie chroniczne zapalenie błony śluzowej nosa i gardzieli, ważną przeto jest rzeczą zwalczenie owej skłonności do zaziębienia, czego nie może dokonać leczenie miejscowe, ale stosowanie niektórych zabiegów higienicznych. Te ostatnie polegają na rozpowszechnieniu pewnych ogólnych prawideł co do odzieży i na stosownem użyciu kąpieli.

Najważniejszą częścią odzieży jest ta, która znajduje się w bezpośredniem zetknięciu się ze skórą. Powinna ona być cienka, obfitująca w drobne otworki (porous) i sprężysta (elastyczna). Takim warunkom czynią zadość wyroby wełniane, więc odzież wierzchnia powinna być robioną z lekkiej i cienkiej materyi (flaneli). Za niewłaściwe uważa autor zmienianie odzieży stosownie do pory roku. Odzież noszona na ciele powinna być jednakowej grubości w ciągu całego roku, gdyż zarówno zimą jak i latem większą część czasu przepędzamy w jednakowej temperaturze. Autor wymaga tylko, ażeby odzież nie upośredzała przeziwu (perspiratio) skóry.

Słowem, najlepszą ochroną przed zaziębieniem jest nie gruba odzież, ale zdrowa, prawidłowa cyrkulacja, która wtedy najlepiej może być osiągnięta, kiedy funkcyje skóry najmniej zostają upośredzone. „Niektóre części ciała“, powiada

autor, jak głowa, twarz, szyja, najbardziej są wystawione na działanie zimna. Gdyby konwencyjonalne stosunki towarzyskie wymagały, ażeby takowe bywały zakryte, to nakrycie takie musiałoby być z nader lekkiej materyi. Autor jest przekonany, że gdyby nakrywanie głowy nie stało się powszechnym zwyczajem, to łysienie zdarzałoby się bardzo rzadko. Otulanie szyi i noszenie grubej opaski na piersiach są zazwyczaj szkodliwe. Zabezpieczające okrycie ciała powinno rozciągać się w jednakim stopniu na wszystkie jego części. (W myśl tego, bardzo słusznego zdania, obnażanie dzieciom ramion i łydek w celu dogodzenia niedorzecznej modzie uważać należy za szkodliwe. Przyp. Spraw.). Nadmierne otulanie jednej części osłabia ją raczej niż wzmacnia. Najgorszem miejscem dla opaski ochronnej (chest-protector) jest według B. piers, najlepszem podeszwy nóg.

Obok uregulowania odzieży, zdaniem autora, równą doniosłość posiada stosowanie kąpeli. Kąpiel według niego sprzyja wzmocnieniu krwiobiegu w skórze i normuje funkcyje, regulujące ciepło skóry; prócz tego działa wzmacniająco na nerwy i pokrzepia cały system. Najlepiej to czyni kąpiel zimna. Natomiast tureckie i ruskie kąpiele (łaźnie) uważa B. za wielce ryzykowne dla osób dotkniętych cierpieniami kataralnemi. Nieocenioną wartość dla takich chorych posiada kąpiel zimna przez 20–30 sekund, która powinna być powtarzana codziennie, jeśli chory ją znosi. Zresztą w tej kwestyi nie można podać ogólnych prawideł, gdyż każdy chory stanowi sam dla siebie regułę.

B. Polikier.

17. A. F. PLICQUE (Paryż). **Ciała obce w krtani i tchawicy u dzieci.** (Les corps étrangers du larynx et de la trachée chez l'enfant. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Janvier 1851).

Autor opisuje 2 przypadki dotyczące się dzieci, zagrożonych uduszeniem z powodu przedostania się obcego ciała do dróg oddechowych. W pierwszym przypadku dziecko 19-miesięczne, zaczęło dławić się w chwili jedzenia kasztanów. Przywołany lekarz zastosował środek wymiotny, ale bez skutku. Groźne objawy nie ustąpiły również po tracheotomii (nazajutrz wykonanej) i po różnych próbach wydobycia, robionych w ciągu 9 dni. 9 dnia gorączka i obfita wydzielina śluzo-ropna przez kaniulkę i ranę w tchawicy. Na 16 i 17 dzień po operacyi przy wyjmowaniu rurki znaleziono w ranie obce ciało. Był niem czworokątny kawałek skórki kasztana 10 millim. dług. i 7 mil. szer. Pomimo to dziecko zmarło z powodu zapalenia płuc. Drugi przypadek dotyczył 6-letniego dziecka, które poczęło dusić się gryząc nóżkę raka morskiego. Ponieważ nie było groźnych objawów, zachowywano się wyczekująco, czem zniechęceni rodzice zabrali dziecko do domu, gdzie po jakimś czasie pojawiły się napady duszności. Przez wywołanie wymiotów udało się wydalic resztki obcego ciała wraz z krwią i śluzem.

Pomimo pomyślnego zejścia w ostatnim przypadku autor

jest tego zdania, że w przypadkach groźnych należy uciekać się do tracheotomii, jakkolwiek czasami udaje się wydalić obce ciało przez przewrócenie dziecka do góry nogami lub wywołanie wymiotów.

B. Polikier.

18. B. POLIKIER (Warszawa). **Przyczynek do leczenia obcych ciał w przełyku u dzieci.** (Contribution au traitement des des corps étrangers de l'oesophage chez les enfants. (*Revue mensuelle des mal. de l'enf.*). *Autoreferat.*

Jest to opis 2-ch przypadków (sposzreganych na prowincyi w r. 1886), gdzie bardzo prostym sposobem udało się wyczuć polkniętą monetę przez zewnętrzne powłoki i wydobyć przez usta. W obu przypadkach obce ciało naciskało na tylną ściankę krtani, wywołując objawy duszności. Metoda, zastosowana w tych przypadkach polegała na starannem obmacywaniu szyi palcem głęboko wcisniętym między lewym m. sutko-obojezykowym i tchawicą i po napotkaniu wypukłości, odpowiadającej obcemu ciału, na lekkim ugniataniu, oraz pocieraniu przez skórę w celu popchnięcia monety nieco w tył i do góry. W obu przypadkach skutek był prawie natychmiastowy, gdyż, jak jedno tak i drugie dziecko wyrzuciło polkniętą monetę wraz z kawałkiem chleba i t. d., za pomocą których rodzice usiłowali zepchnąć ją na dół. Z powyższych obserwacyj wynika, że pomimo głębokiego położenia przełyku pod względem anatomicznym, w pewnych razach możliwą jest rzeczą wyczuć obce ciało z zewnątrz i wydalić je przez usta za pomocą odpowiedniego mięsienia części szyi. Opisana metoda jest zbyt prostą i łatwą, aby nie wypróbować jej w podobnych przypadkach przed przystąpieniem do energiczniejszych zabiegów.

19. E. MOSNY (Paryż). **Studyjum nad zmianami, przyczyną i profilaktyką zapalenia oskrzelo-płucnego.** (Etude sur les lésions, les causes et la prophylaxie de la bronchopneumonie). (*Revue mensuelle des mal. de l'enf.*, 1891, *Fevrier*, p. 49—62, *Mars*, p. 118—126).

Poglądy anatomów na zmiany histologiczne przy zapaleniu oskrzelowo-płucnem (bronchopneumonia) nie są bynajmniej zgodne.

Jedni, opierając się na samych zmianach mięszu płuc (Lebert, Traube, Vulpian i inni), porównywiają je do zapalenia płuc włóknikowego (pneumonie franche), a nawet identyfikują (Rautenberg) z tą ostatnią. Inni uważają je za wynik szerzenia się bronchitidis i peri bronchitidis (Balzer, Joffroy); inni znów zapatrują się na nie, jako na następce zaburzenia mechaniczne, spowodowane zatkaniem oskrzeli.

Poszukiwania bakteryjologiczne nie przyczyniły się do wyjaśnienia tej kwestyi, ale sprowadziły jeszcze większy zamęt. Szukając przy bronchopneumonii następcezy czynnika chorobotwórczego pierwotnej choroby, badano oddzielnie przypadki zapalenia oskrzelowo-płucnego, wikłającego różne choroby, jako to: odrę (Cornil i Babès, Thaon, Tobeitz, Guarnieri, Morrel), błonicę (Thaon, Darier, Cornil i Babès, Sörensen, Prud-

den i W. Northrup), płonicę (Maryja Roskin, Lenhartz, Babès, Cornil) i koklusz (Afanassieff, Wendt).

Autor stara się dowieść, że można przyczyny omawianej sprawy zjednoczyć i wykazać ścisły związek między czynnikami chorobotwórczymi i zaburzeniami w płucach, tak przy zapaleniu oskrzelowo-płucnym, jak przy zapaleniu płuc włóknikowym. Uwagi autora na mocy badań histologicznych i bakteryjologicznych nad 16 przypadkami bronchopneumonii u dzieci dają się streścić jak następuje.

Bronchopneumonia jestto swoiste ostre zapalenie drobnych oskrzeli i zrazików płucnych. Zmiany w tem cierpieniu bez względu na to, czy ono jest pierwotne czy następcze (w ostatnim razie bez względu na chorobę poprzedzającą) są zawsze odmianami tej samej sprawy chorobowej. Na wygląd zmian histologicznych wpływa tylko czas trwania sprawy zapalnej, albo złośliwość (virulence) czynnika chorobotwórczego. Zaburzenia sprowadzają się do 2 ch typów. 1) typ zrazikowy (lobulaire), zależny od działania streptococi pyogenes i stanowiący właściwą bronchopneumonią, 2) typ rzekomo-zrazowy (pseudolobaire) zależny od działania pneumococi lanceolati i stanowiący poniekąd odmianę tej ostatniej, właściwą wiekowi dziecącemu. Przebieg tej choroby jednako ciężki we wszystkich okresach życia, zależy u dorosłego od szybkiego uogólnienia zakażenia, u dziecka zaś od przyłączających się nader rozległych zaburzeń, zapadu (atelectasia) i rozedmy płuc, które powodują śmierć przez zaduszenie.

Zapalenie oskrzelowo płucne jest chorobą epidemiczną i zaraźliwą; jedynym środkiem zapobiegawczym i wstrzymującym szerzenie się tego cierpienia, są zabiegi antyseptyczne w salach, przeznaczonych na odosobnienie chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi.

B. Polikier.

20. J. MONT BLEYER (New-York) **Wyniki 512 przypadków intubacji krtani.** (A record of the results of 512 cases of intubation of the larynx operated on between 1886, and the present year). Rzecz czytana na 10-tym międzynarodowym kongresie lekarskim w Berlinie. (*Archives of Pediatrics, Mars, 1891*).

Autor podaje wyniki 512 przypadków dławca i błonicy, leczonych przezeń intubacją od r. 1886 do roku bieżącego. Z nich 251 dotyczyło dzieci poniżej lat 3, z których wyzdrowiało 73; z pozostałych zaś, t. j. powyżej lat 3-ich wyzdrowiało 115. Ogólna ilość wyzdrowień wynosiła 189, a więc 37%. Wynik ten (przyjmując, że układanie tablic było sumienniejsze niż ich korekta w oryginale. Sprawozdawca) można nazwać bardzo pomysłnym, zwłaszcza przy zestawieniu z wynikami tracheotomii. Sprawozdania lekarzy niemieckich obejmują 5,795 tracheotomji z odsetką wyzdrowień 31%, w szpitalach niemieckich 3,063, lecz tylko z odsetką 30% wyzdrowień. Najliczniejsze dane statystyczne podają chirurgowie francuzcy, mianowicie 9,242 (blizko 1/2 wszystkich znanych autorowi) tracheotomji, z których 24% zakończyło się wyzdrowieniem. W spi-

tafu miejskim w Bostonie z liczby 327 tracheotomji wykonanych z powodu dławca (croup) od r. 1884 do r. 1887 wyzdrowiało 25,5%.

Wobec powyższych wyników autor utrzymuje, że intubacja powinna znaleźć rozległe zastosowanie. Zdaniem jego, operacja ta nie jest bynajmniej nową. Wprowadzenie rurek do krtani znali lekarze jeszcze za czasów Hippokratesa, ale aż do końca ubiegłego stulecia nie badano tej kwestyi naukowo. Z poprzedników O'Dwyera wymienia autor najpierw Desaulta, który, chcąc wprowadzić cewnik do przełyku, wprowadził go przypadkiem do krtani, dalej Bozziniego, który wynalazł przyrząd do oświetlania gardzieli, a następnie (już po wynalezieniu przez Czermaka wziernika krtaniowego) Loiseau, Bouchutta, Dieffenbacha, Mc Cleanta, Weinlechnera. *B. Polikier*

VII. Akuszeryja.

21. H. FEHLING. *Istota i leczenie rozmiękczenia kości pochodzenia połogowego.* (Ueber Wesen und Behandlung der puerperalen Osteomalacie). (*Arch. f. Gynecol. T. XXXIX, Z. 2.*)

Do czasu wprowadzenia antyseptyki, widoki na wyleczenie chorych, dotkniętych rozmiękczeniem kości pochodzenia połogowego, były bardzo smutne, poważna część chorych umierała w następstwie ciężkich rękoczynów akuszeryjnych, reszta zaś z samej wyniszczającej choroby, a w szczególności z towarzyszącej gruźlicy. Dopiero z wprowadzeniem cięcia cesarskiego podług metody Porro, okoliczności zmieniły się na lepsze, gdyż chore po operacyi prędko i zupełnie zdrowiały z rozmiękczenia kości i odzyskiwały twardość kości, jako też używalność kończyn. Powód, dla którego po konserwatywnem cięciu cesarskiem wyniki nie były pomyślne, Fehling tłumaczy zaniem po operacyi miesiączkowania i, co za tem idzie, zajścia, ciąży, jako też karmienia. W jednym z najcięższych przypadków rozmiękczenia kości, w którym istniała zupełna niemożność chodzenia i pracy, F. dokonał kastracyi z zupełnie pomyślnym wynikiem, gdyż pacjentka chodzi i pracuje cały dzień. W bazyjskim kantonie (Szwajcaryja) osteomalacja istnieje endemicznie, tam też F. miał sposobność w ciągu 3-ch lat obserwować 14 przypadków, z których 8 operował również z pomyślnym skutkiem za pomocą kastracyi. Są jeszcze inne miejscowości, w których osteomalacja występuje endemicznie (górne Włochy, wschodnia Flandryja). Co się tyczy ogólnych przyczyn powstawania tej choroby, to F. sądzi, że osteomalacja nie jest jedynie chorobą proletaryjatu. F. widział osteomalacją u kobiet, żyjących w wygodnych warunkach i w zdrowych mieszkaniach. Długotrwałe karmienie, złe odżywianie się, wilgotne mieszkanie nie mają prawdopodobnie zbyt wielkiego wpływu, gdyż w przeciwnym razie osteomalacja byłaby bardziej rozpowszechnioną, niż krzywica (rhachitis). Szczególnie karmienie niema żadnego wpływu. Wpływ pokarmów nie

przedstawia dotychczas nie pewnego. Większość przypadków rozmięczenia kości jest pochodzenia połogowego; istnieją jednak niewątpliwie i przypadki nie połogowego pochodzenia. Obie formy trzeba uznać za jednoznaczne. Tak zwana osteomalacja u mężczyzn różni się istotnie od rozmięczenia kości u kobiet. Rozmięczenie kości u dzieci trzeba uważać za szczególny rodzaj krzywicy. Zdaniem F. nie podlega wątpliwości, że możebnym jest wyleczenie wieloletniego rozmięczenia kości przez kastrację.

Celem zbadania przyczyn tej zagadkowej choroby, F. podał badaniu mocę 2 chorych, dotkniętych ciężką formą osteomalacji, a dla kontroli badał jednocześnie mocę 2 innych kobiet, chorych na chroniczne zapalenie macicy, ale żywionych jednakowo z pierwszemi. Okazało się, że u 2 chorych dotkniętych osteomalacją dzienna wydzielina wapna i kwasu fosforowego była mniejszą, niż u zdrowych. Na wysokości rozwoju choroby i w chronicznym stanie wydziela się ich mniej. Nie tłumaczy nam to więc istoty choroby. Kwasu mlecznego napróżno szukano w moczu chorych dotkniętych rozmięczeniem kości. Obecnie chcą przypisać rozmięczenie kości przy osteomalacji bakteryjom. Sądzą, że istnieją bakteryje, związane z wodą lub gruntem, pod działaniem których, szczególnie w czasie ciąży, rozwijają się kwasy, rozpuszczające nieorganiczne części składowe kości. Z poglądem tym trudno pogodzić wyniki, otrzymane po operacji Porro, a w szczególności po kastracji. W jednym przypadku Fehlinga, w którym przy operacji zebrano krew z krwawiących naczyń i poddano badaniu bakteriologicznemu, nie udało się z niej wyhodować żadnego mikroorganizmu. Dla etjologii tej choroby mogłaby mieć znaczenie zmniejszona alkaliczność krwi. Dziwnem jednakże musi się wydać, że to zmniejszenie istnieje i przy wielu innych chorobach, nie sprowadzając jednak rozmięczenia kości. Okazało się dalej przy badaniu krwi na alkaliczność u chorych dotkniętych osteomalacją, że zmniejszenie alkaliczności nie szło w parze z ciężkością przypadku, dla tego też F. nie upatruje w zmniejszonej alkaliczności krwi objawu potognoicznego dla osteomalacji. Co się tyczy wpływu na tę chorobę środków dyjetetycznych, lepszego pożywienia, leczenia kąpielami mineralnemi, jako też środkami, lekarstwem, to F. nie widział po nich żadnego skutku; mogą one co najwyżej sprowadzić przemijające polepszenie. Zweifel niedawno wypowiedział zdanie, że główny czynnik leczniczy przy kastracji stanowi jałowość (Sterilisierung) chorej. F. odrzuca ten pogląd, gdyż niektóre z operowanych przez niego kobiet nie rodziły po 4—8 lat, a mimo to choroba dalej trwała, a nawet się pogarszała. Że nie jałowość, lecz usunięcie jajników jest główną przyczyną wyleczenia, dowodzi przypadek Truzzi'ego, który wyleczył z osteomalacji przez kastrację dziewczynę. Potwierdza ten pogląd także dalsza trwanie choroby w okresie przekwitowym. Godnym jest uwagi wyraźne pogorszenie cierpienia podczas miesiączki, co dowodzi pewnego związku kongestyj części rodnych

wewnętrznych podczas miesiączki z samą chorobą; wskazuje także na ten związek z jednej strony powstawanie tej choroby w ciąży, a następnie znowu w położu. Jeszcze godniejszym uwagi jest zmniejszenie bólów w dotkniętych organach wkrótce po operacji, co zależy prawdopodobnie od prędkiego zmniejszenia się przekrwienia w kościach i okostnej. F. tłumaczy to przekrwienie w kościach objawami naczynioruchowemi, wychodzącymi i podtrzymywanymi przez jajniki; przemawia za tem, znajduwane przez F. w każdym operowanym przypadku mocne przekrwienie przydatków macicznych. F. zwraca uwagę na znaczną płodność dotkniętych tą chorobą kobiet, z czego jednak nie wynika, ażeby osteomalacja była wywołwana przez liczne porody. Z powyższego wynika, że istota choroby polega na chorobliwie wzmożonej czynności jajników, wyrażającej się przeważnie w oddalonych splotach nerwowych i naczyniowych. Krwawienie miesiączkowe powiększonej części jest prawidłowe, o ile niema organicznych zmian w samej macicy. Wzmoczona działalność jajników wyraża się przeważnie we wzmożonej płodności kobiet; zmiany w układzie kostnym trzeba uważać za odruchowe. Przy osteomalacji ma miejsce nie tylko zmniejszenie się wapna i fosfatów, lecz zmiany w organicznej podstawie tkanki kostnej. F. uważa osteomalację za trofoneurozę kości.

Huzarski.

22. ERNST BÖRNER. **Przyczynę do etjologii i terapii słabych bólów porodowych u starych pierwiastek.** (Zur Aetiologie und Therapie der Wehenschwäche älterer Primiparen). (*Volk. Samml. klin. Vortr. N. F., N. 18*).

Ahefeld uważa 32 rok życia za punkt graniczny pomiędzy młodemi i starymi pierwiastkami, Hecker, Cohnstein i inni uważają za takowy 30 rok. Hecker stwierdził względnie późny rozwój płciowy u starych pierwiastek, zależny od właściwej powolności życia płciowego. Rumpe przytacza trzy przyczynowe momenty późnego zapłodnienia pierwiastek, a mianowicie: spółkowanie w spóźnionym wieku, miejscowe cierpienie, które początkowo przeszkadzało zapłodnieniu, ale następnie ustąpiło pod wpływem odpowiedniego leczenia, lub też nierozpoznane, cierpienie, które przeszkadzało zapłodnieniu, lecz po długoletniem spółkowaniu bez leczenia umożliwiło zajście w ciążę. Cohnstein, do częstszych przyczyn bezpłodności zalicza patologiczne zmiany wejścia do pochwy, samej pochwy, jako też zewnętrzne ujścia macicznego, dopuszczające tylko niezupełne spółkowanie i utrudniające przenikanie nasienia do jamy macicznej. Co się tyczy przebiegu ciąży u starych pierwiastek, to Winckel zauważył większą skłonność do chorób nerek. Bardzo ważne są właściwości przebiegu porodu u starych pierwiastek. Wszyscy autorowie stwierdzają u nich słabość bólów porodowych, trwających przez cały poród lub też objawiającą się jako „wtórne osłabienie bólów“. Pomimo niedostatecznych skureczów, zauważyć się daje znaczna bolesność bólów porodowych, niezależnie od braku najmniejszego niestosunku pomiędzy główką a miednicą. Niepodatność części miękkich w ogół-

ności, jako też przedwczesne odejście wód płodowych należą także do zwykłych objawów porodu u starych pierwiastek. Wszystkie powyżej wymienione objawy są przyczyną przedłużonego trwania porodu, tyczy się to mianowicie okresu otwierania się ujścia macicznego; okres przerzucania się płodu często zostaje skrócony przez operacyjne zabiegi, nawet okres łożyskowy często trwa zbyt długo. Dalej znajdujemy u starych pierwiastek względnie częstsze występowanie drgawek porodowych (eclampsia), na koniec dość często powikłanie stanowią krwotoki po porodzie, zależne od bezwładu macicy, przyklejenia lub uwięznięcia łożyska.

Börner zwraca uwagę na dwa objawy, towarzyszące porodom u starych pierwiastek, a mianowicie z jednej strony na nienormalne osłabienie i wyczerpanie rodzącej, z drugiej znowu na znaczne pobudzenie i niepokój, mogące dojść do obłądki.

Co się tyczy zachowania się płodów u starych pierwiastek, to liczba martwych płodów jest znacznie większą, niż zazwyczaj, częściej również ma miejsce (asphyxia) pozorna śmierć noworodków. Dalej zauważono znaczną przewagę płci męskiej u płodów. Na koniec co się tyczy przebiegu porodu u starych pierwiastek, to zauważono częstsze zapadanie, jako też znaczną śmiertelność.

W drugiej części swej pracy B., na zasadzie spostrzeganego przez się przypadku u starej pierwiastki, w którym pomimo 140-godzinnego trwania porodu i obecności ciągłych bólów porodowych, poród tak mało postąpił, że, z powodu wyczerpania sił matki, widział się zmuszonym do przedziurawienia (perforatio) główki żywego płodu, celem ukończenia porodu, zastanawia się nad przyczyną tej absolutnej słabości bólów porodowych, jako też nad sposobami ukończenia porodu i w końcu dochodzi do następujących wniosków: 1) Pomiedzy rozmaitemi zбочeniami, towarzyszącymi porodowi u starych pierwiastek, poważne miejsce zajmuje słabość bólów porodowych. 2) Ta słabość bólów porodowych po większej części kombinuje się z innymi nieprzyjemnymi objawami, czasami jednak występuje na pierwszy plan. 3) Pomimo braku jakiegokolwiek zбочenia tak ze strony płodu, jako też ze strony miednicy, słabość bólów porodowych staje się bezwzględna. 4) Za przyczynę tej bezwzględnej słabości bólów porodowych trzeba prawdopodobnie uważać pewną niedostateczność w nerwowym i mięśniowym układzie macicy. 5) Ta niedostateczność nie ma podstawy patologicznej i może wystąpić w bardzo wyraźnym stopniu u zupełnie zdrowych osobników z zupełnie prawidłowymi organami rodnymi. 6) Odnosnie sposobu powstawania tej bezwzględnej słabości bólów porodowych trzeba pamiętać o dwóch momentach, a mianowicie o pewnym zaniku innerwacji i odżywiania macicy, w następstwie poprzedzającej długotrwałej nieczynności tego narządu, jako też o pewnym ograniczeniu sprawności funkcji całego układu rodnego, w następstwie zbliżającego się przekwitania (climacterium). 7) Najwyższe wypadki słabości bólów porodowych zawdzięczają prawdopo-

dobnie swe pochodzenie mocnemu rozwojowi obu wymienionych momentów. 8) Bardziej skuteczna działalność bólów porodowych u mnogorodzących, będących w tym samym wieku co i stare pierwiastki, tłómaczy się brakiem pierwszego z wymienionych wyżej momentów, zaś słaba działalność bólów u jeszcze starszych mnogorodzących tłómaczy się znaczniejszym rozwojem drugiego momentu. 9) Słabość bólów porodowych u starych pierwiastek, stanowi typową postać bezwzględnej słabości bólów porodowych. 10) Charakterystycznym jest, że ta słabość bólów porodowych po większej części trwa przez cały czas porodu i pomimo trwania bólów poród weale nie postępuje. Ten brak postępu może wystąpić już w początku okresu otwierania się ust macicznych. 11) W następstwie tego występują lżejsze lub znaczniejsze opóźnienia porodu, groźne wyczerpanie rodzącej, niebezpieczeństwo dla płodu, konieczność sztucznego ukończenia porodu, jako też zbożenia w okresie łożyskowym. 12) Sposób sztucznego ukończenia porodu musi stosować się do okoliczności. Gdzie już za późno na dokonanie obrotu, tam przystępujemy do założenia kleszczy. Gdy z powodu groźnego wskazania ze strony rodzącej, wskutek niedostatecznego rozwarcia ujścia macicznego, nie można założyć kleszczy, natenczas trzeba przystąpić do przedziurawienia główki płodu. B. radzi wypróbować w klinikach głębokie nacięcia ust macicznych, zalecane przez Dührssen'a, umożliwiające założenie kleszczy przy niedostatecznie rozwartem ujściu macicznym. O dokonaniu cięcia cesarskiego, celem uniknięcia przedziurawienia główki żywego płodu, można będzie dopiero wówczas myśleć, gdy procent śmiertelności matek po tej operacyi będzie taki sam, jak po perforacyi.

Stanisław Huzarski.

IV. Wiadomości pomniejsze.

23. Szereg doświadczeń dokonanych przez Quinard'a w pracowni prof. Arloing z Lyonu (Lyon Méd. 36 - 38) nad **wchłanianiem przez skórę środków lekarskich**, doprowadził do następujących wyników:

1) Nienaruszony naskórek nie przepuszcza ciał zawieszonych nawet w tłuszczach.

2) Tam, gdzie bądź wyniki terapeutyczne, bądź badanie moczu wykazują wchłanianie środka, miano do czynienia ze środkami lotnymi, a więc z absorbcyją przez drogi oddechowe.

3) Wyjątek możnaby zrobić dla ciał zdolnych do parowania, po zastosowaniu ich na skórę cienką pokrytą włosami. W tym razie ma miejsce przenikanie par przez gruczoły łojowe i torebki włosowe — ale nie przez naskórek. W tym razie przenikanie odbywa się powoli i w ilościach nieskończenie małych. Energiczne wcieranie — wywołujące opróżnienie się przewodów gruczołów może sprzyjać wchłanianiu tą drogą.

4) Lanolina, ani tłuszcze i waselina nie sprzyjają przenikaniu środków do układu naczyniowego.

Na powierzchniach wchłaniających wspomniane trzy excipientia nie jednakowo łatwo oddają zawarte w nich środki. Waselina czyni to naj-

przędzej i przeto najbardziej nadaje się do lekarstw stosowanych w postaci pomad, maści. W obecności soków organicznych lanolina ustępuje swych środków prędzej niż sadło; dzieje się naodwrot, gdy powierzchnia napojona jest wodą. To też jeżeli naznaczymy maść w zamiarze, by zawartość jej uległa wchłonięciu, należy brać wazelinę, naodwrot dla otrzymania działania miejscowego trzeba brać sadło (axungia). Dla otrzymania wyniku szybkiego na powierzchni skóry, np. dla zniszczenia pasorzytów należy używać wazeliny.

24. Dr. I. J. Kriwjakin (Wręcz 50) podnosi znaczenie, jakie może mieć **jazda na walcypedach** w rzędzie środków mechanicznych wzmacniających siłę mięśnia sercowego. Spostrzeżeń autor posiada wprawdzie dotąd dopiero trzy, z tych jedno na sobie samym, wyniki są jednak jednolite: zmniejszenie częstości uderzeń serca, zwiększenie pojemności oddechowej płuc, poprawa stanu ogólnego, mniej łatwe męczenie się.

25. Br. Ragoneau zwraca uwagę (w n-rze 22 Rev. de Laryngol.) na często występowanie **nieżyłowego zapalenia krtani** u cyklistów. Chorzy, najczęściej zupełnie zresztą zdrowi ludzie w wieku od 18—27 lat, skarżą się na bóle w szyi, suchość, drapanie, palenie w szyi, kaszel, lekką chrypkę. Przy badaniu znajdowano: przekrwienie gardzieli i strun głosowych, które pokrywa ciągnący się śluz.

Choroba zależy zapewne od zmienionego trybu oddechania, powodowanego wysiłkiem w czasie jazdy. Już samo pochyłe trzymanie się utrudnia oddech; praca fizyczna wymaga większego dowozu powietrza, ztąd oddech przez usta. Wreszcie szybkość jazdy warunkuje szybkie i ze zwiększonym ciśnieniem przenikanie powietrza do krtani i płuc. Po usunięciu przyczyny sprawa szybko się kończy. (W. P. 37).

Ciekawa rzecz, czy na wspomniane dolegliwości skarżą się członkowie Warszawskiego klubu cyklistów.

26. Dr. D. P. Nikolski, opisuje przypadek **zarażenia się przymiotem przy goleniu**. Robotnikowi w czasie golenia balwierz zadrasnął krostkę w okolicy kąta żuchwy. Wytworzyło się owrzodzenie, które po 2-eh tygodniach—dosięgło długości pół centymetra, szerokości 3 mil. o brzegach stwardniałych, niebolesne; gruczoły podszczękowe powiększone. W dalszym ciągu—objawy ogólnego przymiotu. Autor nawołuje do wykonywania baczniejszego nadzoru nad izbami felczerskimi i zakładami fryzjerów. (Wręcz 44). Podobne spostrzeżenie ogłosił niedawno kol. Kopytowski.

27. Działanie **kw. kamforowego przeciw potom u suchotników** (poleconego przez prof. Färbringera) badał Bohland i doszedł do zadawalniających wyników. Należy podawać 1—5 grm. na raz na 2 godziny przed występowaniem potów. Środek działa podobno lepiej niż atropina. (D. Arch. 47).

28. Dr. B. H. Dale — poleca w **przypadkach obszernych oparzeń** (jakiego stopnia?) **okłady z płótna zmoczonego w mleku krowim**, zmienne dwa razy na dobę (rano i wieczorem). W jednym przypadku silnego oparzenia obydwóch goleni na szerokości 5 cali wokoło—już na drugi dzień $\frac{1}{2}$ przestrzeni była zagojona i suchą. Po upływie dalszych 3 dni zostało się zaledwie 1 kw. cal. (Br. Med. J. W. 45).

29. M. Service zachwala przy suchym katarze nosa—obfite pendzlowanie jam nosa **maścią z $\frac{1}{2}$ drachmy 01. Eucalypti na uncyję wazeliny**. (W. 45).

30. Prof. Ponfick z Wrocławia podał bardzo ważny przyczynek do kwestyi **odradzania się wątroby**. Na zwierzętach zabitych obecnie, którym przed 6 u miesiącami wycięto znaczne kawałki wątroby (u jednego królika tylną połowę lewego zrazu i tylną połowę prawego, u innego cały lewy i przednią połowę prawego), znaleziono przyrost tkanki wątroby przewyższający przeszło $\frac{3}{4}$ wyciętej ilości. Ogólny stan zwierząt był zadawalniający zupełnie. (W. M. P. 47).

31. Prof. A. Bókai proponuje na podstawie doświadczeń J. Antala, jako **odtrutkę** przy otruciu **fosforem roztwór** ($\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{3}$ %) **nadmauganijanu potasu**. Rostwór taki w zetknięciu z fosforem utlenia go na kwas ortofosforowy przyczem wytwarza się nadtlenek manganu i woda potasu; ciała te są nieszkodliwe. W żołądku sól manganowa przechodzi w chlorek manganu, który jeszcze silniej utlenia fosfor. Rostwory $\frac{1}{5}$ do $\frac{1}{3}$ % nadmanganianu potasu nie działają szkodliwie na ściany żołądka. Psy zatrute dużemi ilościami zapalek fosforowych i leczone wspomnianym roztworem przychodzily do siebie, inne ginęły. (D. M. W. 47).

32. Dennis z New-Yorku ogłasza **odczyn na tkankę rakowatą**, odkryty przez Stiles'a, asystenta prof. Chiene z Erynburgu. Wycięty kawałek pogrąża się na 10 minut w 5% wodny roztwór kw. azotnego, poczem poddaje się przez 5 minut działaniu silnego prądu wody i następnie pogrąża na 2—3 minuty w alkoholu metylowym nierozcieńczonym. Wskutek stężenia białka, protoplazmy raka i komórek nabłonkowych, wszystkie ziarna rakowe i jego miąższ staje się opalizującym, podczas gdy tkanka łączna gruczołu przyjmuje wygląd jednorodnej galaretowatej masy. Tą drogą można odróżnić w tkance na powierzchni przekroju ogniska wielkości łepka od szpilki.

33. Dr. Leven używa z powodzeniem przy **leczeniu wypryskow** (eczema), zwłaszcza moknących, 1% roztworu lapisu. Miejsca zajęte okłada się kilka razy dziennie na $\frac{1}{2}$ godziny płótnem zwilżonem tym roztworem. W przerwach smaruje maścią bizmutową, którą, przystępując do świeżych okładów, należy starannie wymyć. Wyleczenie następuje znacznie szybciej niż przy posypywaniu i wogóle używaniu innych środków. (D. M. W. 48).

34. Dr. R. Falck podaje (Nordiskt Med. Ar.) opis przypadku **utonięcia w mące**. W składzie młyna parowego, robotnik, spadł z górnego piętra w zagrodę z mąką. Sekcja (kiedy?) wykazała: Ciało silnej budowy, mocne stężenie pośmiertne. We włosach, w nozdrzach, uszach i ustach masa mąki. Opony mózgowe i naczynia przekrwione. Jama ust i przełyku pełne mąki, żołądek pusty. Wielkie naczynia, zwłaszcza na szyi wypełnione płynną ciemną krwią. Płuca przekrwione, rozdęte; drobnowidz wykazuje mąkę w najdrobniejszych rozgałęzieniach oskrzeli. (Wr. 46).

35. Beldy ogłasza wyniki ankiety, jaką zrobił w celu przekonania się nad **wplywem operacji ginekologicznych na stan psychiczny operowanych**, w Pensylwanii; ósma część obłąkanych kobiet podległa uprzednio laparotomii.

1) Ciężkie rozstroje umysłowe występują w następstwie operacji (szczególniej na narządach rodnych) u osób nie usposobionych dziedzicznie do chorób umysłowych.

2) Operacja jest bezpośrednią przyczyną zaburzeń u osób b. wrażliwych.

3) U takich osób chirurg powinien decydować się na operację tylko w przypadkach bezwzględnie koniecznych.

4) Częstość omawianych zaburzeń byłaby jeszcze widoczniejszą, gdyby duża liczba chorych nie umierała wskutek operacji. (Lyon Méd. 91 52).

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych przez d-ra **Wł. Biegańskiego**, lekarza szpitala N. M. P. w Częstochowie Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

W naszej lekarskiej literaturze zaszedł w ostatnich czasach fakt niezwykły: ukazało się dzieło oryginalne znacznej objętości (str. 585 in 4^o), traktujące bardzo trudny przedmiot w tytule wypisany. Nawet bogate literatury zachodnie nie mogą się poszczycić wieloma książkami w zakresie dyagnostyki różniczkowej. Przyznajemy, żeśmy sceptycznie przyjęli wieść o mającem się ukazać dziele, za tak trudne poczytaliśmy zadanie i obawialiśmy się porównania z wyszłą w tym czasie doskonałą książką Leubego tej samej treści. Gdy ta ostatnia ujrzała światło dzienne dopiero w jednej części i autor od paru lat ociąga się z wydaniem następnej, to dzieło kol. B. ukazało się odrazu jako skończona całość. Obawy nasze okazały się błędami, kol. B. wywiązał się ze swego nader trudnego i obszernego tematu szczęśliwie i zaszczytnie. Dar łatwego przedstawienia rzeczy, jasność wykładu łączą się u niego z gruntowną znajomością przedmiotu. Kol. B. dał dowód, że jest biegłym i wszechstronnie doświadczonym klinicystą, obeznanym z nauką literaturą, umiejącym i chcącym spożytkować własne doświadczenie i nabytą wiedzę dla dobra ogółu. Nie jest to specjalista, którego ambicja nie sięga po za obręb pewnego, mniej lub więcej obszernego działu medycyny wewnętrznej, ale klinicysta o szerokim horyzoncie. Nie pominął też kol. B. żadnego działu medycyny wewnętrznej, a choroby nerwowe, ten kamień probierczy tego rodzaju podręczników, zostały szczegółowo opracowane.

Dzieło kol. B. nie jest suchem i bezkrytycznym wyliczeniem objawów danej choroby i tych cech, które ją od podobnych spraw odróżnić pozwalają. Każdy ważniejszy objaw jest krytycznie rozebrany, możliwość omyłki przy spostrzeganiu samych objawów uwzględniona, doniosłość ich rozpoznawcza dokładnie oceniona. Kol. B. słusznie zwraca uwagę, że nie ma w właściwym znaczeniu objawów patognomicznych, że o rozpoznaniu stanowi suma objawów, ich ugrupowanie, rozwój. Dla lepszej oryjentacji czytelnika skreślono w wielu miejscach krótki, ale dosadny obraz kliniczny i dane z anatomii patologicznej. Jako wielką zaletę dzieła uważamy obszernie uwzględnienie etyologii, grającej tak niepoślednią rolę w dyagnosyce.

Szczegółowa ocena wszystkich działów tego obszernego i kompletne go dzieła za dużyby miejsca zajęła; wszystkie są mniej więcej równo opracowane, może dział chorób żołądka i kiszek krócej w stosunku do obszerności i ważności, jaką w ostatnich czasach zyskał.

Wyrażając dla pracy kol. B. całe nasze uznanie, nie możemy zataić, że i ona od usterek nie jest wolną, co wobec ogromu zadania nikomu dzi-

wnem się nie wyda. Chcemy niektóre wytknąć, zastrzegając, że są mało znaczące wobec dodatnich stron dzieła.

Autor jest zdania, że zapalenie płuc nieżytowe (pneumonia lobularis, catarrhalis) zdarzyć się może tylko w wieku dziecięcym. „U dorosłych, powiada, jest ono niemożliwym, chyba, że następuje poprzednio w skutek ciężkiej choroby wyniszczenie, osłabienie organizmu tak znaczne, że chory nie jest w stanie wykrztusić wydzieliny, zawartej w oskrzelach i oskrzelikach“. W tem zdaniu upatruję pewną sprzeczność, gdyż na początku twierdzi kol. B. kategorycznie, że u dorosłych zapalenie płuc nieżytowe jest niemożliwym, a w drugiej części zdania ogranicza to twierdzenie i przyjmuje to zapalenie u osobników wycieńczonych poprzednią chorobą. Przedewszystkiem nie widzę zasadniczego powodu, dlaczego zapalenie płuc nieżytowe było możliwe u dzieci, a niemożliwe u dorosłych, patologija dziecięca nie różni się od patologii osób dorosłych. Następnie zapalenie płuc nieżytowe może się rozwijać u dotkniętych tyfusem, dyfterytem w samym początku choroby, gdy organizm wcale jeszcze wycieńczonym nie jest. Ale oprócz tych komplikacyj chorób zakaźnych, zapalenie nieżytowe płuc, choć bardzo rzadko, występuje u osobników poprzednio zupełnie zdrowych, jako forma idyopatyczna, nic z gruźlicą wspólnego nie mająca. Ja sam takie przypadki stwierdzone sekcją widziałem. Z laboratorium Strausa w Paryżu wysła niedawno praca o etyologii zapalenia płuc nieżyłowego, nie tylko wikłającego obrę, dyfteryt i t. d., ale także postaci samodzielnej; we wszystkich przypadkach znaleziono streptococcus pyogenes, niekiedy w czystych kulturach, ani razu prątka gruźliczego.

Autor słusznie kładzie nacisk na badanie szczytów płuc w sprawach gruźliczych, ale nie mówi o oznaczaniu ich wysokości, a przecież w sprawach idących ze ściąganiem tkanki, tam, gdzie się tworzy blizna, ma to niepoślednią wartość dyagnostyczną.

Wprawdzie w niewątpliwych gruźliczych wysiękach opłucnej laseczników charakterystycznych przy zwykłym badaniu nie znajdowano, ale w tych samych przypadkach zdołano je wykryć, posługując się zmienioną metodą Biederta. Wreszcie może należało wspomnieć, że najwyższem sprawdzeniem jest szczepienie zwierzętom, choć to metoda trudno dostępna dla praktycznego lekarza.

Nie widzimy także powodu, dlaczego tylko w wyjątkowych przypadkach wysięku opłucnej należało się uciec do próbnego przekłócia, które przy zachowaniu ostrożności antyseptycznych jest, jak wiadomo zupełnie niewinnym zabiegiem. A właśnie, że tutaj antyseptyki nie zastrzeżono.

Przy rozróżnianiu wysięków opłucnej od nowotworów nie wspomniano o tak ważnym objawie, jakim jest rozszerzenie żył klatki piersiowej, obrzęk jej, bocznej części szyi i ręki. Za mało też poświęcono uwagi różniczkowaniu tętniaków aorty wstępującej i łuku od nowotworów śródpiersia, które bardzo często nawet wprawnych lekarzy w kłopot wprowadzają.

Kol. B. podając cechy różnych rodzaj duszności (uremicznej, dyspeptycznej i t. d.) nie wzmiankuje tej, która się dość często zdarza w przebiegu hysterii.

Autor słusznie piętnuje „malaryjomaniję“ warszawskich lekarzy; stajemy bezwarunkowo po jego stronie w sporze z tymi, którzy pod nazwą gorączki zimniczej o typie ciągłym lub zwolnionym opisali przypadki, będące według kol. B. lekkimi postaciami tyfusu. Prawda, że było to przed odkryciem przez Laverana plazmodyj malaryi.

Na czele danych różniczkowych porażań czynnościowych i organicznych pomieszcza kol. B. płeć; nieuwzględnił więc badań francuskiej zwłaszcza szkoły, wykazujących częstość występowania hysteryi u mężczyzn.

W całym ustępie o afazyi, gdzie mowa o niemocie ruchowej, zmysłowej, o zawoju czołowym dolnym, skroniowym i t. d., nie wspomniano ani razu o uprzywilejowaniu lewej półkuli mózgowej.

Na str. 456 powiedziano, że przy zajęciu pnia nerwu wzrokowego powstaje hemianopsia; ma pewnie być szlaku nerwu wzrokowego.

Kol. B. utrzymuje, że objawy przymiotu mózgu tylko bardzo rzadko bywają jedynym wyrazem nurtującego organizmu jadu, że tylko przy obecności ogólnych zmian przymiotowych (w gruczołach chłonnych, skórze, kościach i t. d.) rozpoznanie może być pewnem, wreszcie robi lekarzom zarzut zbyt wielkiej pochopności w stawianiu rozpoznania przymiotu mózgu. Na to stanowczo zgodzić się nie możemy. Sądzę, że raczej przeciwny zarzut możnaby z większą słusznością sformułować, że lekarze zbyt mało uwzględniają ważność przymiotu, jako czynnika etjologicznego dla spraw ośrodków nerwowych. Wiadome są smutne następstwa, jakie z tego powodu zbyt często niestety dla chorych spływają. Żądanie zaś, żeby rozpoznano przymiot mózgu tylko przy obecności ogólnych zmian przymiotowych, równa się naszym zdaniem wykluczeniu możności dyjagnozy, gdyż najczęściej sprawa ta występuje w późniejszych okresach zakażenia, w których objawów skórnych, ze strony gruczołów, kości i t. d. wcale nie znajdujemy.

Porażenie n. okoruchowego wspólnego ma tylko się zdarzać w niemocie mózgu, stwardnieniu wielogniskowym, rzadziej w wiaździe (str. 469); tymczasem występuje także w przebiegu porażenia postępującego i stanowi nawet główny objaw t. zw. *ophtalmoplegiae progressivae* (*poliencephalitis superior*), o której wcale nie wspomniano.

W etjologii *leptomeningitidis spinalis* nie uwzględniono przymiotu (najczęstsza postać) i gruźlicy. Kol. B. przeprowadza następnie rozpoznanie różniczkowe zapalenia opon rdzeniowych od zapalenia rdzenia, ale nie od próchnienia kręgów (*spondylitis*), z którym ma daleko więcej podobieństwa, zwłaszcza w pierwszych okresach. Pomiedzy objawami zajęcia części lędźwiowej rdzenia nie wspomniano o zaniku mięśni kończyn dolnych ze zmianą ich oddziaływania elektrycznego.

Na str. 503 podaje kol. B. cechy odróżniające stwardnienie wielogniskowe od wiaźdu, a pomija porażenie postępujące, od którego je daleko trudniej zróżniczkować.

Autor nie zaakcentował dość dosadnie różnicy nozograficznej między zanikiem postępowym mięśni pochodzenia rdzeniowego, a t. zw. *dystrofami*, pochodzenia raczej obwodowego. Z odnośnego ustępu dzieła czytelnik mógłby powziąć wyobrażenie, że to są dwie odmiany jednej postaci chorobowej, gdy tymczasem są one zupełnie różne.

W etjologii wiaźdu nie wspomniano o tak ważnym czynniku jak dziedziczność nerwowa. Prawda, że bóle nazwane przez autora *klującami*, są bardzo dla wiaźdu charakterystyczne, ale nie są wyłączną jego właściwością, gdyż spotykamy je czasem u *neurasteników*, *pijaków*, dotkniętych *cu-kromoczem*. Niesłuszne jest dalej twierdzenie, jakoby porażenie kończyn dolnych w końcowych okresach wiaźdu miało cechy *spastycznego* (str. 522). Pomiedzy zmianami odżywczemi wiaźdu nie wspomniano może najczęstszej, t. j. *mal perforant du pied*.

Żałuję, że kol. B. nie pomieścił między chorobami rdzenia t. zw. Syringomyelii, obecnie tak dostępnej rozpoznaniu.

Autor niesłusznie powtarza za Adamkiewiczem, że odosobnione zajęcie pewnych gałęzi nerwów czaszkowych przemawia przeciw ogniskowi mózgowemu, gdyż wiadomo, że takie właśnie cechy posiada ophtalmoplegia progressiva, będąca pochodzenia jądrowego.

Między cechami pozwalającymi odróżnić padaczkę od hysterio-epilepsi nie wspomina autor może najważniejszych, to jest ukąszenia języka i bezwiednego oddania moczu. Rozróżniając zaś hysteryję od neurastenii powiada, że bólu głowy w ostatniej nie ma, gdy tymczasem bywa bardzo często jako charakterystyczny ucisk. Między objawami neurastenii nie znaleźliśmy dyspepsy nerwowej.

Jak już zaznaczyliśmy, są to tylko drobne usterki w porównaniu z zaletami dzieła kol. B. Możemy je z całą sumiennością polecić. Biegły klinicysta znajdzie niejedną kwestyję oryginalnie przedstawioną, nawet rzeczy zupełnie nowe, jak o porażeniu kończyn dolnych przy ogólnem stwardnieniu tętnic (podobne do claudication intermittente Charcota), mniej wprawny lekarz doskonały podręcznik, który mu da możność oryjentacji w zawiłanym przypadku i wskaże drogę najbliższej prawdy dyjagnozy.

S. Goldflam.

KILKA UWAG

w sprawie naszego piśmiennictwa lekarskiego.

Nikt nie zaprzeczy, że w ciągu ostatniego dziesięciolecia piśmiennictwo lekarskie u nas ożywiło się znakomicie. Jak wykazuje sprawozdanie, podane przez *Gazetę Lekarską* (nr. 12 r. p.), wydajemy dziś 9 pism lekarskich, w których przeszło 160 autorów ogłasza do 300 prac rocznie. Wprawdzie nie wszystkie działy wiedzy naszej zarówno pokażnie tam występują, wprawdzie wiele z pomiędzy tych prac przeżuwa tylko rzeczy, z obcych literatur wzięte, nie brak wśród nich jednakże i takich, które zupełnie nowe myśli rzucają, lub też, sprawdzając cudze wyniki, przyczyniają się znacznie do wyświeślenia prawdy. Dla uzupełnienia obrazu naszego ruchu umysłowego należy dodać, że rok rocznie wydajemy choć parę oryginalnych książek lekarskich, a nadto posiadamy kilka Towarzystw, z których dwa ze względu na swą ruchliwość i ściśle naukowe traktowanie rzeczy nie powstydzą się bardzo wielu zagranicznych. Jednym słowem możemy sobie powiedzieć, że i my coś dla nauki robimy. Niemniej przeto po za granicami kraju o całym naszym ruchu umysłowym wiedzą ludzie niezmiernie mało. Samo się przez się rozumie, że, mówiąc to, nie mam na widoku kilku lub kilkunastu uczonych naszych, którzy zdolali sobie wywalczyć uznanie i zagranicą. Całą sławę swą zawdzięczają oni pracom, po niemiecku lub francusku ogłaszanym, i ani jednej setnej części jej nie przysporzyły im artykuły polskie. Rzeczywiście, z wyjątkiem Czechów, którzy dali o nas opinię wielce pochlebną (dr. Panyrek—*Casop. lek. čes.* 1890, nr. 5), nikt chyba nie przypuszcza, by medycyna nasza mogła przyłożyć jakąś cegiełkę do ogólnego gmachu cywilizacji. To też trudno się dziwić nawet, jeżeli cudzoziemcy często traktują (powiedzmy szczerze) z lekceważeniem zarówno pojedynczych pracowników, jak i Towarzystwa nasze. Wina za taki stan rzeczy w znacznym stopniu ciąży na nas sa-

mych: za mało dbamy sami o to, by informować cudzoziemców o naszym ruchu umysłowym. Dla osiągnięcia tego celu służą trzy drogi: stałe referowanie w języku niemieckim lub francuskim wrzystkich lepszych prac polskich; posyłanie sprawozdań z posiedzeń Towarzystw; wreszcie drukowanie w pismach zagranicznych sprawozdań ze zjazdów lekarskich.

Zaczynam od referatów. Przypuszczam, iż każdy zgodzi się na to, że najprostszym rozwiązaniem kwestyi byłoby ogłaszanie rocznych sprawozdań, drukowanych obecnie w Pamiętniku Towarzystwa, jednocześnie po polsku i po francusku lub po niemiecku. Ponieważ jednakże ze względu na ciężkie czasy projekt ten należy do rzędu niewykonalnych, musimy korzystać w tym celu z gościnności zagranicznych pism sprawozdawczych. Do rzędu takich, obejmujących bieżącą literaturę lekarską prawie wszystkich narodów cywilizowanych, należą przedewszystkiem: *Centralblatt*, *Jahresberichter Hirscha* i *Virchowa*, *Jahrbücher Schmidt'a*, *Revue des Sciences* i niektóre inne. Pisma te od lat kilku pomieszczają wprawdzie sprawozdania z prac polskich, referaty te jednakże nie zawsze odpowiadają potrzebie. Najlepiej i najdawniej stosunkowo jest referowany dział naszej mikroskopii, od lat 15 sumiennie opracowywany przez prof. Hoyera przy pomocy d-ra Mayzla dla „*Jahresberichte über die Fortschritte in d. Anatomie u. Physiologie*“. Na uznanie także zasługuje działalność krakowskiej komisji, która pod przewodnictwem prof. Oettinger'a w ciągu lat kilku pisała sprawozdania dla *Jahresberichter Hirscha* i *Virchowa*. Sprawozdania te obejmowały rzeczywiście wszystkie prace, po polsku drukowane (z prac, ogłaszanych jednocześnie po polsku i po niemiecku, pomieszczano tam tylko tytuły i nazwę gazety). Na nieszczęście, po ustąpieniu w komisji sekretarza jej, d-ra Kopffa, taż rozwiązała się. To też od roku 1889 wymienione pismo pomieszcza już tylko sprawozdania niepełne, w których nieraz całych działów braknie (np. brak referatów chirurgicznych za cały r. 1889).

W *Jahrbücherach Schmidt'a* spotykamy naszych referatów mało i prawie wyłącznie z medycyny wewnętrznej. Nie lepiej przedstawiamy się i w *Centralblattach*. Drukowane w nich sprawozdania noszą na sobie przeważnie charakter przygodny. Bardzo często bywają referowane artykuły blahe, bez większego znaczenia. Natomiast prace bardziej wartościowe, a zwłaszcza dłuższe, rzadko tylko ulegają streszczaniu. To też wiecznie zasiadamy tam na końcu numeru w drukowanych maczkiem „*Kleinere Mittheilungen*“, nie awansując prawie nigdy do pierwszej jej części, drukowanej garmentem. Przytem artykuły, ogłaszane jednocześnie po polsku i w jakimś obcym języku, nie bywają do *Centralblattów* nigdy z polskiego referowane. Nie mam w zasadzie nie przeciwko temu, by ogłaszać jednocześnie pracę po polsku i po niemiecku, nie widzę w tem jednakże żadnej dobrej racy, by *Gazeta Lekarska* miała czekać, aż zjawi się w *Centralblacie* referat z jakiegoś *Wochenschriftu*, jeżeli tenże artykuł jednocześnie lub nawet wcześniej był drukowany w *Gazecie*. Pod tym względem my mamy zupełnie inne zapatrywania, aniżeli szwedzi lub włosi. Parokrotnie zdarzało mi się spotykać streszczenia z artykułów, w ich pismach pomieszczanych, pomimo, że te same artykuły były drukowane po niemiecku, czy też po francusku. Takie pomijanie w sprawozdaniach prac, drukowanych gdzieindziej, odbija się ujemnie na ilości i jakości referatów, tembardziej, że, jak mnie zapewniał jeden z referentów, zwyczaj ogłaszania prac jednocześnie w dwóch językach upowszechnia się coraz bardziej. Traci na tem

ogólny wygląd naszego piśmiennictwa wobec cudzoziemców. Wprawdzie w artykułach oryginalnych, ogłaszanych w obcych pismach, przyjęte jest dodawać w nawiasie Warschau lub Varsovie, kto jednakże był choć krótko za granicą, wie dobrze, jak mało takie „Warschau“ przemawia do wyobraźni cudzoziemca.

Jedną z najpilniejszych kwestyj w sprawie uporządkowania referatów byłoby przywrócenie komisji dla sprawozdań do Jahresberichtów Hirscha i Virchowa. Inicyjatywę w tym względzie, zdaniem mojem, powinny podjąć Towarzystwa lekarskie w Warszawie i w Krakowie. O ile wiem, obadwa te Towarzystwa liczą w swem łonie co najmniej kilku, jeżeli nie kilkunastu członków, którzy bądź to już piszą sprawozdania do pism sprawozdawczych zagranicznych (d-rzy: Fabijan, Hewelke, Kopff, Kryński, Neugebauer, Pacanowski, Schramm, Trzebicky i inni), bądź też podjęliby się tej czynności w razie zawiązania komisji. Podzieliwszy się pracą z Warszawą, Kraków byłby w stanie zrobić to, czemu sam nie mógł podołać. Podział materiału sprawozdawczego (podług działów wiedzy czy też podług pism) pozostawiłoby się samej komisji.

Przesyłanie sprawozdań do Centralblattów włożyłbym na barki czasopism naszych tak, by każda redakcyja wysyłała referat zaraz po wydrukowaniu pracy w jej piśmie. Z góry przewiduję zarzut, jaki spotka ten projekt ze strony naszych redakcyj. Są one i bez tego tak obciążone pracą bezinteresowną, że nie mogą zajmować się sprawami ubocznymi, nie będącymi w bezpośrednim związku z dobrem ich czytelników. Sądzę jednakże, iż przy dobrych chęciach dałoby się ten szkopał ominąć. Redakcyje mogą się zwrócić z prośbą do swych pracowników, by ci, o ile są w możności po temu, załączali do swych artykułów króciutkie streszczenia po niemiecku lub choćby po polsku. Tym sposobem redakcyja miałaby pewną ilość streszczeń gotowych. Do referowania pozostałych artykułów możnaby uprosić jednego lub paru współpracowników. W braku większej ilości takich, którzyby dobrze władali językiem niemieckim, mogłoby paru ludzi dobrej woli streszczać z początku na polski, a następnie jedna osoba gotowe już referaty przekładałaby na język niemiecki. Tą drogą zyskałoby nie tylko całe piśmiennictwo nasze, lecz wzrosłoby, że tak rzekę, powaga pism pojedynczych wobec cudzoziemców.

Przechodzę z kolei do kwestyi Towarzystw naszych. Trudno zaprzeczyć, że wszystkie one odznaczają się dziewiczą skromnością. Po za uczestnikami posiedzeń mało kto wie nawet o ich działalności. Za granicą zaś dowiadują się o ich istnieniu tylko ex-re przesyłania dyplomów znakomitym osobistościom. Trudno się dziwić wobec tego, że ostatnie zapominają niekiedy nawet podziękować za odznaczenie. Że jednakże i cudzoziemcy radziby się coś dowiedzieć o naszej działalności, dowodzi fakt następujący. Jeden z kolegów opowiadał mi, że będąc w tym roku w Paryżu, zapoznał się z redaktorem Revue générale des Sciences pures et appliquées. Dowiedziawszy się z toku mowy o miejscu zamieszkania tegoż kolegi, redaktor usilnie prosił go o nadsyłanie sprawozdań z Warszawy. Szło mu głównie o sprawozdania z posiedzeń Towarzystw naszych, ponieważ sprawozdania takie otrzymuje ze wszystkich prawie ważniejszych punktów (w ich liczbie kilka ruskich i hiszpańskich). Potrącając tę sprawę, pozostawiam bliższe uwzględnienie jej uznaniu samych Towarzystw. Tu ośmielę się tylko zrobić uwagę, czyby nie można było dodać sekretarzowi Towarzystwa pomocnika, któryby zajmował się wysyłaniem do jakiegoś pi-

śma zagranicznego sprawozdań z posiedzeń, a jednocześnie mógł przyjmować udział czynny w komisji, o której wyżej mówiłem.

Jednym z najbardziej wybitnych objawów naszego ruchu umysłowego są zjazdy lekarskie. Po każdym takim zjeździe powiadamy sobie z dumą: zjazd przeszedł wszelkie oczekiwania nasze, zjazd dorównał nawet lepszym zjazdom zagranicznym, a wiele z nich przewyższył i t. p. Jednakże o zjazdach tych aż do roku bieżącego w prasie zagranicznej było zupełnie głucho. Dopiero po ostatnim zjeździe pokazały się takie sprawozdania, o ile wem, w dwóch czasopismach niemieckich (wiedeńskich), w jednym ruskim i jednym czeskim. Jak będzie na przyszłość, przesądzać trudno. Sądzę jednakże, że w tej sprawie wiele mogłyby okazać pomocy same komitety, zjazd zarządzające. Komitet taki może np. z góry prosić wszystkich prelegentów o przywożenie ze sobą na zjazd krótkich referatów ze swych odczytów. Referaty te zostają zaraz drukowane w Przeglądzie lekarskim, który już przyjął na siebie charakter rzeczownika zjazdów. Jednocześnie te same referaty in extracto lub całkowicie przełożone przez osobę, uproszoną o to przez komitet, możnaby drukować w jednym z pism zagranicznych. Postępując w ten sposób, komitet oszczędziłby sobie wiele kłopotu z zapisywaniem i stenografowaniem wykładów, Przegląd zaś lekarski uniknąłby zarzutów niedokładnego streszczania. Nadto, w razie ociągania się niektórych prelegentów z przysyłaniem na czas swych wykładów in extenso do Pamiętnika zjazdu, możnaby drukować chociaż takie z ich prac referaty.

Trudno się dziwić, że cudzoziemcy nic nie wiedzą o naszym piśmiennictwie, jeżeli my sami nie mamy o niem dokładnego pojęcia. Pochodzi to ztąd, że my młodzi często wyobrażamy sobie, iż od nas dopiero zaczyna się złoty okres piśmiennictwa naszego. Względem tego, co robiono dawniej, zachowujemy się z nieufnością i lekceważeniem. Tymczasem nieprawda: przejrzyjmy dokładnie wyniki pracy swych poprzedników, a przekonamy się, że nieraz oni więcej nawet od nas robili. Na nieszczęście wyniki te przeglądamy bardzo rzadko. Dość jest przeczytać, choćby kilka tak zwanych archiwalnych prac naszych, by się przekonać o słuszności tego twierdzenia. Znajdziesz tam, czytelniku, dziesiątki, a nawet setki cytat i nazwisk z rozmaitych literatur; napróżno jednakże będziesz nieraz szukał wzmianki o polskim pracowniku, chociaż ten niedawno nawet w tej kwestyi pisał. Nie chcąc nikogo dotykać i uchodzić za stronnego, wolę siebie wziąć za przykład. Przed laty paroma drukowałem monografię „o ranach przepony”. W pracę tę włożyłem sporo czasu i trudu; przejrzałem wszystko, co dostać mogłem i gdzie można było spodziewać się jakikolwiek szczegół odszukać. Zahaczyłem nawet o literaturę włoską i amerykańską. Z naszej literatury przejrzałem cośkolwiek, lecz bardzo się w nią nie zagłębiał, myśląc sobie: czyżby u nas dawniej o takich rzeczach mieli pojęcie! Trzeba trafić, że w jakiś czas po ogłoszeniu monografii przerzucam Przegląd lekarski z r. 1873 i znajduję artykuł Wojny o hernia diaphragmatica traumaticznego pochodzenia. Spostrzeżenie jest opisane bardzo sumiennie i stanowczo ma więcej wartości, niż połowa opisów z takim mozołem wygrzebywanych przezemnie. Lecz nie dość na tem. W omawianej pracy swej wspominałem o przypadku Beale'a, w którym po pęknięciu przepony wypadł kawałek płuca do jamy brzusznej, uwiązał i zmartwił. Otóż na posiedzeniu Towarzystwa, na którym swą pracę czytałem, dr. Matlakowski podniósł kwestyję, czy to może być, by trzewa z jamy piersiowej przecho-

dziły do jamy brzusznej. Wynik dyskusji był taki, iż uznano to za rzecz niemożliwą. Najwięcej przeważał przytem głos wice-prezesa, znanego anatomo-patologa, który nadto sam na kilka miesięcy przed tem ogłosił pracę wyczerpującą o przepuklinach przeponowych. Proszę wyobrazić sobie teraz moje zdziwienie, gdy niedawno w Tygodniku lekarskim z roku 1864 nr. 46 przeczytał pracę Thugutta. Opisał on i w rysunek zaopatrzył przypadek przepukliny przeponowej, w którym dolna część serca leżała w jamie brzusznej, górna zaś w jamie piersiowej. Obiedwie te części łączyły się ze sobą za pomocą przewężenia, odpowiadającego otworowi w przeponie. Była to wprawdzie przepuklina wrodzona, dowodzi ona jednakże, iż i zawartość klatki piersiowej może w ten czy inny sposób znaleźć się w jamie brzusznej. Gdyby był Thugutt spostrzeżenie swoje opisał w jakimś poczytniejszem czasopiśmie obcem, nazwisko jego przeszłoby już do podręczników, a rysunek jego przeniesiono by z marniej bibuły na piękny welin. Tymczasem u nas pocziwiec leży nietknięty w takim zaciszu, że wprost od niego musiałem nieść ręce w te pędy do umywalki.

Druka niespodzianka spotkała mnie, gdy zaczął przeglądać stare nasze prace o przepuklinach. W swoim czasie, pisząc o przepuklinie przedotrzewnowej, obczytywałem nader szczegółowo wszystko, co miało związek z nią i z jej pokrewnymi przepuklinami. Otóż nie przypuszczałem nawet, by po za Matlakowskim i Trzebickim pisał dawniej u nas ktokolwiek coś godnego uwagi, a tej kwestji dotyczącego. Tymczasem znowu najniespodziewaniej w świecie znajduję niedawno nader interesujące spostrzeżenia Ehrlicha (Medycyna, 1876, nr. 9), Wolberga (Gazeta lekarska; 1879, nr. 21) i Kahla (Medycyna, 1880, nr. 14), stojące w dość blizkim związku z omawianym przedmiotem. Na usprawiedliwienie swego niedbalstwa mogę to jedno tylko powiedzieć, że nie stanowią wyjątku. W ostatnich czasach pisano u nas parokrotnie o splenektomii; czy wspomniał jednakże ktokolwiek o tem, że już w r. 1855 Schulz wyciął z dobrym wynikiem całą śledzionę i przypadek ten opisał w nrze 32 Tygodnika lekarskiego. A ileż to ludziska w różnych czasach napsuli ust i bibuły nad leczeniem tętniaków. Wszystko to leży teraz nietykane na pociechę myszom. Nie przeczę, że w starej literaturze naszej bardzo wiele znajduje się rzeczy bez żadnej wartości. Nie mniej przeto, jak wyżej wykazałem, spotykają się tam prace, mogące nas i dziś zainteresować. Zresztą, chociaż taka rzecz „O womicie łajnistym” może się wydać arcsykromną nam, uważającym za rzecz powszednią, ba! nieledwo za blahostkę 20 laparotomij z powodu niedrożności jelit, nie powinniśmy jednakże zapominać, że właśnie artykuły takie stanowiły zaczątek i podwaliny naszego piśmiennictwa. Otóż choćby z tego tylko względu autorowie ich zasługują na pamięć naszą.

Zresztą nie tylko względem ojców swoich my zachowujemy się tak lekceważąco. Zarówno zdajemy się nie ufać i produkcyjom umysłowym dzisiejszych naszych pracowników. To też nie wiele nawet czytamy z tego, co się u nas drukuje. Mógłbym dużo na to przytoczyć dowodów. Biorę pierwszy z brzegu. Na ostatnim zjeździe w Krakowie jeden z najlepszych naszych ginekologów przedstawił referat „o umocowywaniu tyłozgiętej macicy”. Sumienna ta praca obejmuje wszystkie podane dotąd sposoby, przytacza masę nazwisk niemieckich, francuzkich i angielskich, a przemilcza jednego tylko Matlakowskiego. A przecież sposób jego, przedstawiony na pierwszym zjeździe chirurgów przed dwoma laty, poklask sobie zyskał. Krótką mamy pamięć!

Słuszność nakazuje mi przyznać, że podręczniki nasze więcej uwzględniają literaturę swojską. Za przykład pod tym względem powinny służyć: chirurgija prof. Rydygiera i dyjagnostyka Biegańskiego.

Wielką trudność przy szperaniu w starych zabytkach naszego piśmiennictwa lekarskiego, stanowi brak wszelkich ogólniejszych wykazów. Dla odszukania najbogatszej rzeczy trzeba wszystko od początku po kolei przeglądać. Przytem same roczne skorowidze są w wielu pismach wadliwie ułożone. Wobec tego należałoby, zdaniem mojem, ułożyć jeden skorowidz, obejmujący choćby tylko tytuły artykułów z wymienieniem czasopisma. Przystępując do układania takiego skorowidza, wypada najprzód się zastanowić, co on ma w sobie zawierać, a następnie, jaki okres czasu ma obejmować. Podług mnie skorowidz powinien mieścić w sobie prace, drukowane w czasopismach, książki i broszury, a wreszcie posiedzenia Towarzystw. Gdyby ułożenie takiego skorowidza okazało się na razie zbyt trudnem do wykonania, możnaby go rozbić na dwie części, z których ważniejszą, obejmującą czasopisma i sprawozdania z posiedzeń, wydrukowanoby teraz, drugą zaś, dotyczącą książek, pozostawionoby na później. Co się tyczy okresu czasu, jaki powinien obejmować skorowidz, uważałbym za najodpowiedniejsze rozpocząć go od powstania pierwszego czasopisma naszego i zakończyć rokiem 1890. W przyszłości możnaby wydawać dalsze skorowidze co lat 10. W ostatniej instancyi możnaby skorowidz taki doprowadzić tylko do 1 Lipca 1877 roku, t. j. do czasu, odkąd zaczęto wydawać Roczniki medycyny polskiej, aczkolwiek nakład zmniejszyłoby to nie wiele, dużo zaś odbiłoby się na użyteczności samego skorowidza: łatwiej przecież przecztać jeden skorowidz, niż przejrzeć Roczniki z lat kilkunastu. Sądzę, iż wydanie takiego skorowidza nie wymagałoby wielkiej pracy, ani też nie pociągnęłoby wygórowanych kosztów. Na szczęście ludzie nie cierpieli dawniej na grafomaniję, to też taki wykaz całego naszego dobytku umysłowego możnaby śmiało pomieścić na kilku arkuszach.

Jednakże żadne skorowidze, ani też roczniki nic nie pomogą, jeżeli piszący nie będą uważali za obowiązek przeglądania ich. Przecież, jak rzekłem, Roczniki medycyny polskiej obejmują całą naszą literaturę peryjodyczną z ostatnich lat 13. Pomimo to zalegają one półki biblioteczne, nie mając wielkiego popytu na siebie. Boż przecie, gdyby było inaczej, biblioteka Towarzystwa postarałaby się o uporządkowanie choć jednego z dwóch swoich egzemplarzy i dokupienie brakujących zeszytów.

Jeszcze jedna uwaga pod adresem naszych pism sprawozdawczych. Unikają one systematycznie referatów z pism polskich (wyjątek stanowi niejako dział sprawozdawczy w Przeglądzie lekarskim). Zamiast referatów pomieszczają one tylko tytuły prac, ogłaszanych w innych czasopismach. Postępowanie swe motywią one chęcią nie wchodzenia w drogę tym piśmiom. Motyw ten nie wydaje mi się słusznym. Króciutki referat z dobrego artykułu nietylko nie zniechęci czytelnika do przeczytania oryginału, lecz przeciwnie może go jeszcze bardziej zachęcić do tego.

Kończąc na tem, muszę wynurzyć życzenie, by chociaż nad niektóre mi z uwag moich ogół nie przeszedł do porządku dziennego. *Sawicki.*

Podzielając zdanie kol. Sawickiego dodajemy tu, że kwestyję referatów z naszego piśmiennictwa w literaturze zagranicznej poruszaliśmy już w n-rze 7 „Kroniki“ (str. 375)—z roku 1891.

Kronika miesięczna.

— Na ostatniem posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego warszawskiego odbyły się wybory urzędników. Z urny wyborczej, jako prezes wyszedł kol. E. Przewoński, jako wiceprezes kol. St. Markiewicz, jako sekretarz kol. Sztejner. Na członków czynnych Towarzystwa zostali wybrani kol. J. Bączkiewicz, E. Biernacki, Faytt, Sierpiński, Rabek, Rembieliński, Leszczyński, Muttermilch, Wł. Zawadzki, Rzecznowski, Koral, Janowski, Kuczyński, Sawicki i Kópytowski. Na członka korespondenta kol. Żmigrodzki z Petersburga.

— W d. 29 Grudnia Tow. lek. krakowskie obchodziło 25 letni swój jubileusz. Z okazji tej członkami honorowemi Towarzystwo mianowało prof. Laskowskiego z Genewy, prof. Gałęzowskiego z Paryża, prof. Baranowskiego i Brodowskiego z Warszawy, d-ra Wicherkiwicza z Poznania i protemedyka d ra Merunowicza ze Lwowa.

— W Warszawie od dwóch miesięcy urządzono karetkę do przewożenia chorych zaraźliwych. Karetka znajduje się w szpitalu Zapasowym, gdzie mieszka dezynfektor miejski. Obowiązkiem tego ostatniego jest dokonywać dezynfekcyi mieszkań na mieście.

Początek dobry, lecz czy jedna karetka i jeden dezynfektor na $\frac{1}{2}$ milionu ludności wystarczy?

— Kierunek „Medycyny” po śmierci ś. p. Gustawa Fritschego, objął kol. Dobrzycki.

— W dniu 29 z. m i r. kol. Edward Orłowski, nasz współpracownik, obronił w Dorpacie rozprawę na stopień doktora medycyny p. t.: „O wpływie atropiny na oddechanie”.

— Departament lekarski rozesłał do wszystkich urzędów lekarskich następujący cyrkularz: Wobec wydarzenia się pomyłek wskutek używania synonimów środków lekarskich, będących w luźnym tylko związku z żądanym preparatem, a spotykanych w starych, nie dla wszystkich dostępnych słownikach, Rada lekarska postanowiła (29 Paźd. st. st.), aby wszyscy lekarze, znajdujący się na służbie i wolno praktykujący, nie używali synonimów nie objętych Ruską Farmakopeą, aby recepty pisane były wyraźnie, ponieważ z tego powodu wynika jeszcze więcej błędów.

— St.-Petersburska rada miejska postanowiła, aby lekarzom dającym pomoc swą w przypadkach przygodnych na ulicach, wypłacane było przez policję odpowiednie wynagrodzenie.

— Redakcja petersburskiego pisma „Wracz” pomieściła (nr. 48) sympatyczną odezwę, nawołującą do podtrzymania zagrożonego bytu „Nowin Lekarskich” w Poznaniu; w tymże numerze czytamy, że pierwszą nagrodę za pracę na wyznaczony przez fakultet medyczny w Bernie temat: „jak oddziaływa obłożenie na narządy i tkanki ciała zwierzęcego” otrzymał nasz rodak (nasz polskiej sooteczestwiennik) p. Maksymilijan Flaum.

— Dr. W. A. Manassein, porzucił zajmowaną przez 25 lat katedrę Terapii i Patologii szczegółowej, oraz klinikę propedeutyczną w Akademii medycznej. Chociaż w sile wieku jeszcze (51 lat), prof. M. usuwa się, aby, jak się nieraz wyrażał, ustąpić pola młodszym siłom. Prof. M. ma zamiar poświęcić cały swój czas redakcyi „Wracza”, który, dzięki jego pracy i staraniom, stał się najpoczytniejszym organem lekarzy ruskich.

Licznie zebrane audytorjum studentów i dawniejszych słuchaczy zebrało z żalem cenionego profesora.

— Dzienniki niemieckie donoszą o wykryciu przez d-ra Pfeiffra z Berlina lasecznika grypy. Lasecznik ten ma być 2—3 razy mniejszy niż lasecznik posocznicy mysiej (najmniejszy z dotychczas znanych), barwi się dobrze za pomocą metylenblau; znajduje się w płwocinie chorych na grype, zarówno w komórkach, jak i między komórkami. Na tem samym posiedzeniu lekarzy w Charité, dr. Canon oświadczył, iż też same laseczniki znajdował w krwi chorych. Szczepienia na zwierzętach nie dały jeszcze dotychczas pozytywnych danych.

— Pomiędzy 5 a 10 Września r. b. odbędzie się w Wiedniu międzynarodowy Kongres dermatologiczny—do uczestnictwa w którym komitet organizacyjny przysłał nam właśnie zaproszenie. Do składu komitetu wchodzi: prof. O. Neumann, E. Sang, Hebra, Mroček, Grunfeld (Wiedeń), prof. Pick i Janowsky (Praga), prof. Lipp (Graz), prof. Jarisch (Innsbruck), prof. Rosner (Kraków), prof. Schwimmer (Peszta). Przewodniczącym jest prof. M. Kaposi, sekretarzem generalnym doc. Richl.

Tematy wystawione przez komitet:

- 1) Limfatyczne cierpienie skóry z punktu widzenia patologo-anatomicznego (Paltauf).
 - 2) Współczesny stan trądu w Europie: Arniag z Hamburga, Petersen z Petersburga.
 - 3) Dermatocysty—Feulard z Paryża.
 - 4) Syphilis tarda—Neuman z Wiednia.
 - 5) Anatomija i rozwój pigmentu skóry—Jarisch.
 - 6) Psorospermozy—Neisser (Wrocław), Boeck (Christianija).
 - 7) Podstawy leczenia rzerzączki—Neisser.
 - 8) Lupus erythematodes—M. Morris (Londyn), Veiel (Kanstatt).
- Oprócz tego będą mieli odczyty: Fournier, Doutreleperot z Bonn, Besnier z Paryżu i inni.

Jednocześnie będzie miała miejsce wystawa dotycząca patologji i terapii chorób skórnych i przymiotu.

— Liczba słuchaczy w czeskim uniwersytecie w Pradze ciągle wzrasta. Na rok szkolny 1891—1892 zapisało się na wydział teologiczny 159, na prawny 1,031, na lekarski 1,097, na filozoficzny 283 (w tem 147 farmaceutów). Ogólna cyfra dochodzi 2,600. W niemieckim Uniwersytecie zapisało się dotąd 1,245. (Casop. lek. Ces. 48).

— Według sprawozdania szwajcarskiego Biura statystycznego na 1,869 przypadków śmierci (w pierwszych 3-ch miesiącach 1891 r.) było 162 zależnych od otrucia wysokiem i jego następstw. Innemi słowy każdy 19-ty przypadek śmierci zależy od pijaństwa. Pomiędzy mężczyzunami umierającymi między 40 i 60 rokiem każdy 6-ty umiera z alkoholizmu. (Wr. 50).

— Sławny ginekolog Lawson Tait z Birmingham, opisując niektóre szczegóły przy wykonywaniu *Laparotomji* (Lancet 3,550) mówi: „odważę się na przepowiednię, że wyraz antyseptyka za jakie 4—5 lat zniknie w nauce i będziemy słyszeli o czasach antyseptycznych, tylko jako o szczególnym okresie ekscentryczności chirurgów (!). L. T. odrzuca wszystkie „antiseptica”, tylko czystość wystarcza zupełnie. Procent wyzdrowienia 99. Chociaż to zdanie brzmi nader szczególnie, to jednak w zasadzie myśl tę wygłaszano już nieraz: aseptyka przed antyseptyka. Sądzimy też, że antyseptyka jest uważaną przez wielu chirurgów tylko za drogę, często ciernistą, wiodącą pośrednio do ideału absolutnej czystości L. Taita.

Przegląd prac oryginalnych pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu GRUDNIU 1891 r.

Coraz bardziej rozwijające się nasze piśmiennictwo lekarskie utrudnia znacznie oryentowanie się w materyjale, w myśl więc naszej idei przewodniej przedstawiania całego ruchu umysłowego na polu medycyny od dzisiejszego n-ru rozszerzamy dział niniejszy i pomieszczają będziemy w nim krótkie streszczenia ze wszystkich prac polskich poprzedniego miesiąca. Prace zasługujące na obszerniejsze streszczenie znajdują miejsce w zwykłym dziale referatów. W tym zaś dziale podawać będziemy tylko treść ogólną artykułów. Tym sposobem sądzimy, iż ułatwimy naszym czytelnikom oryentowanie się w naszym piśmiennictwie lekarskiem często nawet w poważnych pracach traktowanym po macoszem.

1) *Buzdygan i prof. Gluźniński*. Przyczynek do mikroskopii treści żołądkowej. (P. L.).

2) *Biernacki*. O znaczeniu trawienia ustnego i śliny dla sprawności zdrowego i chorego żołądka. (P. L.); referat nastąpi w przyszłym n-rze.

3) *Dr. J. Kramsztyk*. Epidemija różyczki odry w bezpośrednim po sobie następstwie. (P. L.).

4) *J. Opieński*. O przyczynach wywołujących zmiany w konsystencji moczu. (P. L. 52).

5) *Kadyi*. Wątpliwości w orzeczeniach sądowo-lekarskich. (P. L.).

6) *W. Dąbrowski*. O nieorganicznej niedostateczności zastawki dwudzielnej. (G. L. 49).

7) *Dr. A. Pański*. O barwniku w śledzionie zastoinowej. (G. L. 49).

8) *S. Nencki i J. Zawadzki*. Przyrząd do domowego wyjaławiania mleka. (P. L. 49).

9) *J. Halpern*. Przyczynek do sprawy powstawania barwnika w naskórku człowieka. (G. L. 50, 51).

10) *Wł. Matlakowski*. O szczególnej kulkowej zawartości torbieli skórzastych. (G. L. 50).

11) *W. Kopytowski*. Przyczynek do kazuistyki zewnątrz-płciowego zarażenia przymiotem. (G. L. 50).

12) *M. Flum*. Wpływ niskich temperatur na czynność żołądka. (G. L. 51).

13) *T. Heryng*. Zapalenie gruźlicze opon mózgowych zakończone nagłą śmiercią. (G. L. 52).

14) *W. Świdorski*. Słów kilka o kamieniach żółciowych. (N. Lek. 12).

15) *Dr. med. P. Troickij*. O stanie sanitarnym Warszawy, na zasadzie rezultatu spisu dokonanego w Warszawie w marcu 1891 r. (Zdrowie, nr. 11 i 12).

16) *Fr. Giedroyc*. Wykaz statystyczno-lekarski—dotyczący chorych leczonych w szpitalu św. Łazarza w Warszawie w 1890 r. (Med.).

17) *S. Bronowski*. Kilka myśli dotyczących leczenia tętniaków aorty. (Med. 51, 52).

18) *Prof. Obaliński*. Praktyczna przestroga dla używających cewników t. zw. Nelatonowskich. (P. L. 50).

1) W artykule tym autorzy zawarli swój odczyt wypowiedziany na Zjeździe. Na zasadzie kilkuset badań mikroskopowych treści żołądkowej dochodzą do wniosku, iż dawniejsze badania Jaworskiego (Gazeta Lekarska, 1886) co do jąderek i ciałek wypocinowych stwierdzone zostały. Przy wydzielaniu kwasu solnego w soku żołądkowym znajdujemy naczeczko kilka żółtawych jąderek, oraz napół strawione ciała wypocinowe i komórki nabłonkowe, z ilości jąderek wniosków rozpoznawczych wysnuwać nie można. Znajdowanie komórek nabłonkowych posiada wartość rozpoznawczą, komórki płaskie pochodzą z jamy ustnej, komórki wałeczkowe (żołądka) zdarzają się rzadko, za to często znajdują się wielokątne lub okrągławe z dużym jądrem, podobne do Hauptzellen gruczołów żołądka. Często jądra tych komórek ulegają strawieniu, jeżeli w soku jest obecny kwas solny, w przeciwnym razie widzimy tylko komórki ziarniste ciemne z wyżej opisanemi jądrami. Ztąd obecność takich komórek dowodzi obecności pepsyny, obecność jąder obok tego i kwasu solnego w treści żołądkowej. *J. Z.*

3) Różyczka—kur (rubeola), jak widać z podanego przez autora zarysu historycznego, chociaż znana już w wieku zeszłym, dopiero od 1869 (Thomas) uznana została ogólnie za samodzielną wysypkę. Spostrzeżenia autoradotyczą przypadków z praktyki prywatnej (w szpitalach r. prawie się nie widuje) — i obejmują 88 dzieci od 1 roku do 16 lat życia; w roku 1890 różyczka w Warszawie wystąpiła podwakroć epidemicznie.

Sprawa cechuje się wysypką podobną do odry, tak jednak rozwojem wykwitów, jak i zajęcie gardła, natężeniem gorączki i powikłań (kaszel) i trwaniem (4—5 dni) nie dorównywa tej chorobie. Łuszczenia nie bywa. Niekiedy wysypka staje się podobną do szkarlatynowej — i tu jednak brak łuszczenia, zajęcia gardła etc. Te różnice z jednej strony, a z drugiej podleganie chorobie dzieci, które już miały odrę lub szkarlatynę, albo uległy im nie długo później—ułatwiają rozpoznanie, które w sporadycznych przypadkach może przedstawiać trudności.

Autor kładzie nacisk na to, że po większej części epidemije różyczki i odry występują bezpośrednio jedna po drugiej; tak było we wszystkich jego spostrzeżeniach, a także, jak widać z literatury, i w innych przypadkach, zarówno sporadycznych, jak i epidemicznych.

4) Badając mocę o zwiększonej konsystencji (który niekiedy tworzył ciągnące się nitki), autor wyosobnił zeń ciało, podobne do mucyny, od którego zależała niezawodnie owa ciągliwość (śluz, ropy nie było, białka ślady). Badanie bakteryjologiczne tego moczu wykazało obecność prątków, które wyhodowane sztucznie dawały charakterystyczne kolonije, a przeprowadzone na mleko lub mocę, nadawały tym płynom podobną ciągliwą konsystencyję. Pasożyt ten nie rozwijał się na moczu nie zawierającym wcale białka. Autor przypisuje odkrytym przez siebie prątkom (odmiennym od opisanego przez Malerbę: gliscobacterium) zdolność przetwarzania białka na ciało podobne do mucyny. *H.*

6) Nieorganiczna niedostateczność zastawki dwudzielnej wywalczyła już sobie prawo obywatelstwa w medycynie. Nie jest nawet zjawiskiem zbyt rzadkiem. Spotyka się przy rozmaitych cierpieniach, którym towarzyszy znaczne rozszerzenie lewej komórki, jako to: zwężenie i niedosta-

tecność zastawek półksiężycowych tętnicy głównej, przewlekłe zapalenie nerek, samoistny przerost serca i t. p., niektóre cierpienia nerwowe: płasawica, histeryja; dalej blednica, niedokrwiłość; wreszcie choroby zakaźne tyfus, ospa i t. d. Autor opisuje trzy przypadki nieorganicznej niedostateczności zastawki dwudzielnej, spostrzegane przez siebie, z których dwa stwierdzone zostały badaniem pośmiertnem. Autor zbija mniemanie, jakoby przyczyną omawianej sprawy było rozszerzenie ujścia i sądzi, że najbliższymi przyczynami tej wady są: niedoskurecz serca, oraz idące z nim rozszerzenie komórki. Już dawniej utrzymywał toż samo Peacock, a także Potain w zastosowaniu do zastawki trójdzielnej.

Ponieważ nieorganiczna niedostateczność zastawki dwudzielnej powstaje na drodze czynnościowej, nie zaś wskutek rozszerzenia ujścia proponuje autor zamianę określenia „*insufficiencia relativa*”, na „*insufficiencia functionalis*”. Rozpoznanie tego cierpienia przedstawia zwykle wiele trudności, ułatwia nam to jednak dłuższa obserwacja chorego; jeżeli objawy wady zastawki wraz ze wzmożeniem skurczów serca nikną, a z osłabieniem działalności serca znowu się zjawiają, wtedy mamy do czynienia z niedostatecznością nieorganiczną, ponieważ przy wadzie organicznej rzecz ta ma się wprost przeciwnie. Rokowanie i leczenie zależą w zupełności od każdego poszczególnego przypadku.

H. K.

7) Przy podwiązaniu żył śledziony następuje mniej lub więcej znaczne powiększenie narządu, zależne od przepełnienia mięszu czerwonymi ciałkami krwi, który wskutek tego przybiera barwę ciemno-niebiesko-czerwoną. Zjawisko to odpowiada wogóle obrazowi właściwemu zawałom krwawym. Przy kilkodniowym trwaniu zastoju następują zmiany drobnowidzowe w budowie śledziony. W śledzionie badanej po 30 dniach zastoju wystąpiły sprawy odradzania się. Autor postanowił zbadać kwestyję dalszego losu ciałek cz. w śledzionie zastoinowej, re. p. ich stosunku do tworzenia się barwnika śledziony. W tym celu podwazywał żyły częściowo, aby mieć niezmiennione części narządu do porównania z uległymi zmianom. Otóż okazało się, że w cząstkach śledziony z podwazanemi żyłami ma miejsce (po 1—2 dniach) znikanie barwnika, widoczniejsze w środku niż na obwodzie zawału. Na podstawie tego autor sądzi, że rozpad cz. ciałek nie prowadzi do tworzenia się barwnika w głębi zawału, i że znikanie tegoż zależy od braku tlenu—a jego istnienie w tkance związanem jest z dostępem do niej tlenu.

H.

8) Autorzy po krytycznym przeglądzie wszystkich przyrządów do domowego wyjalawiania mleka podają przyrząd własnego pomysłu, polegający na ogrzewaniu mleka w naczyniach szklanych za pomocą pary wodnej. Butelki do mleka posiadają podziałkę, oraz kształt stożka splaszczonego. Przyrząd wraz z dodatkami wyrabia jedna z fabryk warszawskich.

9) Obecnie są dwa poglądy na powstawania barwnika w naskórku: 1) powstaje on na miejscu wskutek metabolicznej działalności komórek naskórka, 2) barwnik zostaje przeniesiony z głębszych warstw skóry do bardziej powierzchniowych. Studya swe autor przeprowadził na skórze murzyna i europejczyka, badanie na skórze murzyna jest daleko łatwiejsze i jaśniejsze. W skórze murzyna najpierwsze barwnikowe komórki można zauważyć w bliskości gruczołów tłuszczowych, przeważnie około siatki naczyń; barwnik tu występuje w postaci drobnych ziarenek złocisto-żółtej barwy; ku górze, t. j. ku powierzchni skóry ilość ziarenek stopniowo się zwiększa, tak, że nareszcie zasłania kontury komórek. Barwnik zawsze leży w komórkach, jądro jest

wolne od niego; komórki, zawierające barwnik w głębszych i średnich warstwach są zupełnie normalne, w powierzchniowych zaś warstwach cutis, pod naskorkiem, mają długie wyrostki, przenoszące niekiedy w dziesięciokroć długość komórek; wyrostkami temi dotykają warstwy podstawowej naskórka, a nieraz i w nią przenikają (do 4 i 5 rzędu warstwy Malpigiusza). Wyrostki te dają początek barwnikowi strati Malpighii; tu barwnik zbiera się przeważnie w dystelnym (?) (dolnym?) biegunie komórki. Komórki z barwnikiem w stratum Malpighii występują również pod postacią bulawy i sierpa. W warstwie rogowej naskórka barwnik znajduje się w postaci ziarenek.

W opisie skóry europejczyka (białego), autor zaznacza też same stosunki, tu tylko ilość ziarenek barwnika jest mniejsza; komórki, zawierające barwnik, są większe od zwykłych; głębsze warstwy strati zawierają o wiele więcej barwnika jak powierzchniowe. Na podstawie swych badań autor dochodzi do wniosku, że barwnik naskórka zostaje doprowadzony do niego z właściwej skóry. Barwnik doprowadzają: 1) wyżej opisane protoplazmatyczne wyrostki komórek barwnikowych z ich kolbowatemi i guziczkowatemi zakończeniami, 2) komórki wędrujące cutis, które w głębokich warstwach rete przyjmują postać sierpów; te to komórki rozpadają się zupełnie, dając początek drobnoziarnistemu barwnikowi rete, lub rozpadając się na większe części, zostają pochłonięte przez komórki retis, tworząc w nich ciała okrągławe z obfitym gruboziarnistym barwnikiem. *Wł. K.*

10) Do podanego już dawniej (Gaz. Lek. 1888 i 1889) opisu 2-eh przypadków torbieli z zawartością tłustą, kształtującą się w postaci kulek tłuszczowych, pływających w brudno szarej cieczy, autor dodaje obecnie rozbiór chemiczny tych tworów (w przypadku pierwszym) uskuteczniiony przez p. Prausa:

substancji proteinowych	42,09%
cholestearyny	14,59
palmityny i stearyny	6,84
oleiny	30,32
kw. olejow. woln.	2,09
ciał org. bez azot.	1,30
części mineralnych	2,77

H.

11) 28-letni chory zował zadraśnięty brzytwą w lewy policzek przy goleniu; wytworzył się strupek, który w ciągu kilku tygodni przeszedł w stwardnienie. Po oczyszczeniu wspomnianego miejsca okazała się powierzchnia owrzodzona, wielkości migdała; przy ujęciu jej w fałdę dawało się wyczuć mocne nacieczenie. Gruczoły ogólnie powiększone, wysypka grudkowa na głowie i tułowiu. *H.*

12) Odnosne badania autor przeprowadził ze sztucznym sokiem żołądkowym *in vitro*, oraz na żabach. W pierwszej seryi doświadczeń sprawdzał on posuwanie się trawienia przy rozmaitych ciepłotach od 40° C. do 0° C. przy pozostałych zupełnie jednakowych warunkach, określając w różnych odstępach czasu rozmaite produkta trawienia białka z początku przejściowe, a potem końcowe. Okazuje się, że im niższą jest ciepłota, przy której odbywa się trawienie, tem wolniej postępuje ono naprzód (przy 0° C. trwa ono do 4 dni i dłużej), że w rezultacie dochodzi ono jednak zupełnie do końca, zarówno przy 0° C., jak i przy 40° C.

Trawienie żołądkowe u żywych żab ustaje zupełnie już przy 5° C. Jeżeli jednak zeskrobać błonę śluzową żołądka żaby, trzymanej nawet przez

4 dni na lodzie i zrobić z tej skrobanki wyciąg również przy 0° C., trawienie białka odbywa się niewątpliwie. Wynika ztąd, że *in vivo* trawienie nie odbywa się przy 0°, a nawet już przy 5° C. nie dla tego, że sok żołądkowy traci w tych warunkach swoje działanie, tylko, że się on w tych warunkach nie wydziela zupełnie. Bliższe badania wykazały, że przy 10° C. trawienie odbywa się jeszcze prawie z normalną szybkością, przy 9° C. słabnie już bardzo, przy 7°, 6° i 5° C. nie daje się wcale stwierdzić. Te ostatnią temperaturę autor uważa za granicę, poniżej której sok się zupełnie nie wydziela. Regeneracja peptonu na białko (sprawdzana próbą biuretową, kw. octowym z żelazocyjankiem potasu i przez zagotowanie) odbywa się również tylko w powyższych granicach. Wreszcie obniżanie ciepłoty wpływa ujemnie na ruchy żołądka. Przy szybkim oziębianiu porażenie jego występuje już przy 6° C., przy powolnym zaś—około 2° C. W. J.

13) 10-letni błąd chłopiec z wybitnymi cechami żółtów, uważany zresztą za zdrowego, któremu autor z powodu przerostu muszli nosowej zastosował przyżeganie galwanokauterem, zmarł nagle w nocy na trzeci dzień wśród zupełnie dobrego na pozór stanu ogólnego.

Badanie pośmiertne wykazało: meningitis tuberculosa basil., dwa tuberc. solitaria (wielkości łaskowego i tureckiego orzecha) w dole potylicy lewym z przekrwieniem substancji mózgowej w obwodzie. Oprócz tego zmiany gruźlicze w płucach, na opłucnej, w gruczołach oskrzelowych i kreskowych i w kiszce cienkiej.

Ścisłejsze wywiady pokazały: u ojca prawdopodobna gruźlica. W dzieciństwie raz napad konwulsyj, w roku 9-tym pleuritis exsudativa, po której zupełnie przyszedł do siebie, w tymże roku jednokrotne powtórzenie drgawek po błędzie w dyjecie.

W przypadku tym uderza wielki kontrast między dobrym na pozór stanem ogólnym i subiektywnym, a rozległymi zmianami anatomicznymi. Śmierć nastąpiła prawdopodobnie wśród napadu drgawek, do którego mogło dać powód zmęczenie przechadzką w dzień nader upalny i skonstruowane wykroczenie w dyjecie. H.

14) Autor, zaznaczywszy krótko, że odnośnie powstawania kamieni przyjmuje teorię Naunyna, przypuszczającą, że tworzenie się ich poprzedza zawsze uprzedni stan kataralny dróg żółciowych, przechodzi obszerniej o obecny stan symptomatologii, dyjagnostyki i leczenia omawianego cierpienia. Z własnych spostrzeżeń autora, godną uwagi jest wzmianka o dwóch chorych, u których kamienie, nie dając zwykłych objawów, pozorowały dusznicę bolesną, i dwa również spostrzeżenia nad podawaniem w tem cierpieniu oliwy lub lipaniny. Obie te chore zażywały 3 razy dziennie po łyżce oliwy lub lipaniny i znosiły ten środek dobrze w ciągu wielu tygodni, czując się przytem lepiej niż przy innych kuracjach. Badanie kału wykazało, że kamienie wychodziły przytem w małych tylko odłamkach. H.

15) W pracy tej autor, inspektor urzędu lek. w Warszawie, korzysta z obszernego materiału zebranego przy ankiecie mieszkań odbytej w marcu r. z., w której to ankiecie brało udział 180 studentów pod kierunkiem lekarzy i statystyków, pomiędzy których nadzór w różnych obwodach miasta był podzielony. Zestawienie danych tych, w urzędzie lekarskim dokonane, dało możność autorowi ogłosić niezmiernie ciekawą pracę o stanie sanitarnym domów, ulic i po części cyrkulów. Oprócz danych z ankiety pomienionej, znajdujemy tu materiał dotychczas tylko w aktach magistratu utrzymywany, dotyczący położenia ulic nad poziomem Wisły, wielkości po-

wierzehni ulic, rodzaju bruków i t. p. Nadto znajdujemy w artykule ułożoną w urzędzie lekarskim tablicę graficzną śmiertelności z chorób zakaźnych w pięcioletnim okresie. W ogólności zaliczyć możemy pracę do najciekawszych dotychczas w stanie sanitarnym miasta wydanych. Streścić jej po krótko niepodobna ze względu, iż główną jej część stanowią, jak łatwo zrozumieć, — cyfry.

17) Autor w pracy swojej popartej własnymi spostrzeżeniami klinicznymi, powstaje przeciwko szablonowej terapii tętniaków aorty, która, uznając worek tętniczy za przeszkodę w krążeniu, stara się pomódz sercu tę przeszkodę wyrównać, przez co w większości przypadków, pobudza serce do silniejszej działalności, podnosi ciśnienie w tętnicach i w wielu razach szkodzi choremu.

Autor radzi baczniejszą zwracać uwagę na to, jak się zachowuje ogólne ciśnienie tętnicze, oraz jaki jest stan naczyń obwodowych, czy podnosząc ciśnienie nie zwiększamy worka tętniczego, respective przeszkody w krążeniu, oraz nasilenia objawów chorobowych. W każdym poszczególnym przypadku zastanowić się trzeba, czy obniżyć, czy też podnieść ciśnienie tętnicze w ogóle. Ze środków tak zw. sercowych, za najodpowiedniejszy uważa autor nalewkę strofantu. W przypadkach pelączonych z dusznicą bolesną, radzi autor wdechania tlenu.

H. K.

18) Autor podaje 3 wypadki przerwania się cewników w drogach moczowych; wydobywał je z pęcherza litotryptorem, z cewki zaś przez nacięcie tejże; radzi wyciąganiem próbować elastyczności cewnika przed każdym użyciem.

G.

NEKROLOGIJA.

— W Warszawie w d. 31 Grudnia r. z. zmarł Dr. *Gustaw Fritsche*, w wieku lat 53. Zmarły był przez lat 10 redaktorem „Medycyny” i zdobył sobie w ostatnim czasie w mieście naszym szeroką popularność swemi zabiegami koło kolonji letnich dla dzieci.

— W Paryżu zmarł prof. kliniki wewnętrznej dr. *Bouchut*, członek Akademji medyczej.

— *Leon Tripier*, professor na klinice chirurgicznej w Lyon, jeden z wybitniejszych chirurgów francuzkich.

— *Barthez*, członek Akademji medyczej.

— *Moutard-Martin*, członek Akademji medyczej.

— *Brücke*, znany fizjolog, zmarł w początkach b. m.

— *Richet*, sławny chirurg, w Paryżu.

Nadesłano do Redakcyi.

— Sprawozdanie Towarzystwa opieki nad ubogimi matkami, oraz ich dziećmi za rok 1888 i 1889. Warszawa, 1891.

— Medycynski sbornik Warszawskiego Ujazdowskiego Woennago Hospitálu, god IV.

— *Fr. Sander*. Zarys nauki o publicznej ochronie zdrowia. Przekład St. Markiewicza. Wydaw. z Zapomogi Kassy im. d-ra Mianowskiego. Warszawa, 1891.

Wydawca: Numer wyszedł d. 18 Stycznia.

Redaktor:
Dr. med. O. Hewelke.