

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

(Z oddziału ginekologicznego D-ra F. Neugebauera w szpitalu Ewangelickim w Warszawie).

I. Przypadek XVI-miesięcznej ciąży zamacicznej śródwładłowej. Płód donoszony, od VI-miesiący nieżywy. Koeliotomia. Wyzdrowienie.

PODAŁ

Maksymilian Warszawski.

ASYSTENT ODDZIAŁU.



Zgodnie z poglądem większości autorów, z pośród głównych postaci ciąży zamacicznej, najczęstszą bywa ciąża jajowodowa (v. Schrenck na 610 zebranych przypadków ciąży zamacicznej widział 339 przypadków ciąży jajowodowej, a Martin na 91 przypadków obserwował 77 razy ciążę jajowodową), która zależnie od miejsca przyczepu jaja płodowego dzieli się na: śródmiąższową, jajowodową właściwą i bańkową (ampullaris).

Oprócz tych postaci głównych ciąży jajowodowej, istnieją jeszcze postaci wtórne lepiej następcze, które jakkolwiek się rzadziej przytrafiają, jednakże nie małą budzą ciekawość i z punktu widzenia klinicznego i patologicznego. Mam tu na myśli: ciążę brzuszną następczą, powstałą wskutek przedostania się jaja płodowego z jajowodu przez koniec jego zewnętrzny do jamy brzusznej. Przypadek te-

go rodzaju opisał kol. Janczewski w *Medycynie* r. 1898 Nr. 2 pod tytułem: „Przypadek ciąży brzusznej wtórnej, wydobyte przez cięcie brzuszne żywego, zdolnego do życia płodu, wyzdrowienie“; i 2) ciążę śródwięzadłową która, według Schuchhardta, powstać może w trojaki sposób:

1) jajo płodowe rośnie w kierunku ku dołowi, powoli rozsuwając listki więzu szerokiego, i przez cały ciąg rozwoju swego otoczeniem bywa warstwą mięśniową jajowodu.

2) wskutek ucisku rozwijającego się jaja płodowego, warstwa mięśniowa jajowodu może do takiego stopnia stać się cienką a nawet zupełnie zaniknąć, iż worek płodowy (Fruchthalter) stanowi tylko otrzewna więzu szerokiego.

3) Wreszcie ciąża śródwięzadłowa może się rozwinąć, jeżeli wskutek pęknięcia dolnej ściany jajowodu, nie pokrytej otrzewną, jajo płodowe in toto lub też częściowo (łożysko lub płód) wpadnie do przestrzeni śródwięzadłowej. Dalszy rozwój ciąży jest w tym razie mniej prawdopodobny, aniżeli w pierwszych dwóch przypadkach. W miarę rozwoju ciąży listki więzu się rozsuwają i z czasem kiedy ciąża znacznie się rozwinie, wchodzą w skład worka płodowego (Fruchthalter).

Werth zebrał 16 przypadków ciąży śródwięzadłowej; z tych znaczna część dobiegła kresu zupełnej dojrzałości. Nie od rzeczy więc będzie, jeżeli podam jeszcze jeden przypadek ciąży śródwięzadłowej, który miałem sposobność obserwować w klinice d-ra Neugebauera.

Opis przypadku.

W dniu 9 kwietnia r. 1897 zgłosiła się do ambulatoryum ginekologicznego w szpitalu Ewangelickim T. Sz., 33 lat wieku licząca, 0-para, od 13 lat zamężna. W księdze ambulatoryjnej odnotowano: „*Tormina oppressionalia sub graviditatis VIII mense. Positio faetus obliqua. Dolores in hypochondrio sinistro; sicut ait aegra motus infantis cessavere ex die hesterna*“. Dalej nieco czytamy: „*Marte mense motus infantis aderant. Ex Aprile mense motus cessavere*“. Następnie w maju chora dostała krwawienia z organów płciowych (perjod?), które trwało przez tydzień (*stillidium sanguinis protractum*). W roku 1894 u tejże pacjentki w klinice naszej dokonałem ecetaseos kanału macicznego za pomocą rozszerzadeł stalowych aż do Nr. 20 z wyskrobaniem oraz wstrzyknięciem nalewki jodowej. Po 5-ciu dniach chora wypisała się ze szpitala.

Dnia 29 września r. 1897 chora ponownie zapisała się do szpitala. Tu przy wywiadach zebrano następujące szczegóły: chora

w 17-tym roku życia dostała pierwszego peryodu, któremu towarzyszyły silne bóle; następne peryody zjawiały się prawidłowo co miesiąc, trwały od 4 do 5 dni. W pierwszym roku po zamażpójściu peryod się wstrzymał przez 2 tygodnie (abortus?). Przed 3 laty chorej zrobiono wyskrobanie macicy w klinice naszej z powodu kataru macicy z wydzieliną obfitą.

Wreszcie w końcu sierpnia r. 1896 peryod był mniej obfity, niż zwykle, następnie zupełnie się zatrzymał; wystąpiły wszelkie objawy ciąży. Ruchy dziecka chora odczuwała od lutego aż do końca kwietnia 1897 roku. Siara w piersiach ukazała się w marcu. W początkach maja jakoby sączyły się wody płodowe (?). Spodziewany poród jednak nie nastąpił, jakkolwiek bóle porodowe ukazały się już w końcu kwietnia i trwały przez całe 2 tygodnie. Chora leżała w łóżku przez 10 dni. W połowie maja zjawił się peryod, 2 dni trwający, i od tego czasu wraca co miesiąc; ostatni raz przed 4 tygodniami. W obec tego stanu niepokojącego chora udała się do szpitala.

Przy badaniu zewnętrznem znaleziono, że ścianki brzucha wypukłone są przez guz, o powierzchni gładkiej i konturach okrągłych, którego wysokość nad pępkiem wynosiła 11 cm., spuszczaający się ku dołowi w jamę miednicy. Obwód pępkowy brzucha wynosił 87 cm., odległość dołka podsercowego od pępka — 22 cm., od pępka do spojenia łonowego — 18 cm., czyli cała odległość od spojenia do dołka wynosiła 40 cm. Pępek znajdował się na linii połączenia obu kołców górnych i przednich (spina ilei ant. sup.) kości biodrowych. Na ścianie brzusznej widoczne były striae graviditatis. Piersi nabrzmiące, gruczoły Montgomery'ego powiększone, brodawki koloru ciemniejszego. Z piersi wyciskało się mleko. Ani bicia serca płodu ani szmeru macicznego (Uteringeräusch) nie było słyhać.

Badanie wewnętrzne wykazało, że błona śluzowa pochwy rozpułchniona, sklepienie lewe oraz zatoka Douglas'a wypukłone są ku dołowi przez guz napięty, elastyczny, wypełniający również jamę brzuszną. Wielkość guza odpowiada wielkości macicy w VIII-ym miesiącu ciąży. Guz ściśle przylegał do małego ruchomej szyi macicznej. Macica nieco powiększona, przodopochylona, odepchnięta była przez tenże guz ku stronie prawej miednicy. Zgłębnik wprowadzony do macicy, wykazał, że jama jej jest próżną.

Wobec niezbitych dowodów ciąży, za którą przemawiały z jednej strony wywiady, a z drugiej strony obecność guza, (płód zawierającego), rozpoznanie nasze brzmiało: „ciąża śródmiaższowa lewa“, lub też „jajowodowa lewa donoszona z płodem obumarłym“, lub też

„missed labour z zatrzymaniem płodu w jednym rogu macicy dwurożnej“.

W dniu 12 października r. 1897 kol. Neugebauer dokonał kociotomii, przyczem chorą ułożono w pozycji Trendelenburga. Po rozcięciu ścian brzusznych ukazał się guz, koloru ciemno-brunatnoczerwonego, wielkością i kształtem przypominający macię w ostatnim okresie ciąży. Guz sięgał aż do łuków żebrowych i rozchodził się na boki. O wydobyciu guza in toto mowy być nie mogło, gdyż ściany były cienkie i słabe, a w dodatku guz był w związku z organami, leżącymi w jamie miednicy. Cięcie, przez ścianę przednią guza przeprowadzone, natrafiło odrazu na łożysko. W jamie guza leżał płód obumarły, prawie donoszony, płci męskiej, kąpiąc się w nieznacznej ilości wód płodowych, zmętniałych wskutek domieszki części stałych (meconium, smegma, detryt skóry macerowanej etc.). Ściany worka nigdzie nie były uszkodzone, jakkolwiek cienkie i nadgniłe. Łożysko było stwardniałe, wskutek zmian wstecznych, spowodowanych ustaniem cyrkulacji od 6-ciu miesięcy i tak mocno przyrośnięte do powierzchni wewnętrznej ściany przedniej, wypukłonej, guza, iż nie można było go odkleić; z nacięcia łożyska ani kropla krwi się nie ukazała. Płód ważył 2,800 grm., długość jego wynosiła 55,5 ctm.

Worek płodowy (Fruchthalter) zajmował przymacieże lewe, zatokę Douglas'a i był ściśle zrośnięty z tylną powierzchnią macicy, z flexura sigmoidea i do pewnego stopnia z colon descendens. Zrostów tych nie można było rozrywać, również i eliminacja całego worka okazała się groźną wobec krwawienia, wywołanego separacją próbną zrostów. Macica przodopochylna, odepchnięta w prawo, powiększona. Lewy jajowód na przestrzeni 2 ctm. łączył macię z guzem i został w tem miejscu podwiązany, reszta jajowodu ginęła w powłoce guza; brzuszny zaś koniec jajowodu lewego, również i jajnik lewy zginęły w masie złogów zapalnych, otaczających worek płodowy, i były dla oka niewidzialne. Lewy wiąz obły (lig. rotundum) wychodzi z miejsca właściwego, t. j. między macią a guzem i silnie zgrubiał. Po stronie prawej jajowód, jajnik i lig. rotundum znajdują się w stanie normalnym.

Zrzekowawszy górne $\frac{2}{3}$ części legowiska płodu (Fruchthalter), dolny odcinek worka wszyto do rogu dolnego rany brzusznej. Oczyszczywszy następnie dno worka ze skrzepów, detrytu i innych nieczystości, pozostałych po wyjęciu płodu, worek wypełniono gazą wyjałowioną, a następnie, po dokonaniu toalety brzusznej, zaszyto ranę szwem węzełkowym jednopiętrowym jedwabnym. Chora szczęśliwie

przebyła operację i okres pooperacyjny i w dniu 24 listopada r. 1897 wypisała się ze szpitala.

Obliteracja jamy na drodze ropienia szybkim postępowała krokiem; traktowano ją jak ropień zwyczajny. Na miejscu wszytego worka pozostała jeszcze przetoka, wydzielająca ropę, z którą chora od czasu do czasu do szpitala przychodzi.

Nie ulega wątpliwości, że operacja dokonana w pewnym stopniu ułatwiła nam rozpoznanie opisanego przypadku chorobowego, lecz nie zaspokoila zupełnie naszej ciekawości, gdyż nie dała nam kategoriycznej dyagnozy. Dzięki operacji, możemy śmiało wykluczyć przedewszystkiem „ciążę brzuszna“ następczą, gdyż worek płodowy był zupełnie izolowany od organów brzusznych. Nieznaczne zrosty z kiszka grubą można było odseparować, lecz nie uczyniono tego z obawy krwawienia. Jedyny trwały i ścisły związek, w jakim worek się znajdował do macicy i więzu szerokiego, może mieć tylko jajowód w warunkach normalnych. Przypuszczalne istnienie „ciąży w rogu nierozwiniętym macicy dwurożnej“ upada z tej racji, że lewy więz obły, wychodząc z miejsca właściwego, przebiegał pomiędzy macicą a guzem. Z tejże samej przyczyny nie może być również mowy o „ciąży śródmiąszowej“, tembardziej, że koniec maciczny jajowodu widoczny był na przestrzeni 2 ctm. i został w tem miejscu podwiązany. Należy zatem przypuścić, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia bądź z „ciążą jajowodową lewą donoszoną“ bądź też „z ciążą śródwiązadłową lewą“. Jakkolwiek pod względem klinicznym obie postaci niezem się nie różnią od siebie, a z punktu widzenia teoretycznego rozpatrując obie te postaci patologiczne, przekonaliśmy się, jak nieznaczne jest przejście z jednej postaci patologicznej w drugą. Wątpliwość jednak naszą może rozstrzygnąć tylko mikroskop, który powinien nam dostarczyć danych histologicznych, dotyczących budowy ścian worka *).

Jak ważną rolę odgrywa badanie drobnowidzowe w celach dyagnostycznych, poucza nas przypadek Schuchhardt'a: „Ueber intra-ligamentöse Tubenschwangerschaft“ (Virchow's Archiv. Bd. 89, r.1882, p. 133). Chora, w wieku lat 41, rodziła 2 dzieci donoszonych; ostatni poród miał miejsce przed 16 laty. Przed jedenastu tygodniami zatrzymał się peryod. Potem chora dostała silnych bólów w brzuchu,

*) Kawalek worka wyciętego oddano do badania mikroskopowego p. Zielińskiej, lecz rezultat badania nie został mi dotychczas zakomunikowany.

uporeczywych wymiotów i parcia na mocz; jednocześnie zauważyła guz rozwijający się w lewej stronie brzucha, który przybierał coraz większe rozmiary i sięgał aż do mesogastrium. Prof. Fränkel w Wrocławiu rozpoznał ciążę zamaciczną, i wobec powiększających się bólów, silnego krwawienia i obawy pęknięcia worka, proponował chorej operację, na którą ani chora ani jej otoczenie się nie zgadzało, gdyż F. nie chciał dać gwarancji zejścia pomyślnego. Chora zmarła wskutek rozlanego zapalenia otrzewny. Autopsyi dokonał Schuchhardt, który powiada, że makroskopijne badanie preparatu wykazało, iż w danym przypadku chodziło o zwyczajną ciążę jajowodową lewą; pękniętą, tymczasem badanie drobnowidzowe ścian worka wykazało, że różne odcinki worka różnolitą posiadają budowę histologiczną i z różnych składają się warstw. A więc A) cięcie przeprowadzone przez górne odcinki worka płodowego wykazuje, że ściana worka składa się z następujących warstw:

- 1) otrzewna;
- 2) zgrubiała błona mięśniowa jajowodu;
- 3) warstwa, składająca się z wybroczyn krwawych z kosmkami kosmówki;

4) kosmówka i owodnia.

B) Dolna część worka składała się z następujących warstw:

- 1) Owodnia.
- 2) Łożysko.
- 3) Tkanka tłuszczowa (więzu szerokiego resp. tkanka łączna miednicy).
- 4) Otrzewna.



Załączony rysunek szematyczny dokładniej ilustruje budowę worka płodowego w górnej i dolnej częściach.

Obecność tkanki tłuszczowej w ścianie worka płodowego autor objaśnia w ten sposób, że rozwój jaja płodowego i formowanie się łożyska miało miejsce na dolnej ścianie jajowodu. Rosnący worek

plodowy na drodze ucisku spowodował zanik ściany jajowodu, opuścił się ku dołowi między listki lig. lati i niżej w tkankę łączną miednicy.

Na mocy powyższego przypadku, Schuchhardt zbudował teorię powstawania ciąży śródwładłowej, którą powyżej przytoczyłem. Pęknięcie jajowodu w dolnej części (nieprzykrytej otrzewną) i upadnięcie jaja płod. do tkanki luźnej śródwładłowej należy do rzadkości i jest wtedy tylko możliwe, gdy jajo jest jeszcze bardzo małe. Przytem z trudnością można sobie wyobrazić dalszy rozwój jaja, oderwanego od łożyska pierwotnego. Inaczej rzecz się przedstawia, mówi Schuchhardt, gdy rozwój jaja płodowego, a zwłaszcza łożyska, rozpoczyna się w miejscu jajowodu, wolnym od otrzewnej, i parcie worka płodowego stopniowo odbywa się w kierunku ku dołowi. Wtedy listki więzów szerokiego rozstępują się powoli i pozwalają rozrastającemu się workowi płodowemu zagłębiać się ku dołowi pod otrzewną (subperitoneal), przyczem worek płodowy pozostaje nadal w związku ze swoim łożem pierwotnym, jajowodem, i może się dalej rozwinąć. Od dalszego zachowania się jajowodu zależy los worka płodowego. Jeżeli jajowód, jak powiada Spiegelberg: „die zum Fruchtsacke gewordene Tube in dem Maasse, als ihre Höhle erweitert wurde, in ihren Wandungen an Masse zunimmt, in ähnlicher Weise, wie es bei gewöhnlicher Schwangerschaft mit der Uterinwand geschieht“ — wtedy cały jajowód bierze udział czynny w formowaniu worka płodowego, w przeciwnym razie górna ściana jajowodu się rozrasta, a dolna na drodze ucisku cienieje i zanika tak, iż łożysko bezpośrednio przylegać będzie do tkanki tłuszczowej śródwładłowej. W ostatnim przypadku pęknięcie ścieniałego worka płodowego następuje zazwyczaj w okresie wcześniejszym, jak tego dowiódł przypadek przez Schuchhardta opisany.

Okazuje się tedy, że los ciąży śródwładłowej zależny jest od zachowania się ścian jajowodu. Jeżeli wystąpi ich przerost, to jajo płodowe może zupełnie dojrzeć w takim worku płodowym, w przeciwnym razie, już w 3—5 miesiącu ciąży powstaje krwotok, który prowadzi do pęknięcia worka płodowego. Na mocy powyższego możemy stanowczo powiedzieć (nawet bez badania drobnovidzowego), że w opisanym przezemnie przypadku mieliśmy do czynienia z ciążą śródwładłową, z udziałem wszystkich warstw jajowodu w worku płodowym.

Analogiczny z moim znalazłem w Archiv. für Gynäcologie 1870 Bd. I. p. 406 przypadek, opisany przez Spiegelberga: „Eine ausgeprägte Tubenschwangerschaft“. 32-letnia mężatka, która przedtem

3 razy szczęśliwie rodziła, pod koniec 4-tej ciąży przysłaną została do kliniki z objawami eklampsji (14 kwietnia 1896). W moczu znaleziono białko i cylindry. Legowisko płodu normalne, płód w II-im położeniu czaszkowem, żywy. Z powodu braku bólów porodowych S. wstrzyknął sporysz pod skórę i wprowadził zgłębnik do macicy w celu wywołania bólów. W trakcie sondowania wypadł kawał doczesnej; wtedy S. się zorientował, że ma doczynienia z ciążą zamaciczną donoszoną. Chora wpadła w stan zapaści i, nie odzyskawszy więcej przytomności, zmarła. Autopsja dokonana przez S. wykazała, że była to ciąża jajowodowa prawa z płodem donoszonym, ważącym 3000 grm. Ściany worka płodowego prawie nieuszkodzone, wyjąwszy otwór mały, znajdujący się w górnym obwodzie, składały się z kilku warstw błon cienkich. Badania preparatu podjął się prof. Waldeyer, który wykazał, że oba listki lig. lati okalają worek płodowy i stykają się dopiero na górnej powierzchni worka. Przedni listek z łatwością daje w dolnej części odseparować, a w górnej można przylega do worka płodowego. Na preparacie w alkoholu stwardniałym, udało się przejść za pomocą cienkiego zgłębnika z wylotu macicznego prawego jajowodu do jamy worka (na świeżym preparacie manipulacja ta się nie udała), na zewnątrz błon płodowych. Wylot maciczny jajowodu prawego od strony worka płodowego ma formę lejkową, nierównomierną; długość lejka wynosi 1,5—2 cm.

Badanie mikroskopowe ścian worka wykazało obecność licznych gładkich włókien mięśniowych i liczne naczynia rozszerzone. In toto ściany worka składały się z dwóch warstw: grubej zewnętrznej łączno-tkankowej, zawierającej komórki mięśniowe, i drugiej wewnętrznej, znacznie cieńszej, zawierającej daleko więcej komórek.

Na zakończenie S. podaje objawy, na mocy których rozpoznał ciążę jajowodową (śródwieżadłową):

- 1) brak prawego jajowodu;
- 2) komunikacya pomiędzy jamą worka a jamą macicy. Lejkowata forma końca macicznego jajowodu, która mogła powstać tylko przez powolne rozszerzanie się jajowodu;

- 3) bogate uposażenie ścian worka we włókna mięśniowe gładkie, które pochodzą z rozmnożenia i powiększenia włókien mięsnych jajowodu.

- 4) zachowanie się prawego więzu szerokiego również stanowczo przemawia za ciążą jajowodową. Oba jego listki można było w dolnej części z łatwością oddzielić, a wyżej (na worku płodowym) były mocno ze ścianami worka zrosnięte. Worek odpowiadał jajowodowi, przebiegającemu w górnym brzegu więzu szerokiego.

W końcu niech mi wolno będzie złożyć serdeczne podziękowanie i Doktorowi F. Neugebauerowi za pozwolenie korzystania z materiału klinicznego.

II. PRZYCZYNEK

do rozpoznawania, oraz leczenia

ropnego zapalenia migdałka podniebiennego, oraz językowego,

ze szczególnem uwzględnieniem

ropnia okołomigdałkowego.

Napisał

Dr. Jan Sędziak

b. asystent przy oddziale chorób gardłanych i płucnych w szpitalu S-go Ducha w Warszawie.

(*Dokończenie*).

Analogiczne przypadki opisali Gaun ¹⁾, oraz Montagne ²⁾.

Wreszcie czasami sprawa zapalna ropna może się rozszerzać dając powód do rozległej płegmone, mediastinitis, pleuritis purulenta — z zejściem śmiertelnem przy objawach ropnicy (pyaemia). Przypadek tego rodzaju opisał Reid ³⁾.

Z mniej ważnych komplikacyj należy mi wspomnieć o porażeniu podniebienia miękkiego (płynny przez nos), zwykle krótko trwającym, o ropniu migdałka językowego (Butlin), oraz o bardzo rzadkiem zajęciu stawu obrączko-nalewkowego, jaki w jednym przypadku miałem sposobność ostatnimi czasy spostrzeżać.

Przypadek dotyczył 40-letniego księdza, który podczas podróży do Petersburga uległ silnemu przeziębieniu (było to podczas ostatnie-

¹⁾ „Rupture of tonsillar abscess into larynx causing suffocation“ — Lancet 1893 — 24 VII.

²⁾ Cytowany w dziele Mackenziego (l. c.).

³⁾ „Suppurative tonsillitis with passage of pus into the mediastinum and pleura. Death“. Med. and surg. Rep. Phil. 1888 — 29 VIII.

go wylewu Newy). Dreszcze, gorączka, bóle przy łykaniu, rozchodzące się w kierunku lewego ucha, wreszcie nieznaczny szczękocisk.

Przy badaniu znalazłem: prawa połowa gardzieli zupełnie zdrowa, natomiast z lewej strony obrzęk silny (galaretowaty) języczka i łuku tylnego — ten ostatni mocno przytem zaczerwieniony. Sam migdałek lewy mało zmieniony (nieco tylko zaczerwieniony). Krtani zdrowa. Gruczoł podszczękowy lewy nieco obrzmiały i na dotyk bolesny. Z początku zaleciłem energiczne leczenie przeciwzapalne — a więc lód do łykania — zewnętrznie wyjodynowanie, kokaina do płukania (1 : 1,000), oraz do spreju (1 : 100). Ulgi żadnej, a nawet pogorszenie zarówno w stanie subiektywnym, jakoteż obiektywnym. Wieczorami ciepłota podnosi się do 38⁰—38,5⁰ C.— rano stan bezgorączkowy.

Rozpoznanie — abscessus peritonsillaris post. Zaleciłem kataplazmy z siemienia lnianego na zewnątrz, płukanie z bromku sodu (e 3jj—† I). W dniu następnym przy bardzo silnych bólach, uniemożliwiających literalnie przyjmowanie pokarmów, zarówno stałych, jakoteż i płynnych — pomimo braku objawów zebrania się ropy zrobiłem przecięcie w okolicy tylnego łuku, poczem wypłynęło tylko nieco krwi. Ulga dość znaczna — niestety chwilowa. Bóle nie do wytrzymania. W dalszym ciągu kataplazmy. Wieczorem pęknięcie ropnia spontaneo modo, przyczem ze krwią wydzielila się bardzo mała ilość ropy. Ulga kolosalna: chory łyka i mówi prawie swobodnie. Gorączki niema wcale.

Na drugi dzień rano stan ogólny i miejscowy w gardle prawie nie do życzenia nie przedstawia, natomiast ku mojemu wielkiemu zdziwieniu, badanie lusterkiem krtaniowem wykazuje pewien objaw w zupełnie dotąd zdrowej krtani—objaw, który, przyznaję się, nieco mnie zatrwożył—a mianowicie *zmniejszona ruchomość lewego* (a więc po tej samej stronie, co i ropień okołomigdałkowy) *stawu obrączko-nalewkowego, oraz dość znaczny obrzęk tej okolicy*. Głos mało zmieniony— ucisk na przednią część szyi w okolicy lewej połowy krtani nieco bolesny. Rozpytując się chorego o pewne szczegóły z anamnezy, dowiedziałem się, że już podczas swojego pobytu w Petersburgu, a więc mniej więcej przed tygodniem, miał bóle w dolnej lewej kończynie (darcie) bez ścisłego jednak umiejscowienia w stawach. Przypuszczając jakies reumatyczne pochodzenie sprawy krtaniowej, na zasadzie objawów istniejącego gościa mięśniowego — zaleciłem salicylan sodu do wewnątrz w dawkach 10 granowych 3 razy dziennie— poczem zajęcie stawu obrączko-nalewkowego w krtani szybko (w ciągu paru dni) ustąpiło w zupełności.

Być więc bardzo może, że cała sprawa zarówno w gardzieli (niezupełnie typowo przebiegająca dla ropnia okołomigdałkowego), jakoteż i w krtani była pochodzenia reumatycznego. O możliwości tego rodzaju zajęcia krtani wspominałem już w innym miejscu, przytaczając z własnej praktyki odnośny przypadek ¹⁾.

Leczenie. Co się tyczy zapobiegawczego leczenia, to takowe polega przedewszystkiem na usuwaniu zepsutych zębów (caries), leczeniu tonsillitidis caseosae, wreszcie usuwaniu (wycięcie, lub przypalenie galwanokaustyczne) przerosłych migdałków podniebiennych, które, jak to już wspominałem w wielu moich przypadkach, były przyczyną miejscową częstych ropni okołomigdałkowych. W początkach należy próbować, czy się nam nie uda niedopuszczyć do ropienia. W tym celu Liegeois ²⁾ stosuje pędzlowanie chlorkiem cynku (1 : 20 gliceryny), oraz salol do wewnątrz; inni zalecają wstrzykiwanie śródmiaższowe 3^o/_o kwasu karbolowego.

Mojem zdaniem wszelkie pędzlowania — po większej części przez lekarzy ogólnych, a zwłaszcza felczerów w tych razach „larga manu“ stosowane w początkowych okresach tego cierpienia, szkodzą jedynie chorym. Jeżeli już co może zdziałać resp. nie dopuścić do ropienia, to tylko lód wewnętrznie i zewnątrz stosowany, pijawki, pryszczydła, lub jodowanie, dalej płukanie lub rozpylanie na zimno kokainy (1 : 1000—1 : 100). A może do pewnego stopnia — przynajmniej w moich przypadkach — nieźle tu działa salicylan sodu do wewnątrz przyjmowany.

Po większej jednak części i to leczenie nie prowadzi do celu i należy jak najspieszniej przejść do użycia ciepła (to ostatnie Jurasz zaleca od samego początku), bądź pod postacią rozgrzewających kompresów, bądź jeszcze lepiej kataplazmów z siemienia lnianego, płukanką ciepłą najlepiej rozczynem 5^o/_o salolu (alkoholowy — z czego łyżeczkę na szklanekę wody) — wreszcie ciepłym rumiankiem z dodatkiem kwasu borowego (łyżeczkę na szklanekę). Skoro tylko ropa na tyle się zbierze, że daje objawy chełbotania (fluktuacya), o czem jak to już wspominałem najlepiej za pomocą palca przekonać się można, wtedy nie należy zwlekać, lecz jaknajprędzej przystąpić do operacyi przecięcia ropnia, nie należy bowiem pozwalać na samoistne wydo-

¹⁾ „Zapalenie stawów obrączko-nalewkowych pochodzenia reumatycznego“. Gaz. Lek. Nr. 2 — 1896.

²⁾ „An abortiv treatment of quinsy“. N. Y. med. Jour. 1894 — 3 III.

bycie się ropy, gdyż jak to już wspomniałem — może to czasem grozić życiu chorego. Niestety nie zawsze dokonać sztucznego otwarcia ropnia jesteśmy w stanie, bądź wskutek niezgodzenie się chorych na ten — zresztą mało bolesny rękoczyn — bądź, że nam nie udaje się dojść do ogniska ropnego.

Jak w ogóle zapatrywać się na wczesne nacięcia ropnia okołomigdałkowego? Niektórzy autorowie, jak Schmidt, a u nas Rydygier ¹⁾, zalecają owe powierzchowne nacięcia w początkowych okresach tego cierpienia, po których chorzy doznają zwykle większej lub mniejszej ulgi. Jest to prawda, lecz przynajmniej w moich przypadkach — ulga ta była po większej części przemijająca, poczem objawy miejscowe (obrzemie, bóle) o wiele się wzmagaly. Nie ulega jednak wątpliwości, że po takich nacięciach skracał się o wiele sam przebieg tego ciężkiego cierpienia, o czym należy chorych uprzedzić.

W ogóle na 235 przypadków ropni okołomigdałkowych wykonałem 184 razy przecięcie, w pozostałych 51 przypadkach, albo sam ropień pękł, lub w rzadkich niezmiernie przypadkach się rozszedł. Jak dokonać należy przecięcia? Przedewszystkiem wspomnę tu tylko „en passant“, że Schmith ²⁾ radzi przedtem wypłukać gardło gorącym roczynem bromku potasu, co jednak, zarówno, jak i kokainowanie uprzednie jest zgoła zbyteczne.

Lemaistre ³⁾, wychodząc z tej zasady, że wskutek anatomicznej budowy ropa gromadzi się w obfitej tkance łącznej — powyżej migdała, między nim, a łukiem przednim, przyczem pomiędzy włóknami tego ostatniego tworzy się wypukłość — zwykle odpowiadająca punktowi na $\frac{1}{2}$ ctm. od wewnętrznego brzegu tegoż łuku — radzi w tym to punkcie wykonywać przecięcie ropnia.

Zwykle wypada to po środku linii, przeprowadzonej od języzka do korony ostatniego górnego zęba trzonowego (mądrości) równolegle do łuku przedniego. W tym to kierunku — koniecznie strzałkowym należy prowadzić cięcie, przyczem głęboko bez obawy na 1—2 ctm. (Chiari).

Według Schmidta na odległości 1 ctm. na zewnątrz od łuku przedniego przy przecięciu unikamy zranienia większego naczynia — mianowicie gałązki art. pharyngeae asc., w łuku przednim przebie-

1) „Podręcznik chirurgii szczegółowej“. 1886 p. 257.

2) „How to scarify or open an abscess of the tonsil“. J. C. f. Lur. B. VIII. p. 434.

3) „Phlegmon periamygdalien“. Sem. med. 1890 — 20 VIII.

gającej, gdyż o skaleczeniu art. carotis int. i mowy być nie może, choć nie należy zapominać, że niekiedy u dorosłych, jak to wykazał Chassaignac ¹⁾ tętnica ta w okolicy migdałków przedstawia łuk wypukłością skierowany ku tym ostatnim.

Nieco ostrożniejszym należy być przy ropniach okołomigdałkowych tylnych, gdzie możnaby zranić dość grubą czasami tętnicę na tylnej ściance gardzieli (Schmidt).

W ostatnich czasach Killian ²⁾ podał nowy sposób operowania ropni okołomigdałkowych. Wychodząc mianowicie z tego założenia, że zwykle przy tem cierpieniu zajęta jest fossa supratonsillaris, gdzie też i przeważnie gromadzi się ropa, wprowadza on (po uprzednim zakokainowaniu) do tej okolicy gruby — sztywny zgłębnik i, przesuwając go ku zewnątrz i górze, szuka ogniska ropnego. Znalazłszy go, przyczem z łatwością w tem miejscu rozrywa się luźna („morsche“) tkanka, rozszerza następnie otwór kleszczami, poczem w dniu następnym jeszcze raz powtarza tę procedurę.

Tylko w późniejszych okresach można używać tego sposobu.

Grünwald ³⁾ również chwali powyższy sposób.

Schmidt używa wąskiego nożyka (Nadelmesser; Weber'a używany do przewodu łzowego). Rydygier zaleca obosieczny nóż, ja używam najchętniej nożyka wąskiego Hartmann'a, używanego do ropni w przewodzie usznym zewnętrznym.

Zresztą jest to rzecz podrzędna. Ważną jest natomiast rzeczą, by nóż był ostry, inaczej będzie to rękoczyn bolesny. Należy też pamiętać, ażeby cięcie było szeroko przeprowadzone, dobrze jest przytem — jak ja to np. czynię, wyjmując nóż, okręcić go około osi — w ten bowiem sposób rozszerzamy sztuczny otwór, co jest ważnem, gdyż po większej części niedopuszcza do ponownego zebrania się ropy.

Jakie powinno być postępowanie pooperacyjne?

Niektórzy autorowie nie zadowolniają się samem przecięciem i rozszerzają zarówno bezpośrednio po operacji, jakoteż jeszcze w dniu następnym otwór po operacji powstały. W tym celu Killian np. używa kleszczyków, inni — przeważnie chirurdzy bezpośrednio

1) Cytowany u Mackenzi'ego.

2) loco citato.

3) „Zur Behandlung der angina phlegmonosa s. peritonsillitis abscedens“. Münch. med. Woch. 1896 — 38.

dnio po operacji wkładają do jamy ropnia gazę jodoformową ¹⁾, Bresgen ²⁾ w tym celu stosuje watę, nasyconą rozczyntem aniliny; procedurę tą przez parę dni powtarza codziennie.

Wszystkie sposoby, mające na celu niedopuszczenie do zbyt prędkiego zasklepienia się rany pooperacyjnej resp. wytworzenia się ponownie ropnia — są zdaniem mojem zbyt szkodliwe. Jeżeli przy nacięciu głębokiem, oraz dostatecznie szerokiem damy ujście ropie, to w większości przypadków samo to już wystarcza — chorzy czują się zupełnie dobrze — sprawa niekiedy już w kilka godzin, lub najwyżej na drugi dzień ustępuje bezpowrotnie. Zwykle ciepłe antyseptyczne płukania (salol etc.) najzupełniej tu wystarczają — czasami tylko bezpośrednio po operacji zalecam parę kataplazm. Taki był przebieg w większości moich przypadków. Wyjątek, jak to już wspomniałem, stanowią przypadki, w których po przecięciu mało, lub wcale nie było ropy. Wtedy często po stosowanych kataplazmach — ropień sam pęka, lub zmuszeni jesteśmy jeszcze raz go przeciąć.

Dość zbliżonem do powyższego cierpienia ze względu na objawy jest zapalenie ropne aglomeratu gruczołów na nasadzie języka, noszących zwykle nazwę migdałka językowego lub czwartego (tonsillitis lingualis abscedens s. tonsillitis praepiglottica phlegmonosa, jak nazywa Seifert ³⁾ to cierpienie).

Nie jest to znowu tak rzadkie cierpienie, jak to do niedawna jeszcze utrzymywano (Butlin ⁴⁾. Ten ostatni autor twierdzi, że nie jest to samodzielne cierpienie, lecz odmiana zapalenia migdałów podniebiennych — zwłaszcza ropnego, przy którym sprawa zapalna rozszerza się per continuitatem na nasadę języka, z czem ją jednak na podstawie własnego doświadczenia zgodzić się nie mogę. Co się mnie tyczy, to stosunkowo dość często miałem sposobność spostrzegać samodzielne ropne zajęcie migdałka językowego (9 przypadków). Rzecz dziwna, że tak wielki praktyk — jakim jest Serfert w wyczerpującej monografii o cierpieniach tego migdałka — podaje tylko jeden

¹⁾ Krankheits und Behandlungslehre der Nasen, Mund und Rachenhöle etc. 1891 — p. 253.

²⁾ Obecność tej ostatniej w ranie jest dla chorych wysoce nieprzyjemną.

³⁾ „Die Pathologie der Zungentonsille“ I. B. p. 48.

⁴⁾ Die Krankheiten der Zunge“ 1887 (uebersetzt von Bergegsaszy).

odnośny przypadek. Potwierdzać to się zdaje fakt, o jakim wspominałem z okazji ropnia okołomigdałkowego, że sprawy tego rodzaju specjalnie w naszym tylko klimacie są częstemi.

Wspominają o nich Wróblewski ¹⁾, oraz Sokołowski ²⁾.

Sądę, że cierpienie to w wielu razach zostaje nierozpoznanem, gdyż wymaga użycia lusterka krtaniowego.

Co się tyczy *etiologii*, to nie różni się ona od tej, którąśmy podali przy ropniu okołomigdałkowym. I tu sprawa ropna może być następstwem poprzednio przebytego follikularnego zapalenia (w jednym z moich przypadków), lub obrażenia wskutek uwieżgnięcia ciała obcego (przypadek Herynga i Jawdyńskiego ³⁾, działania żrących substancji (przypadek Fleischmann'a ⁴⁾. Wreszcie wtórnie przy zapaleniu migdałków podniebiennych (Butlin, Schech ⁵⁾, Greene ⁶⁾ spostrzegł 2 przypadki tego cierpienia w przebiegu gruźlicy płuc.

I tu wreszcie prawdopodobnie też same staphylococci i streptococci grają bezpośrednią rolę przy powstawaniu ropienia, jak i przy ropniach okołomigdałkowych, choć brak nam dotąd odpowiednich badań bakteriologicznych.

Objawy. Początek cierpienia ostry — gorączka zwykle dość znaczna (w jednym przypadku Gurovitsch'a ⁷⁾ do 40° C.).

Bóle przy łykaniu niezwykle silne. Badanie — zwłaszcza dotykanie nasady języka łopatką sprawia chorym dotkliwy ból, co jest bardzo charakterystycznym dlatego cierpienia. Mowa natomiast, jakkolwiek niewyraźna — niema tego charakteru znamiennego, o jakim wspominałem przy ropniu okołomigdałkowym. *Salivatio profusa* — język obłożony — *Foetor ex ore*. Zewnętrznie ból przy ucisku na okolicę kości gnykowej (os hyoideum). Gruczoły chłonne na szyi — zwłaszcza zaś podszczękowe — obrzmiałe i bolesne.

¹⁾ „Przyczynę do patologii i terapii migdałka językowego“. *Gaz. lek.* 1892 — p. 277.

²⁾ loco citato.

³⁾ „Przypadek uwieżgnięcia kości u nasady języka ze zranieniem i następczem zapaleniem trzonu 4-go kręgu: Pharyngotomia subhyoidea. Wyzdrowienie“. *Gaz. lek.* 1890 N. 18.

⁴⁾ „Report of cases of tuberculosis of the tongue. Abscess of the tongue — und foreign body in the tongue“. *J. C. f. Lar. B.* VII, p. 61.

⁵⁾ l. c. ⁶⁾ cytowany u Seiferta (l. c.). ⁷⁾ *Berl. Klin. Woch.* — 1892. Nr. 44.

Szczękościsku zazwyczaj niema, czem również różni się ta sprawa od pokrewnego ropienia w migdałku podniebiennym, lub otaczającej go tkance łącznej.

Objektywnie — przy badaniu lusterkiem krtaniowem znajdujemy nasadę języka, — a więc przestrzeń ku tyłowi od papillae circumvallatae położoną — między temi ostatniemi — a nagłośnią mniej, lub więcej obrzękniętą, oraz zaczerwienioną — częściej bywa to wyrażone przeważnie z jednej strony. W normalnych warunkach znajdujące się w tej okolicy t. j. między lig. glossoepiglotticum medium et lateralia jamki (valleculae) — są w tych razach po większej części mniej, lub więcej wypełnione masą gruczołową, gdyż i tu, podobnie jak i przy ropniu okołomigdałkowym zwykle sprawa ropna rozwijała się w moich przypadkach na tle przewlekłego przerostu.

Często stosunkowo widywałem jednocześnie, niekiedy nawet bardzo znaczny obrzęk nagłośni, co jest łatwem do zrozumienia ze względu na bliskie sąsiedztwo tego narządu, przyczem wówczas i oddech może być do pewnego stopnia utrudniony. W ogóle badanie języka — zwłaszcza jego wyciąganie (niezbędne dla badania lusterkiem) sprawia chorym dokuczliwy ból. W dalszym przebiegu, gdy dochodzi do ropienia — co prawie zawsze ma miejsce (we wszystkich moich przypadkach), — zwykle jedna połowa podstawy języka więcej się wypukla — jest przytem na dotyk (zgiębnikiem lub palcem) szczególnie bolesną. Zwykle też miejsce to wykazuje chęłbotanie.

Przebieg ropnia migdałka językowego jest wogóle cięższy, niż analogicznie sprawy na migdałkach podniebiennych. Ogólne objawy (gorączka, osłabienie, apatia), więcej wyrażone — sprawa sama trwa dłużej (około 2 tygodni) — wyjątkowo tylko się kończy (Gurowitsch), zwykle dochodzi do ropienia, przyczem bóle są po prostu nie do wytrzymania. I tu możliwe krwawienie — czasami nawet znaczne, oraz objawy zaduszania, wymagające dokonania tracheotomii (przypadki Charles'a ¹⁾ oraz Michael'a ²⁾). Wreszcie Seifert wspomina o możliwości przejścia w ropień przewlekły.

Rozpoznanie dzięki lusterku krtaniowemu nie przedstawia trudności — bez niego natomiast prawie niemożliwe. Wprawdzie zapomocą

¹⁾ Oedematous laryngitis: tracheotomy; glossitis terminating in abscess; severe haemorrhage from tongue; recovery". Brit. med. four. 1886—6 XI.

²⁾ Die Krankheiten der Zungentonsille — w Heymann's Handbuch für Laryng. B. II. 7. p. 619.

palca można przekonać się również do pewnego stopnia o istnieniu ropnia migdałka językowego, lecz tylko w późniejszych okresach. Zgłębnik w tych razach mniej jest pomocnym — o wiele dokładniej wyczujemy palcem ehełbotanie.

Leczenie. Profilaktyka ma za zadanie niedopuszczyć do tworzenia się częstych ropni, co również i tu, choć nie w takim stopniu, jak w ropniu okołomigdałkowym — ma miejsce. W tym celu należy usuwać na drodze operacyjnej (najlepiej galwanokaustycznie) przerost migdałka językowego — niewątpliwie usposabiającego do tych cierpień. Z początku należy zastosować energiczne leczenie przeciwpalne: lód do łykania (resp. lody), pijawki, pryszczydła lub jodynowanie szyi. Spray z kokainy, płukanie bromem, wreszcie salicylan sodu do wewnątrz. Po większej części jednak nie prowadzi to do celu i należy szybko przejść do przyśpieszenia ropienia, co za pomocą kompresów rozgrzewających, lub kataplazmów na szyję, oraz wzięcia z balsamu peruwiańskiego (ze spirytusem) dokonać się daje. Skoro tylko wyczujemy ehełbotanie — nie należy zwlekać i ropień otworzyć. Odpowiednio zakrzywiony nóż zaleca w tym celu Schmidt¹⁾. Po usunięciu ropy i tu odrazu, jak przy ropniu okołomigdałkowym ustępują wszystkie, wysoce dotąd niepokojące chorego objawy. Zdrowienie szybko postępuje. Względnie dość często następuje pęknięcie samoistne ropnia (5 razy w moich przypadkach). I tu zwykle następuje w ciągu paru dni antyseptyczne płukania (salol etc.) w zupełności wystarczają.

Ani razu nie byłem zmuszony poraz drugi dokonać przecięcia ropnia, jak to przy ropniach okołomigdałkowych względnie dość często miewa miejsce.

Ze względu na stosunkową rzadkość ropnia migdałka językowego — pozwałam sobie w streszczeniu podać spostrzegane i leczone przezemnie przypadki:

Przypadek 1-szy. F. lat 32, ekonom — zasięgał mojej porady w lecznicy w dniu 30 czerwca r. 1890, skarżąc się na ból przy łykaniu — bardzo silny, uniemożliwiający absolutnie przyjmowanie pokarmów płynnych nawet, bardzo silne osłabienie. Choroba trwała około tygodnia — z początku była gorączka, dreszcze. Od paru godzin czuje się jakoś lepiej. Badanie lusterkiem krtaniowym wykazało na podstawie języka — głównie z lewej strony mocne obrzmienie i czerwoność, przytem z jednego najwięcej wypukłonego — żółtawo zabar-

¹⁾ loco citato.

wionego punktu sączy się nieco ropy. Nagłośnia zaczerwieniona — nieco obrzmiała. Otwór rozszerzyłem nożem — ropę wycisnąłem — poczem zaleciłem kwas borny do płukania. Na drugi dzień zdrów, łyka swobodnie, mowa wyraźna. Umiarkowany przerost migdałka językowego, zwłaszcza lewej jego połowy.

Przypadek 2-gi. J. 36 lat — rządea, wezwał mnie w dniu 20-go listopada r. 1891. Skarży się na silny ból przy łykaniu, trwający od kilku dni, dreszcze, gorączka, osłabienie.

Ciepłota wieczorem 38,5⁰ C. Gruczoły szyjowa powiększone i bolesne. Szczękościsk, mowa zmieniona. Zaczerwienienie i obrzmienie łuku przedniego podniebiennego prawego, oraz prawej połowy migdałka językowego. Zaleciłem salicylan sodu do wewnątrz — spray z kokainy (1%), kataplazmy na prawą połowę szyi.

Na 2-gi dzień nieco lepiej, mowa nieco wyraźniejsza, szczękościsk bardzo mały — bóle idące do ucha prawego mniejsze. Zaczerwienienie i obrzmienie łuku prawego o wiele mniejsze. Stan zapalny migdałka językowego bez zmiany. Na 3-ci dzień znowu bóle przy łykaniu bardzo silne, obrzęk migdałka językowego, zwłaszcza po stronie prawej bardzo znaczny. Ciepłota znowu się podniosła z 37,8 na 38,4⁰ C.

Zalecono wziewanie balsamu peruwiańskiego. W dniu następnym przy zwiększających się w swoim natężeniu objawach zarówno ogólnych, jakoteż miejscowych — stwierdziwszy za pomocą palca obecność ropy w prawej połowie migdałka językowego — taką wypuściłem. Poczem zaraz ulga znaczna. W parę dni zdrów. Przerost migdałka językowego dość znaczny.

Przypadek 3-ci. O. lat 44 czeladnik stolarski — przybył do lecznicy w dniu 12 stycznia 1893, skarżąc się na ból gardła, przeważnie ze strony prawej — utrudnione łykanie, osłabienie, brak apetytu, dreszcze, ból głowy. Choroba trwa od kilku dni.

Przy badaniu znaleziono: status subfebrilis, język mocno obłożony, bolesny przy wyciąganiu. W gardzieli zmian niema. Przy badaniu lusterkiem widać silne zaczerwienienie i opuchnięcie nasady języka, zwłaszcza po prawej stronie. Cała vallecula dextra wypełniona guzem czerwonym. Chełbotania niema, krtań bez zmiany. Zalecono — wyjodynowanie szyi po stronie prawej, zimne pokarmy i napoje — środek czyszczący, płukanie kwasem bornym. Nazajutrz stan gorszy, zarówno subiektywny, jakoteż obiektywny. Zalecono: kataplazmy na szyję. Bóle przy łykaniu coraz większe. 3-go dnia — przy badaniu palcem poczułem chełbotanie. Incisio, przyczem wypłynęła dość znaczna ilość ropy gęstej. Ulga natychmiastowa. W parę dni zdrów.

Przypadek 4-ty. R. lat 46 rolnik, przybył do lecznicy w dniu 13 lipca 1894, skarżąc się na dreszcze, osłabienie, oraz bóle gardła, — zwłaszcza przy łykaniu.

Stan ten ma już trwać od 2 tygodni. Badanie wykazało: stan gorączkowy (około 38,5^o C.), gruczoły podszczękowe obrzmiałe i bolesne, język obłożony — również bolesny, zwłaszcza ucisk na tylną jego część. W gardzieli zmian niema. Obie jamki językowo-nagłośniowe (valleculae) wypełnione czerwonym guzami — zwłaszcza po stronie prawej. Nagłośnia, do której guzy te przylegają, również mocno obrzmiała i zaczerwieniona. Zaleciłem duże przyszydło na szyję w okolicy kości gnykowej, lód do łykania, mentol do płukania, oraz spray z kokainy. Na drugi dzień obrzęk nagłośni znacznie mniejszy — bóle nieco mniejsze, stan zapalny migdałka językowego jednak bez zmiany. W dalszym ciągu bóle znowu większe — obrzęk zwłaszcza prawej połowy migdałka językowego większy. Zaleciłem kataplazmy na szyję z prawej strony, oraz płukanie ciepłym salolem. W dniu następnym podczas badania palcem — ropień pękł — przyczem wylało się bardzo dużo ropy.

Wielka ulga. Na drugi dzień dobrze — łyka i mówi swobodnie. Przerost znaczny całego migdałka językowego.

Przypadek 5-ty. B. lat 47 szewc — zasięgał mojej porady w dniu 26 października 1894 z powodu bólu gardła, trwającego od dni kilku. Stan lekko gorączkowy — gruczoły szyjowe obrzmiałe.

Migdał językowy mocno obrzmiał i czerwony. Obrzęk nagłośni. Z początku leczenie przeciwzapalne, następnie przyspieszanie ropienia. Incisio. Wyzdrowienie.

Przypadek 6-ty. J. lat 60 szczerotkarz — przybył do lecznicy w dniu 13 kwietnia 1895. Od kilku dni ból gardła — febris.

Tonsillitis lingualis abscedens. Wypuszczenie ropy. Wyzdrowienie w ciągu paru dni.

Przypadek 7-my. W. lat 58 kupiec — zasięgał mojej porady w dniu 5 października 1896. Od paru dni ból gardła, osłabienie, gorączka. Przy badaniu znaleziono: ciepłota podniesiona (do 39^o C.), gruczoły szyjowe obrzmiałe i bolesne. Tonsillitis lacunaris (follicularis) acuta na migdałkach podniebiennych, oraz migdałku językowym. Zalecono: purgans, salipyrinę do wewnątrz (po gr. X), salol do płukania. Po 2 dniach dobrze — gorączka, oraz ból przy łykaniu ustąpiły. Sprawa nalotowa (czopki) w kryptach znikła. 3-go dnia przy nieznacznym podniesieniu ciepłoty (38^o C.) znowu wystąpiły silne bóle przy łykaniu. Lusterko krtaniowe wykazuje obrzęk i zaczerwienienie okolicy migdałka językowego. Kompres rozgrzewający na szy-

ję. Z prawej strony przy badaniu palcem wyczuwa się ropa. Przygotowanie do operacji — chorey domaga się uprzednio kokainy. Podczas pedzlowania tym ostatnim środkiem nastąpiło pęknięcie ropnia. Rozszerzenie otworu. Wyciśnięcie ropy. Ulga kolosalna. W parę dni zupełnie zdrow. Przerost znaczny migdałka językowego.

Przypadek 8-my. S. lat 40. Urzędnik — radził się w dniu 21 września 1896 na ból gardła trwający od tygodnia.

Tonsillitis lingualis acuta — kataplazmy. Salol do płukania. W nocy ropień sam pękł. W parę dni zdrow zupełnie.

Przypadek 9-ty. P. lat 18. Nauczyciel przybył do lecznicy w dniu 27 listopada 1897, skarżąc się na bardzo dokuczliwy ból gardła — trwający od kilku dni. Przy badaniu znaleziono: status afebrilis (wieczorami jakoby według słów chorego miał gorączkę). Gruczoły chłonne na szyi obrzęknięte i bolesne. Migdałki podniebienne i ich otoczenie — zmian nie przedstawiają — natomiast migdałek językowy przy badaniu lusterkiem krtaniowem przedstawia się mocno zaczerwienionym, oraz obrzękniętym — zwłaszcza jego prawa połowa. Zalecono kompres rozgrzewający na szyję — menthol do płukania.

Na drugi dzień przy naciśnięciu łopatką nasady języka przy badaniu ropień pękł, poezem ustąpiły wszystkie objawy (bóle etc.).

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologia, Medycyna wewnętrzna.

77. H. Rieder. **Działanie promieni Roentgena na bakterye.** — (Wirkung der Röntgenstrahlen auf Bacterien). (Münch. Med. Woch. Nr. 4. 1898).

Do doświadczeń swych autor używał aparatu, dającego iskry długości 30 ctm. Ilość przerywań na minutę wynosiła 300; odległość pomiędzy antykataodą i poddawaną wpływowi promieni hodowlą równała się 10 ctm.

Doświadczenia robiono w ten sposób, że najsamprzód zdejmowano szklaną pokrywę zakażonej płytki Petri'ego (gdyż szkło w wysokim stopniu pochłania promienie R.) natomiast hodowlę taką przykrywano listkiem cynfolii z wyciętym środkiem i wówczas poddawano wpływowi promieni w ciągu 1—2 godzin. W ten sposób można było porównywać zachowanie się części hodowli oświetlonej przez promienie R., zarówno jak i nieoświetlonej.

Doświadczenia autora dotyczą się wpływu promieni R. na 1) rozwój bakterii, świeżo na odżywki zasianych i 2) na hodowlę już rozwinięte.

ad) I. Płytkę agarową z przecinkiem cholery poddano wpływowi promieni przez 45 min., poczem włożono do termostatu; druga, taką samą płytkę, jako kontrolującą, zostawiono nieoświetloną. W płycce 1-ej rozwinęło się znacznie mniej kolonij, niż w płycce 2-ej.

Następnie to samo doświadczenie było zrobione w ten sposób, że płytkę zakażoną poddawano wpływom promieni R.; po przykryciu jej cynfolią o wyciętym w środku kwadracie (9 cm. kw.). Okazało się, że w miejscu hodowli, odpowiadającym temu kwadratowi wyciętemu, nie rozwinęły się wcale kolonie, podczas gdy ilość tych ostatnich po za granicami kwadratu była nader liczną.

Doświadczenie analogiczne z *bacterium coli* dało te same prawie rezultaty (ilość kolonii w kwadracie oświetlonym znacznie mniejsze, aż poza nim).

To samo okazało się i przy badaniu zachowania się *gronkowca złocistego* względem promieni R. Co do *pałczorkowca* wynik wypadł mniej pomyślnie, gdyż w kwadracie nieoświetlonym kolonie jakkolwiek się rozwinęły, jednak daleko nie w tak znacznej ilości, jak po za granicami wpływu promieni R.

Nareszcie rozwój hodowli laseczników *dyfterytu*, *tyfusu* i *wąglika* (anthrax) był również wstrzymanym przez wpływ promieni R.

Druga kategoria doświadczeń autora polega na zbadaniu wpływu tychże promieni na już rozwiniętą hodowlę.

ad) II. Pod tym względem zbadane były *przecinki cholery*, *laseczniki tyfusowe*, *bact-coli* i *laseczniki gruźlicy*.

Przeszczepienie na odżywkę świeże drobnoustrojów powyższych, po uprzednim poddaniu rozwiniętych ich hodowli wpływowi promieni R. wykazało, że ostatnie nie zabijają bakterii, jakkolwiek ich rozwój nieco wstrzymują.

Wpływ powyższy promieni R. na rozwój i żywotność bakterii autor przyznaje tylko właściwościom swoistym tych promieni, odrzucając zarówno ich wpływ termiczny, jak i chemiczny.

Zaznaczając wyraźny wpływ promieni R., wstrzymujący rozwój bakterii, autor sądzi, że właściwość ta ich (którą obiecuje stwierdzić doświadczalnie i klinicznie), razem ze znanymi dotąd środkami samobrony organizmu, może mieć i praktyczne zastosowanie.

Dodać należy, że autorowie, którzy dotąd pracowali nad rozwiązaniem tej samej, doszli albo do rezultatów ujemnych, albo do zgoła żadnych.

A. Zajączkowski.

78. W. Steckel. **Współczesna patologia i terapia migreny.** (Die moderne Pathologie und Therapie der Migräne. Wien. med. Woch. Nr. 46—48. 1897).

W praktyce zwykle z migreną i bólami głowy w ogóle postępuje się bardzo szematycznie i mimo ciągle wzrastającej liczby pre-

paratów, przedstawiających dalszy ciąg i waryacje antipiryny, sprawa patogenezы i leczenia tych cierpień nie posuwa się naprzód.

Kiedy jedni (Eulenburg) ostrzegają przed stosowaniem zbyt licznych zabiegów, inni (Möbius) uważają migrenę wprost za nieuleczalną. Przyczyna tego cierpienia może być rozmaita i wiadome są przypadki korzystnego wpływu na nie przez usuwanie powodujących napady migreny spraw patologicznych ze strony zębów, nosa, oczu, a przeważnie kiszek.

Dzisiaj głównie mamy z dwoma poglądami na migrenę do czynienia: kiedy Charcot, Bouchart, Trousseau widzą ścisły jej związek z dyatezą artrytyczną, Moebius i Oppenheim zaprzeczają temu. Autor skłania się w stronę szkoły francuzkiej, uważając przeważnie przypadki migreny za skutki samozatrucia. Za podstawę dla tego zapatrywania mogą służyć: 1) Końcowe wymioty lub obfite rzadkie stolce; 2) zwiększone często wydzielanie potu, moczu i żółci; 3) związek z zaburzeniami w miesiączkowaniu (prawdopodobnie krew miesięczna zawiera toksyny); 4) Zwiększenie ilości kwasów i toksyn (Kellieg) lub indykanu w moczu (Federn); 5) nakoniec wyborny wpływ leczenia przeciw artrytycznego lub skierowanego przeciw domniemanej przyczynie zatrucia.

Dziedziczne zaburzenia w przemianie materii u neuropatycznych osobników dają naturalnie znacznie gorsze rokowanie. Więc w ogóle najważniejszym punktem badania chorego na ból głowy są wywiady. Skoro jednak po dokładnem zbadaniu pacjenta znajdziemy możliwą przyczynę bólu głowy, a jednak po usunięciu tejże choroba nie znika, wówczas możemy ją uważać za migrenę intoksykacyjną (odliczywszy ciężkie przypadki, pokrewne epilepsji, u osobników obciążonych dziedzicznie). Zatrucie zaś może następować z zewnątrz (metale, wyskok, szkodliwe środki żywności, nadmiar mięsa), albo z przyczyn wewnętrznych, wskutek zebrania się toksycznych produktów przemiany materii.

Autor specjalnie omawia tylko migrenę przy zmęczeniu i w artrytyzmie, jako najczęstsze postaci tejże. W obec wyżej wyluszczonego poglądu, jedynie racjonalnem okazuje się leczenie, zmierzające ku wzmożeniu przemiany materii t. j. wydalaniu toksyn, a pobudzaniu utleniań ustrojowych. Tymczasem wszystkie zalecane środki okazują działanie wprost przeciwne, z wyjątkiem może sperminy i salicylanów, i to tylko w czasie ich używania, a więc czysto symptomatycznie. Jako środek czyniący zadość postawionym wskazaniom, poleca autor szczególnie parówki i koce.

Ścisłe indywidualizowanie przy hydropatycznych procedurach oraz odpowiednia do natury przypadku dyetytyka są przytem niezbędne. Punkt ciężkości leży tu w ograniczeniu mięsa, usunięciu używek, w dycie przeważnie roślinnej, mleku i jego przetworach. Przy zaparciu stolca, w razie cuchnących wypróżnień i obfitości indykanu w moczu, poleca się na początku kuracyi podawanie kalomelu naczczo (0,1 przez 6 dni), w innych razach po prostu pulv. Liquir comp.

Przeciwwskazane są nacierania etc. przy rozwiniętych chorobach nerwów i naczyń. Tak samo u chorych, którzy nie znoszą zimnej

wody, musimy się ograniczyć na zwykłych środkach napotnych; w ogóle zaś główny nacisk kłaść należy na higienę, ruch fizyczny (spacer, umiarkowana jazda na rowerze), i ewentualne zwalczanie skazy moczanowej.

J. Piotrowski.

79. T. L. Chadbourne. **O leukocytozie podczas trawienia u chorych na żołądek** (Beitrag zur Verdauungsleukocytose bei Magenkranken). Berl. Klin. Woch. Nr. 2 1898.

Za leukocytozę podczas trawienia należy uważać zwiększenie ilości białych ciałek krwi o 1000. w jednym centymetrze sześciennym podczas pierwszych trzech godzin po jedzeniu. Otóż przypuszczają, że przy raku żołądka niema zwiększenia się ilości białych krążków krwi po jedzeniu. Niektórzy badacze, przeważnie francuzcy, zaprzeczają istnieniu leukocytozy podczas trawienia; wyniki badań wielu zwolenników leukocytozy nie zawsze dowodzą, że leukocytoza podczas trawienia w warunkach zwykłych jest zjawiskiem normalnem tak ażeby obecnością lub brakiem takowej można było kierować się przy rozpoznawaniu raka żołądka. *Von Limbeck* twierdzi, że nie u każdego osobnika i nawet u tego samego osobnika nie zawsze następuje po jedzeniu leukocytoza. *Schneyer* na 15 przypadków raka żołądka ani razu nie znalazł zwiększenia się ilości ciałek białych po jedzeniu, w 3 przypadkach zwiężenia pochodzenia nierakowego leukocytoza była, jak również w 7 z liczby 8 przypadków wrzodu okrągłego żołądka. *Hassmann* zapewnia, że zwiększenie ilości białych ciałek krwi o 1000 w jednym centymetrze sześciennym nie wystarcza do nazwania stanu tego leukocytozą przy zwykłym sposobie obliczania ilości ciałek krwi; autor ten opisuje 2 przypadki raka żołądka z konstатовaną leukocytozą po jedzeniu i odmawia leukocytozie wszelkiej wartości rozpoznawczej.

Chadbourne na 10 przypadków raka żołądka w 2 zauważył zwiększenie się ilości białych ciałek po jedzeniu; na 3 przypadki ciężkiej niedokrewności, w którychnie było podejrzenia na raka, w jednym tylko była leukocytoza. Z 5 przypadków zaniku żołądka w 2 było podejrzenie na raka— leukocytozy nie było w 3 przypadkach, była zaś w 2, z których w jednym był podejrzewany o rak. Następnie leukocytoza była obecną w jednym przypadku wrzodu okrągłego oraz w jednym raka przełyku. Na zasadzie tych badań autor przypuszcza, że brak lub obecność leukocytozy podczas trawienia nie zależy od raka, lecz od stanu błony śluzowej żołądka i niema żadnego znaczenia rozpoznawczego.

Henryk Hirschfeld.

80. Dr. Mesnil de Rochemont. O stosunku stanów anemicznych do kwaśności soku żołądkowego i do wrzodu okrągłego żołądka. (Münch. Med. Woch. № 51 1897).

Co do powstawania wrzodu okrągłego żołądka, największem rozpowszechnieniem przez długi czas cieszyła się teoria Virchow'a; dowodził on, że wszelkie zaburzenie cyrkulacyjne w ograniczonych odcinkach ściany żołądka (np. tromboza, embolia, szkodliwości natury urazowej, chemicznej, termicznej i t. p.) pozbawiając ją w danem miejscu płynu alkalicznego, jako ochrony przeciw trawiącemu działaniu soku, może stanowić moment wywołujący tworzenie się wrzodu. Badania doświadczalne (nad psami) przemawiały za tą teorią, ale dane sekcyjne anatomopatologiczne często kłamały jej zadają. Lenbe więc utrzymuje, iż dla powstania omawianego cierpienia, potrzebne są dwa warunki: zmniejszona alkaliczność ściany żołądka i nadmierna kwaśność soku żołądkowego.

W tym celu Rochemont zbadał 11 chorych dotkniętych wrzodem okrągłym i przekonał się, że ani w jednym przypadku zasadowość krwi nie była zwiększona, u małej cząstki pacjentów była normalna a u $\frac{3}{4}$ mniej lub bardziej zmniejszona. Aby zbadać kwestyę, co pływa na stopień alkaliczności krwi, autor zebrał szereg odnośnych spostrzeżeń u osób dotkniętych białaczką i niedokrewnością; otóż w różnych postaciach anemii, zasadowość krwi jest stale podniesiona w przeciwieństwie do chlorozy, gdzie na 17 przypadków autor tylko dwa razy znalazł alkaliczność zwiększoną, 5 razy normalną, a 10 razy t. j. w 66% zmniejszoną; więc krew chlorotyczna posiada zazwyczaj stopień zasadowości poniżej normy, co być może, zależy od mniejszej zawartości hemoglobiny; jeden więc z postulatów teorii Leube'go znajduje potwierdzenie w ogólnie stwierdzonym fakcie, iż powstawaniu wrzodu sprzyja niezmiernie chloroza.

Co do kwaśności soku żołądkowego, należy przedewszystkiem przypomnieć sobie, że według najnowszych poglądów, kwas solny tworzy się w komórkach gruczołowych pod wpływem masowego działania kwasu węglanego na sól kuchenną we krwi zawartą, przy współudziale odpowiedniego narządu nerwowego. Niektórzy autorowie rzeczywiście przy blednicy znajdowali we krwi zwiększoną zawartość kwasu węglanego i soli kuchennej, a badania autora wprost wykazały, że w chlorozie sok żołądkowy zawiera nadmierną ilość kwasu solnego; na 19 osobników, w tym kierunku zbadanych, u 68% istniała nadkwaśność, u kilku sok był normalny, ale ani razu kwaśność nie była zmniejszona. I drugi więc postulat Lenbe'go znajduje potwierdzenie w tym samym fakcie klinicznym.

Te dwa momenty jednak według autora nie są wystarczające; prawdopodobnie odgrywają rolę tu i czynniki nerwowe, które, jak wiadomo, same przez się mogą wpływać na stopień kwaśności soku żołądkowego; są one natury prawdopodobnie angioneurotycznej, a zjawiska tej kategorii często spostrzegamy u osób dotkniętych blednicą (np. urticaria, erythema multiforme i nodosum, pemphigus, herpes etc.) mogą one

mieć miejsce i na błonach śluzowych, tylko że gdy na skórze prędko ulegają zagojeniu, w żołądku np. pod wpływem warunków swoistych mogą z ich powodu powstać obszerne utraty subtancyi a więc głębiej drażące owrzodzenie. Za teorią angioneurotyczną przemawiają też badania doświadczalne: krwotoki żołądkowe u psów wywołać można przy przecięciu mlecza, a jeżeli w ten sposób operowanym zwierzętom dawać będziemy per os roczyn kwasu solnego, to tworzą się w odpowiednich miejscach ściany żołądka obszerne owrzodzenia.

A. Lande.

81. H. Bernaud. **O powikłaniach wrzodu dwunastnicy.** (Gaz. de Hôp. Nr. 92. 1897).

Dwa tylko objawy we wrzodzie dwunastnicy spotykają się częściej: ból oraz krwawienie. Po zatem obserwujemy cały szereg komplikacji. Do tych należą przede wszystkim zemdlenia lub powoli rozwijająca się niedokrewność skutkiem krwawień. Bóle mogą wywoływać odruchowo zaburzenia działalności serca, owrzodzenia zaś żółtaczkę, bądź skutkiem umiejscowienia wrzodu w okolicy ujścia przewodu wspólnego, bądź skutkiem szerzenia się sprawy zapalnej na przewód; to ostatnie może być przyczyną ropnia wątroby, ropnego zapalenia żył, posocznicy.

Wrzód może się zablźnić, może jednak prowadzić i do przedziurawienia, które znowu następstwa może mieć różne (pyopneumothorax subphrenicus, ropień pod wątrobą lub ropień zaotrzewnowy) zależnie od miejsca przedziurawienia, znane są jednak przypadki w których następstwa były o wiele łagodniejsze, ogłoszono również przypadki przetoki zewnętrznej skutkiem przedziurawienia dwunastnicy. Do najcięższych należą przypadki przebicia naczyń, niejednokrotnie notowano owrzodzenia narządów sąsiednich (trzustka, wątroba, pęcherzyk żółciowy) te jednak są do rozpoznania możebne tylko post mortem.

Co się tyczy zwożeń, mają one jako następstwo bądź rozszerzenie żołądka, bądź też, zależnie od umiejscowienia, wywołują zwożenia przewodu wspólnego wraz z następstwami (żółtaczka, obrzęk pęcherzyka żółciowego, zanik trzustki).

Niejednokrotnie notowano przypadki wciągnięcia w bliźną naczyń. Częstem następstwem jest rozwój raka. *J. Zaw.*

82. Dr. Franz Kuhn. **O sondowaniu kiszki grubej.** Dickdarmsondirung und Darmrohr). Berl. Klin. Woeh. Nr. 2. 1898.

Kiszka gruba, po utworzeniu zgięcia w okolicy śledziony, przechodzi w okrężnicę zstępującą; ten odcinek kiszki zwykle nie posiada krezki i przykryty jest otrzewną tylko z przodu; z tyłu zaś kiszka przylega zwykle wprost do tylnej ściany jamy brzusznej. W miejscu,

gdzie kiszka otrzymuje krezkę, zaczyna się przecięcie esowate (S. romanum); jest to t. zw. punkt Schiefferdecker'a. Jeżeli zaś okrężnica zstępująca wyjątkowo posiada krezkę, wtedy punkt ten można rozpoznać z powodu tworzenia się kąta pomiędzy krezkami okrężnicy zstępującej i przegięcia esowatego, ponieważ linia przymocowania krezki przegięcia esowatego odchodzi od kręgosłupa poprzecznie lub nieco łukowato na zewnątrz. Odtąd krezka kiszki (mesosigmoideum) staje się coraz dłuższą tak, iż tworzy rodzaj wachlarza pomiędzy punktem Schiefferdecker'a a miejscem przejścia przegięcia esowatego w kiszkę prostą. Linia przymocowania krezki przegięcia esowatego (Toldt'a) tworzy kąt zwrócony wierzchołkiem do góry; według Samson'a idzie ona picnowo od górnych kręgów krzyżowych naprzód do czwartego lub nawet trzeciego kręgu lędźwiowego i ztąd po kilku nieznacznych wahanach na lewo i na zewnątrz przechodzi obok mięśnia lędźwiowego (m. psoas) do grzebienia kości biodrowej. Stosunek ten znajdujemy udziecka nowonarodzonego. W wieku starszym kąt przyczepu opuszcza się niżej do wysokości wejścia do miednicy, tak iż wierzchołek tego kąta odpowiada 5 kręgowi lędźwiowemu a nawet przyładowi (promontorium) i sam kąt odchyła się więcej naprawo. Dla celów praktycznych ważnem jest położenie, forma i długość przegięcia esowatego.

Według Curschmann'a długość przegięcia esowatego wynosi 60 -- 80 ctm., czasami nawet do 110 ctm. t. j. tyle, ile u osób średniego wzrostu, szczególnie u kobiet, ma cała gruba kiszka; długość grubej kiszki przeciętnie wynosi 142 ctm., czasami zaś 195 — 280 ctm.. Małym przegięciem esowatym jest takie, które, tworząc zwykle tylko jeden łuk bez większych związań i fałd, nie wychodzi z granic małej miednicy, przy rozciąganiu nie przekracza znacznie wysokości spojenia łonowego, przy odciągnięciu zaś w bok może być przesunięte tylko do prawego brzegu małej miednicy, lub do ślepej kiszki. Przeciwnie długie przegięcie esowate przy wyciągnięciu przekracza wysokość pępka, na tylnej ścianie jamy brzusznej dochodzi do śledziony lub nerki, a nawet do wierzchołka przepony brzusznej i, jeżeli ciągnąć je w poprzek przez okolice podbrzuszną, to nie tylko przykrywa ślepą kiszkę, lecz ztąd robi jeszcze nowe zakręty. Według Engel'a przegięcie esowate zwykle leży na wewnętrznym brzegu lewego mięśnia lędźwiowego (m. psoatis), później w wydrążeniu kości krzyżowej przed lewem spojeniem krzyżowo biodrowem, zkad może znowu nieco podnosić się do wysokości przyłodka, ażeby ztąd prawie wprost przejść w odbytnicę, która przechodzi nieco z lewej strony krzyża. Przy zbliżaniu się przegięcia esowatego do przyłodka krezka staje się coraz krótszą. W okolicy przyłodka kończy się przegięcie esowate i zaczyna się odbytnica; kiszka jest przymocowaną w środku przyłodka lub z lewej strony, rzadziej z prawej. Inni autorzy przyjmują miejsce przejścia przegięcia esowatego w odbytnicy niżej, na wysokości III kręgu krzyżowego, tam gdzie kiszka niema już krezki (punkt Samsona); w ten sposób nazwa mesorectum staje się zbyteczną.

Zgłębnik twardy jak również silny prąd wody (Simon)wcho

dząc do części odbytnicowej przegięcia esowatego, ciągnie tą część kiszki w kierunku linii środkowej ciała. Czem większą jest siła, rozszerzająca kiszkę odewnątr, tem więcej kiszka przyjmuje położenie jej niewłaściwe i dochodzi do nadbrzusza (epigastrium), nawet do wierzchołka przepony. Przy tym obrocie przegięcia esowatego na 180° na około osi linii przymocowania następuje: skrócenie kiszki już w części odbytnicowej, jeszcze bardziej w części okrężnicowej oraz zaciskanie takowej wskutek nierównomiernego naciągnięcia oddzielnych promieni krezki (mesosigmoidei); w znaczeniu praktycznym jeszcze ważniejsze jest ostrokatne przegięcie kiszki przy przejściu okrężnicy zstępującej w przegięcie esowate w tak zwanym punkcie Schieferdecker'a w dole biodrowym lewym: kąten utrudnia przejście sondy przez środek przegięcia esowatego, a nawet czyni to zupełnie niemożliwym. Przy sondowaniu należy starać się, ażeby przegięcie esowate utrzymać, o ile można, w tem położeniu, jakie ono zajmuje zwykle w ciele, a jeżeli ją trzeba rozciągnąć, to w kierunku do dołu na prawo i do przodu, t. j. ażeby kiszka leżała w dole biodrowym prawym. Przy prawidłowym rozciągnięciu łuku S. R. za pomocą sprężystej sondy, mającemu na celu, aby okrężnicowa część przegięcia esowatego, znalazła się w prawidłowym stosunku względem kątnicy, jesteśmy w możności przez ściany brzucha wyczuć łuk, który, podnosząc się od przyłodka, zwraca się do przodu i naprawo, przechodzi w poprzek dół biodrowy prawy i ginie poza spojeniem łonowem. Łuk ten sięga mniej lub więcej daleko naprawo od linii środkowej i do góry zależnie od długości przegięcia i jego krezki. We wszystkich tych przypadkach, gdzie łuk podnoszący się od przyłodka był przy sondowaniu wyczuwalny z prawej strony, autor dochodził bez przeszkody do flexura coli lienalis, co w pojedynczych przypadkach można było bardzo łatwo sprawdzić za pomocą ręki położonej na brzuch. W innych przypadkach, gdzie łuku nie było, sonda wielokrotnie przeprowadzana obok przyłodka zaraz zjawiała się w okolicy pępka, następnie dochodziła do nadbrzusza lub okolicy lewej nerki, zginała się przy użyciu siły i dochodziła znowu do dołu pachwinowego lewego; tam też można było łatwo wyczuć koniec sondy lecz był on zaklinowany.

Jako sondy autor używa zwyczajnej sondy Nélaton'a, w którą wkłada rurę metalową, dzięki czemu sonda nie gnie się i łatwo się obraca; do rury metalowej wkłada giętki mandryn węzowaty.

Henryk Hirschfeld.

II. Choroby nerwowe.

83. Bergmann. Leczenie chirurgiczne guzów mózgu. (Die chirurgische Behandlung der Hirnrgeschwülste. Samml. Kl. Vortr. Volkm. Nr. 200. 1897).

Ulepszona w ostatniej epoce technika rezekeyi czaszki pozwalająca na obnażenie powierzchni mózgu na znacznej przestrzeni (Wagner,

Doyen) nie powinna dać powodu do nadużycia cranio i encephalotomii jako środka rozpoznawczego a nawet paliatywnego, a to dlatego, że operacja jest niebezpieczna nie tylko z powodu możliwej infekcji, lecz powodując: shock, wypadnięcie i obrzęk mózgu, oraz następstwa załżnienia.

W 47 przypadkach rezekeji próbnej czaszki podług statystyki Auvraya, zmarło 24 chorych, zatem 27,6% w ciągu 36 godzin po operacji (shok); wypadnięcie i obrzęk mózgu mogą być śmiertelne lub pozostawiać stałe porażenia kończyn i twarzy; blizny mogą powodować padaczkę. Zatem operacja powinna być stosowana jako środek leczniczy po możliwie najdokładniejszym rozpoznaniu siedliska guza.

Że rozpoznanie to nie jest łatwym, dowodzi według Auvraya 145 przypadków operowanych po uprzednim rozpoznaniu guza, z których w 66-ciu guza nie znaleziono. Z 75 przypadków, w których guz znaleziono, 20 skończyło się śmiercią, 27 wyzdrowieniem, w 26 były w następstwie porażenia, drgawki lub rychłe nawroty choroby.

Prawie wszyscy chorzy, którzy przeżyli operacją i pozbyli się choroby, mieli guzy umiejscowione w okolicy ruchowej kory, w sąsiedztwie rowka Rolanda. I według autora tylko guzy tej okolicy kory nadają się do operacji, gdyż stosunkowo najłatwiej je rozpoznać.

W porządku objawów dają one najprzód charakterystyczne objawy miejscowe; ogólne, jeśli się zjawiają, to wtórnie. Z tych ostatnich brodawka zastoinowa zależy od wielkości guza a poniekąd jego przyrody: Guz zwyrodniający tkankę np. careinoma nie da lub da znacznie później objawy na dnie oka, niż guz rozsuwający tkankę w miarę wzrostu. Autor zwraca uwagę na możność pomieszania objawów guza okol. korowej z hysteryą, uremią, z encephalitis traumatica, ropnicą, epilepsia Jacksoni genuina, nawet z dementia paralytica lub polioencephalitis acuta u dzieci: guzy, których punkt wyjścia jest w przyległych oponach np. gummata lub złogi gruzelkowe dają objawy identyczne; meningitis convexitatis syphilitica ma wprawdzie przebieg nie tak stałe postępowy, lecz i niektóre guzy obfitujące w naczynia jak gliomata, sarcomata mogą także dawać zwolnienia w przebiegu. Autor w razach niepewnych zgadza się na operację, choćby guz miał się okazać gumatem lub gruzelkiem. Operuje też w epilepsia Jacksoni genuina w nadziei wykrycia i usunięcia cysty, choć sam na 50 przypadków padaczki zwykłej i częściowej otrzymał tylko w 2-ch przypadkach wynik pomyślny.

Guzy okolicy ruchowej mogą być wcześniej operowane i wtedy autor radzi korzystać z ulepszonej techniki.

Ponieważ dzięki tej technice kora może być dostępną w okolicy czołowej, skroniowej i potylicowej, przeto i guzy tych okolic mogą być operowane, skoro uprzednio zostaną rozpoznane. Rozpoznanie ich o tyle jest prawdopodobnem, o ile rozprzestrzenia się lub z odległości wywołują charakterystyczne objawy podrażnienia lub porażenia okolicy ruchowej. W guzach tego rodzaju poprzednio będą objawy ogólne, zwiększonego ciśnienia wewnątrz czaszkowego: bóle głowy, zawroty, wymioty, zwolnienia tętna, oraz zmiany na dnie oka.

Autor podaje według Bramanna — hypotetyczne umiejscowienie tych guzów stosownie do zmian na dnie oka.

Ból przy opukiwaniu czaszki występuje tylko gdy guzy zawierają duże ogniska rozmiękczenia lub gdy leżą pod kośćmi czaszki.

W ogóle zatem dla chirurgii dostępne są guzy okolicy ruchowej, bądź pierwotnie w niej powstałe, bądź przenikające ze zrazów czołowych lub potylicowych.

Najłatwiejsze do rozpoznania, po guzach okolicy ruchowej, guzy mózdzku, z powodu braku odpowiedniej metody operacyjnej, któraby pozwalała na obnażenie powierzchni mózdzku na przestrzeni dostatecznej do wyłuszczenia guza mało są dla chirurgii dostępne. Operować je mieli pomyślnie Varkin i Gibson. Ze statystyki Auvraya jednak okazuje się, że na 23 usiłowań operacyjnych, tylko 4 razy guz wyłuszczone, w 2 przypadkach z zejściem śmiertelnem, 2-ch zaś chorych pozostała ślepotą, głuchota i paraliż.

Guzy na podstawie mózgu były też celem pokuszeń operacyjnych.

Guzy te są trudno dostępne. Autor próbował operować guz umieszczony w lewym średnim dole czaszkowym przez kość skalistą. Guza nie dosięgnął. Autopsya wykazała, że mieścił się nad clivus Blummeubachi między sinus transversus a sella turcica. Autor przyjmuje dla operowania guzów położonych więcej ku przodowi metodę, którą posługiwał się Krause do wyłuszczenia gangl. Gasseri.

Rzeczniowski.

84. F a c k l a m. **Przyczynę do nauki o istocie płasawicy Huntingtona.** (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Nr. 1. 1897).

Stanowisko nozologiczne płasawicy, poraz pierwszy przez Huntingtona (w r. 1871) opisanej, nie jest dotychczas ostatecznie wyjaśnione.

Gdy Charcot i Jolly z uczniami swoimi uważają to cierpienie za formę przewlekłą pospolicie spotykanej płasawicy mniejszej (chore minor s. Sydenhami) inni, liczniejsi co prawda badacze, a na ich czele Möbius, Hitzig etc., widzą w niem chorobę sui generis, a więc odrębną jednostkę nozologiczną.

Na podstawie 8 ścisłych i dokładnych obserwacji, dokonanych na klinice prof. Hitziga, oraz jednego przypadku, zbadanego szczegółowo pod względem anatomo-patologicznym, autor dochodzi do wniosków następujących:

1) Chorea Huntingtona dotyka przeważnie osoby w wieku dorosłym, chorea Sydenhami w wieku młodocianym.

2) Rozwija się ona zazwyczaj na gruncie dziedzicznym (stąd jej synonim: ch. hereditaria) podczas gdy ch. minor według zgodnego poglądu wrzystkich autorów doby ostatniej winna być rozpatrywana jako cierpienie zakaźne.

3) Płasawica Huntington'a jest chorobą zawsze przewlekłą o przebiegu postępowym (z tą drugą jej synonim: ch. chronica progressiva), nie poddająca się żadnemu leczeniu; płasawica mniejsza natomiast powiększej części bywa ostro rozpoczynającem się i uleczalnem cierpieniem, które nawet w przypadkach o przebiegu podostym, a nawet przewlekłym, zawsze prawie ma skłonność do ustąpienia.

4) Najwybitniejszą różnicą obu chorób stanowi fakt, że zaburzenia psychiczne przy płasawicy H. posiadają wyraźnie przewlekły charakter z skłonnością do zwyrodnienia następczego i że za podkład anatomiczny uważać tu należy poważne zmiany organiczne w korze mózgowej z zanikiem pierwiastków nerwowych (bardziej rozsiane lub rozlane encephalitis chronica z punktem wyjścia w naczyniach) podczas gdy zaburzenia psychiczne przy chorea S. są natury przejściowej i nigdy nie prowadzą do obłądu.

Wspólne więc cechy obu cierpień stanowią właściwie tylko 1) nazwa, 2) drgawki płasawicze, które zresztą też nie są w obu razach identyczne (przy ch. H. są one powolniejsze i mniej burzliwe) i 3) umiejscowienie, gdyż i dla płasawicy mniejszej niezawodnie należy szukać w korze mózgowej przyczyn wywołujących drgawki.

A. Lande.

85. Hirschberg. O nerwicach ruchowych, wydarzających się epidemicznie i o środkach zwalczania ich. (Wiener. Klinik Nr. 10, 11. 1897).

W pierwszej części pracy autor rozpatruje cały szereg zbiorowych napadów rozmaitych nerwic ruchowych, poczynając od wieków średnich do ostatnich czasów i uwzględniając niektóre podobne spostrzeżenia w historii starożytnej. Jest tu zatem mowa o wyprawach krzyżowych dzieci i starców, o obłądzie tańca, tarantyzmie, Joannie d'Are, Van Loisie, epidemiach nerwie w klasztorach, opętaniu przez czarta, wampiryzmie i t. d. i t. d. W drugiej części pracy jest mowa o klinicznej stronie epidemii nerwic, o istocie ich i o przyczynach powstawania. Wreszcie ostatnia część rozpatruje środki zapobiegawcze przeciw szerzeniu się epidemicznemu nerwic, które to szerzenie zdarza się współcześnie rzadziej, niż dawniej, nawet że przedstawia nie mniejsze niebezpieczeństwo.

Autor przychodzi do następujących wyników.

Z pośród nerwic ruchowych epidemicznie szerzyć się może histeria (resp. histeroepilepsia) i płasawica mała; epidemie tetanii są bardzo wątpliwe, najczęściej i tu chodzi o histeryę. Granice pomiędzy histeryą i płasawicą w przejawach epidemicznych są niewyraźne; zwykle przeważają objawy histeryi. We wszystkich epidemiach nerwic ruchowych pierwiastek psychiczny odgrywa ważną rolę; niekiedy nadaje on właściwą cechę całej epidemii. W wiekach średnich zwykłym zjawiskiem były pandemie, rozciągające się na całe wielkie przestrzenie (obłąd tańca, tarantyzm, krucyaty i t. d.); współcześnie zaś spotykamy się tylko z małemi, domowemi epidemiami, przeważnie

w szkołach, domach wychowawczych i w zakładach zamkniętych, gdzie zbiera się jednocześnie dużo ludzi w nieodpowiednich warunkach higienicznych. Przyczyny powstawania epidemii nerwie są w istocie rzeczy też same, co i nerwie w ogóle; usposobienia nerwowe wrodzone lub nabyte odgrywa tu ważną rolę. Całe narody, przeważnie północne, odznaczają się tem usposobieniem, które przy istniejącej skłonności do naśladownictwa, stanowi istotną podstawę epidemii. Najłatwiej poddają się osobniki, które z natury rzeczy mają mniej odporny układ nerwowy, więc kobiety i dzieci. Bardzo często przyczyną epidemii są czynniki, wiążące się z religią (zabobony, fanatyzm i t. d.); dalej — złe warunki higieniczne, przewroty polityczne, zaburzenia, wstrząśnienia i t. d.

Środki zapobiegające szerzeniu się nerwie ruchowych winny być uwzględnione na szeroką skalę; ministerjum sprawiedliwości i oświaty mają tu bardzo dużo do zrobienia: oświata ludu, uporządkowanie spraw religijnych, usunięcie nienawiści plemiennej i kastowej, zakaz zbiorowisk podniecających, religijnych czy też świeckich i t. d. Ponieważ epidemie zdarzają się obecnie najczęściej w szkołach, przeto powinny być w nich uwzględnione wymagania higieny możliwie najdokładniej, oraz winien być ustalony dozór lekarski nad wszelkimi zakładami, gdzie zbierają się ludzie w większej ilości. Osobniki zdradzające objawy histeryi lub płasawicy powinny być usuwane z otoczenia do chwili zupełnego wyzdrowienia. W razie rozwinięcia się epidemii w szkole, tę ostatnią należy zamknąć, a chore osobniki izolować i leczyć przeważnie na drodze psychicznej, ponieważ inne zabiegi lecznicze stale zawodzą.

W. Miklaszewski.

86. **Kattwinkel. O zaburzeniach odruchu gardzielowego, mowy i połykania w porażeniach połowicznych.** (Deutsch. Arch. f. Klin. Med. Bd. 59. Nr. 3—4.).

Autor badał w 100 przypadkach porażení połowicznych (50 prawostronnych i tyleż lewostronnych) zaburzenia odruchu gardzielowego, mowy i połykania. Wyniki tych badań, poczęści z oględzinami pośmiertnymi, doprowadziły do następujących wyników. Odruch gardzielowy przy lewostronnych porażeniach był osłabiony w 30%, zniesiony w 50% przypadków; odruch krtaniowy zmniejszony w 36%, zniesiony w 22%. Przy prawostronnych porażeniach odpowiednie odsetki były następujące: 4%, 10%, 2% i 4%. Ta różnica pomiędzy porażeniami prawej i lewej strony jest uderzająca. Odruch gardzielowy należy podług Jendrassika do grupy odruchów skórnych; wyrażają się one nie w jednym szybkim skurczu, lecz w powolniejszym skurczu całej grupy mięśni. Ponieważ ten akt odbywa się zawsze jednostajnie, przeto jest możebnem przypuszczenie, że istnieje ośrodek, łączy jądra opuszkowe; podług spostrzeżeń autora ten ośrodek umiejscowiony jest w prawem ciałku prażkowanym. Dowodem, że ośrodek odruchowy gardzieli i krtani znajduje się w prawem ciałku

prążkowanem, jest prócz sekyi, stały brak tych odruchów przy wrzekomem porażeniu opuszkowem (corpus striatum) i obecność ich przy prawdziwem.

Zaburzenia mowy przy lewostronnem porażeniu znaleziono: stałe w 50%, przejściowe w 32% przypadków; przy prawostronnych porażeniach: 58% i 22%. Według statystyki innych badaczy zaburzenia mowy przy lewostronnych paraliżach zdarzają się tylko u mańkutów. Autor uważa te zaburzenia w swej statystyce za zaburzenia artykulacji (dysarthriæ): chorzy rozumieją wyrazy, odpowiadają na pytania bez wahania, lecz ich mowa jest zupełnie niezrozumiała. Za przyczynę dysartrii uważano porażenie nerwów twarzowego i podjęzykowego; ma to rzeczywiście miejsce w świeżych przypadkach, lecz po pewnym przeciągu czasu nerwy te często wracają do normy, a zaburzenia mowy nie ustępują. Według spostrzeżeń różnych badaczy, zaburzenia mowy spotykają się często przy porażeniach wrzekomopuszkowych i w paraliżu dziecięcym. Należy przypuścić, że w sprawie artykulacji bierze udział trzeci zawój czołowy prawy na równi z lewym; oba one są połączone pomiędzy sobą włóknami assocyacyjnymi, przechodzącymi przez oba ciała prążkowane. Lewy ośrodek, będący składem pamięciowym wyrazów, wysyła impulsy do właściwego ośrodka artykulacji w prawej półkuli, a ztąd rozchodzą się skoordynowane pobudzenia do ośrodków opuszki. Tylko na zasadzie tego przypuszczenia możemy wytłómaczyć, dlaczego zaburzenia artykulacji są tak częste przy lewostronnych porażeniach, przy których mamy jednak zachowane rozumienie mowy, pisma i możność czytania. Zniszczenie prawego ośrodka korowego lub pęczka, łączącego oba ośrodki, prowadzi do dysartrii.

Co się tyczy zaburzeń w polykaniu, to i tu są one częstsze przy porażeniach lewostronnych. Niektórzy badacze nie uznają ośrodków łykania poza opuszką, opierając się na badaniach Goltz'a, który wycinał cały mózg do szlaków bez upośledzenia łykania, oraz na fakcie, że płód nie mający jeszcze wykształtowanych neuronów mózgowych, polyka; — jednak, gdy te neurony rozwijają się, łykanie staje się nie możliwem bez ich udziału, co najlepiej widać przy porażeniach połowicznych. Ośrodek łykania znajduje się prawdopodobnie w prawem ciałku prążkowanem.

W. Miklaszewski.

87. Dr. J. Meyer. **Przyczynę do kazuistyki „Tic rotatoire“** (Zur Casuistik des Tic rotatoire). Deut. Med. Woch. Nr. 53 1897.

Autor opisuje pięć przypadków tej rzadkiej choroby, obserwowanych w poliklinikach Mendel'a i Heubner'a. W pierwszym przypadku u dziecka, pochodzącego ze zdrowych rodziców i karmionego piersią matki, w 5 miesiącu życia powstały po spadnięciu z dość znacznej wysokości drgawki w szyi: dziecko zbliżało podbródek do piersi i obracało pochyloną głowę na prawo i na lewo: jednocześnie

występowało wiercenie oczami (nystagmus rotatorius, n. lateralis). Napady drgawek, zwykle niebolesne i występujące tylko w dzień, z początku zjawiały się co 5 minut, później znacznie rzadziej i po kilku miesiącach znikły zupełnie. Drugi przypadek dotyczy dziecka w wieku $1\frac{3}{4}$ roku, którego matka cierpi na uporczywe bóle głowy, w 8 miesiącu życia wystąpił skurcz głośni (spasmus glottidis), jako objaw krzywicy. Przed trzema miesiącami wystąpiły ruchy głowy to prędkie, to wolne; głowa przechyla się na bok, to znowu prostuje się; czasami w przeciągu kilku godzin dziecko wolne jest od drgawek, czasami zaś przerwa pomiędzy drgawkami trwa zaledwie kilka minut. Napady te, niebolesne i zjawiające się tylko we dnie, nie następują, jeżeli zająć czemkolwiek uwagę dziecka. Mięśnie mostkowo-obojęczykowo-sutkowe są przerosłe, przykurzeń nie ma. W trzecim przypadku, dziecko rachityczne w 15-tym miesiącu życia zaczęło wykonywać ruchy trzesące głowy, przyczem było i wiercenie oczami i czasami nystagmus lateralis prawego oka. Dziecko szybko obracało głowę na prawo i nalewo; tempo napadu jednakowe; napady niebolesne, częste, występują tylko we dnie. W przerwach między napadami podbródek zwrócony jest do przodu i do góry, potylica zaś mocno przechylona do karku. Mięśnie mostkowo-obojęczykowo-sutkowe nie zarysowują się na szyi. Przy leczeniu przeciw-krzywicowem drgawki znacznie osłabły. W czwartym przypadku chory w 5 roku życia spadł ze znacznej wysokości na głowę i od tego czasu trzyma głowę w ten sposób, że podbródek zwrócony jest na prawo i nadół, lewe ucho do przodu i do dołu. Przed rokiem z powodu ciężkiej pracy umysłowej wystąpiły ruchy obrotowe, które podczas silnych i częstych napadów odchylają głowę jeszcze bardziej na prawo i następnie odprowadzają ją do zwykłego położenia. Napady obecnie są rzadsze i słabsze; występują przeważnie wtedy, kiedy chory dużo czyta lub pali. Lewy mięsień mostkowo-obojęczykowo-sutkowy przerosły i przykurzony; w ostatnich czasach, prócz słabego już tic rotatoire, wystąpił kurecz pisarski. W piątym przypadku u czterdziesto-czteroletniej kobiety w okresie pokwitania (climacterium) głowa zaczęła wykonywać ruchy rotacyjne na około osi pionowej; napady te trwały do $1\frac{1}{2}$ minuty, były niebolesne i, jak w poprzednich przypadkach występowały tylko we dnie. Po nastąpieniu menopauzy, napady stały się rzadszemi i zjawiają się wtedy, gdy chora myśli o nich.

Autor na zasadzie tych przypadków oraz odnośnej literatury dochodzi do wniosków, że tic rotatoire może powstawać przy ośrodkowych i przy obwodowych zaburzeniach, że zaburzenia te mogą być czynnościowemi, jak również mieć podstawy anatomiczne. Autor na zasadzie badań przekonał się: 1) że tic rotatoire w większości przypadków powodują zaburzenia czynnościowe mózgu, a wywołuje bezpośrednio uraz cielesny lub psychiczny; 2) że tic rotatoire w rzadszych przypadkach ma podstawy anatomiczne w mózgu, mianowicie w mózdzku. Prawdopodobnem jest, że w niektórych przypadkach cierpienie ośrodka, znajdującego się w zrazie czołowym wywołuje tic rotatoire (Dickson); 3) że tic rotatoire może powstawać wskutek zmian

w samym nerwie dodatkowym (n. accessorius) lub jego gałązkach w mięśniach mostkowo-sutkowym i kapturowym.

Henryk Hirschfeld.

III. Choroby dzieci.

88. Dr. A. Kühner. **O pielęgnowaniu niedonoszonych noworodków.** (Baby incubators. Couveuses. Wärmewannen für Neugeborene Der Kinder Arzt, 1897, Nr. 7 S. 145 — 149).

W sprawozdaniu z wystawy przemysłowej w Berlinie w r. 1896 zamieszczonem w „Braunschweiger Monatsblatt für Gesundheitspflege“ czyni Blasius wzmiankę o zakładzie pielęgnowania noworodków, wyrażając zarazem życzenie, by każdy nowootwierany instytut położniczy posiadał potrzebne w tym celu urządzenia. Życzenie to skłoniło autora do zbalania urządzeń podobnych zakładów, a to w celu, aby wykazać, o ile powinny one znaleźć zastosowanie nie tylko jako instytucje publiczne, lecz także w praktyce prywatnej i wiejskiej, na co autor szczególniejszy kładzie nacisk.

Jak wiadomo, szczególniejszych starań i pieczołowitości wymagają nie tylko noworodki przedwcześnie urodzone, lecz i płody donoszone, które przed lub podczas porodu uległy wpływowi szkodliwym; jako takie autor wylicza: 1) przymiot dziedziczny; 2) zakłócona ciąża; 3) ogólne wyniszczenie matki; 4) przedwcześnie przerwane oddechanie łożyskowe. Jak jedno, tak i drugie noworodki dają wspólny obraz kliniczny wrodzonej wadliwości (debilitas). Najwybitniej występuje on jednak u noworodków niedonoszonych, t. j., zrodzonych po 28 tygodniu ciąży i dzięki pomyślnym warunkom zachowanych przy życiu. Obraz kliniczny jest następujący: waga noworodka 1360 — 2600 gr., długość 40 — 48 cm., uderzająca nader niska ciepłota ciała: temperatury poniżej 35° do 32° C. dość są częste; starczy wyraz twarzy, skóra wiotka, ledwie wyczuwalne tętno i uderzenie wierzchołkowe serca, oddechanie powierzchowne, śpiączka, kwilenie zamiast silnego krzyku, więcej lub mniej rozwinięta niedodma płucna, przewód Botalla, ewentualnie foramen ovale niezarośnięte, odżywianie upośledzone, ssanie całkiem niemożliwe. Do obrazu tego dołącza się często twardziel noworodków (sclerema neonatorum), względnie często cierpienia zakaźne o przebiegu bezgorączkowym — objaw, charakterystyczny dla niskiej ciepłoty ciała. Po większej części ma miejsce spóźnione odpadnięcie pozostałej części pępownicy, połączone niekiedy z gangreną wilgotną; dość często występujące pleśniawki (soor) przybierają zatrważający przebieg, również bardzo częsta żółtaczka staje się nader długotrwałą. Nakoniec z powodu obfitych fizjologicznych infarktów z kwasu moczowego może nastąpić zatrzymanie moczu i, co zatem idzie, mocznica.

Leczenie takich dzieci przy odpowiednim odżywianiu polega głównie na podtrzymaniu, a raczej na podniesieniu ciepłoty ciała. Otóż

zadanie to, jak świadczą cyfry, spełnia z wielkim pożytkiem dla ludzkości zakład dr. *Aleksandra Lion*, założony przezeń w Paryżu w r. 1891. W Nizy, gdzie *Lion* pierwotnie rozpoczął swą działalność, ze 185 dzieci, przyjętych w ciągu 3 lat do zakładu, 137 ocalało, co stanowi 72^o/. W zakładzie paryzkim w ciągu kilku miesięcy z 62 noworodków 11 umarło; z tych ostatnich 6 ważyło mniej, niż 2 funty, i co do tych nie było nadziei utrzymania ich przy życiu, reszta za późno była oddana do zakładu, — ocalało zatem 82^o/. W zakładzie znajduje się 12 inkubatorów, z których każdy służy do pomieszczenia jednego noworodka. Urządzenie inkubatora jest następujące: na żelaznej podstawie spoczywa siatka druciana, w dolnej części zaopatrzona w materac; pod nią umieszczona jest rurka formy spiralnej, w której stale przebiega ogrzewany prąd wody. Woda ogrzewa się za pomocą rurki pod cylindrem, umieszczonym z prawej strony inkubatora. Tym sposobem najbliższa warstwa powietrza, otaczająca dziecko, jest ogrzana, podczas gdy umieszczony wewnątrz ciepłomierz wskazuje stałą temperaturę, regulowaną automatycznie za pomocą odpowiednio pomyślanego aparatu. Wentylacja odbywa się za pomocą oddzielnej rurki, umożliwiającej dostęp świeżego powietrza do dolnej części inkubatora; ztąd rozchodząc się wypełnia ono całe pomieszczenie, wydostając się przez górną ścianę aparatu. Mały wachlarz nakoniec służy ku równomiernemu rozmieszczaniu powietrza.

Inkubatory na wystawie berlińskiej przedstawiały się jako niewielkie skrzynie szklane, zaopatrzone w świeże powietrze, w których dzięki odpowiedniemu urządzeniu podtrzymywano stałą temperaturę, czuwając jednocześnie nad tem, by powietrze w skrzyniach było dostatecznie przesycone wilgocią. Podobne zakłady istnieją obecnie w Bordeaux, Marsylii, Lionie, Nizy, Brukseli i w Londynie.

Co się tyczy odżywiania niedonoszonych i wątłych noworodków to, zdaniem *Lange'go*, powinno mieć miejsce odżywianie mlekiem kobiecym, już to przez ssanie, już to, gdy ostatnie jest nie możliwem, należy mleko mamki wydobyć za pomocą strzykawki od mleka, zachowując przytem największą czystość. Otrzymane tym sposobem mleko wlewa się dziecku do ust łyżką, lub też wprowadza wprost do żołądka za pomocą zgłębnika. Na uwagę zasługuje karmienie przez nos, stosowane przez *Lion'a* u dzieci zbyt słabych, by mogły łykać: karmi on je odpowiednio pomyślaną łyżką.

Zastąpienie natomiast inkubatorów w praktyce prywatnej i wiejskiej przez aparaty dostępnejsze i tańsze okazało się mało zadawalniającem. Tak, o ile stosowanie proponowanej przez *Hochsingera* natychmiastowej gorącej kąpieli o 29^o do 30^o R. jest rzeczą łatwo wykonalną, o tyle następcze stosowanie aparatu tegoż *Hochsinger'a* jest utrudnione z powodu zbyt wysokiej ceny. Podobnie rzecz się ma z aparatem *Tarnier* i ciepłą wanną *Credé*. Aparat, proponowany przez *Lange'go*, składający się z dwóch skrzyń włożonych jedna w drugą, przyczem przestrzeń między nimi wypełnia muł torfowy, wióry lub papier, a na dnie skrzyni umieszczone grzejące cegły, zdaje się mało odpowiadać wymaganiom, stawianym przez *Lion'a*. Autor wyraża jednak zdanie, że przy wielkich postępach, ja-

kie czyni wciąż technika na polu opalania, wentylacji i higieny, zbudowanie aparatu możliwie prostej konstrukcyi, odpowiadającego zarazem swemu celowi, jest tylko kwestyą czasu.

W. Hanicki.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

89. Meyer badał **jadowitość** (toksyczność) **moczu u chorych rakowatych** i przyszedł do przekonania, że jest ona większa dwa razy od normalnej i znacznie przewyższa jadowitość przy suchotach, ropnicy, niedokrwistości złośliwej i t. p. Podczas zapaści jadowitość nagle zmniejsza się. Gotowanie moczu rakowatych zmniejsza znacznie jego jadowitość. Wyciąg śledziony rakowatych działa bardzo silnie: 0,73 cm.³ na kilo wagi zwierzęcia działa zabójczo.

(Zeit. f. Klin. Med. Bd. XXXIII. Nr. 5. 6).

W. M.

90. Schlesinger przedstawił w Tow. lekarskiem w Wiedniu dwa przypadki **Jackson'owskiej padaczki**, operowane w oddziale Alberta. W pierwszym przypadku u chorego zaczęło rozwijać się przytępienie duchowe i następnie połowiczne drgawki kloniczne prawostronne. Po napadach zjawiała się przejściowa niemota. Znalaziono dwustronną tarczę zastoinową. Wobec domniemanego przymiotu zastosowano frykcyę, które jednak pogorszyły jedynie stan chorego. Umiejscowienie guza w mózgu określono w dolnej części lewego przedniego środkowego zawoju, i w tem miejscu otworzono czaszkę. Znalaziono w powyższem miejscu gummat, po usunięciu którego pozostały omamy uczucia w prawej połowie ciała i niemota ruchowa, które potem powoli ustąpiły. Jako stałą pozostałość po operacyi S. zaznacza prawostronne opóźnienie uczucia (bradaesthesia), nieznanne dotychczas w cierpieniach mózgowych, oraz porażenie n. podjęzykowe korowe. W drugim przypadku guz w mózgu był pochodzenia urazowego. Po operacyi pozostał tu niedowład lewej połowy ciała oraz zaburzenia uczucia ciepłoty.

(Wiener Med. Woch. Nr. 5).

W. M.

91. Neisser zaleca nadzwyczaj gorącą **protargol**, nową sól srebrną, do leczenia ostrej rzerzączki cewki moczowej. Wodny roztwór protargolu ma tę wysoką własność, że nie ścina się i przenika na wskrós tkanki. Protargol nawet w odpowiedniem stężeniu wywołuje bardzo słabe podrażnienie, wskutek czego nadaje się do leczenia ostrego trypra w pierwszych już jego okresach. Neisser radzi zacząć od 0,25% wodnego roztworu, poczem prędko przechodzi do silniejszych 0,5%—1%; roztwory te zaleca zastrzykiwać 10—15 cm. strzykawką rano i w południe, przyczem zastrzyknięty płyn trzymać trzeba w cewce 5 minut. Trzecia iniekcya wieczorem ma trwać pół godziny t. j. pacjent przytrzymuje napełnioną cewkę palcem jak naj-

dłużej, potem robi nowe zastrzykiwanie i t. d. przez całe pół godziny. Sposób ten, który autor nazywa „prolongirte Injection“, umożliwia wniknięcie leku nawet do tylnej części cewki, co w niektórych przypadkach bardzo jest pożądane. Protargol powinien być odstawiony dopiero wtedy, gdy już nigdzie gonokoków nie będzie można wykryć. Dla bezpieczeństwa radzi autor przez długi jeszcze przeciąg czasu robić po jednym zastrzyknięciu na dzień. Neisser nie widział dotąd ani po jednym środku tak prędkich i pewnych rezultatów.

(Dermat. Centralb. Nr. 1. 1898).

H. K.

NOWE LEKI.

92. Ferro-Somatosa.

Preparat ten zawiera 2% żelaza pod postacią związku organicznego. Przedstawia się on jako proszek brunatny, bez smaku i zapachu, łatwo rozpuszczalny w płynach wodnych, gorących. Ferro-somatosa nie posiada swoistego smaku żelazistego, nie psuje zębów, i nawet długotrwałe użycie nie oddziałuje ujemnie na przewód pokarmowy. Rozcieńczone kwasy i zasady nie strącają ferrosomatozy, można ją zatem przyjmować jednocześnie z rozmaitymi pokarmami. Dr. Roos (Therap. Monatsch. Nr. 9. 1897) stosował ferro-somatozę na klinice prof. Thomas'a we Friburgu w wielu przypadkach bezkrwistości i blednicy, gdzie po krótkim czasie mógł skonstatować przyrost wagi ciała i ilości hemoglobiny; łaknienie się przytem wzmożyło, stan ogólny uległ znacznej poprawie.

Ferro-somatozę stosuje się od 5,0—10,0 na dzień w wodzie lub też innym jakim bądź płynie, z wyjątkiem wina. Nie trzeba preparatu tego zapisywać w kasetkach, gdyż ferro-somatoza nie rozpuszczona nie podlega assimilacji.

H. K.

93. Lacto-Somatosa.

Lactosomatosa jest to wyciąg z mleka, pozbawiony smaku i zapachu. Zawiera on związki białkowe mleka pod postacią łatwo rozpuszczalną, w połączeniu chemicznym z małą ilością taniny. Nowy ten preparat posiada własności lekko ściągające, nie drażniąc przytem przewodu pokarmowego, przeznaczony jest dla odżywiania osobników, których narządy trawienia źle funkcjonują, szczególnie przy skłonności do biegunek.

Lactosomatosa używa się w ten sam sposób co i somatosa, rozpuszcza się w ciepłych płynach: woda, mleko, kawa, herbata, buljon i t. d. Dzieciom daje się od 1 do 2 małych łyżeczek dziennie; dorosłym od 1 do 3 łyżek stołowych.

H. K.

94. W Société anatomique de Paris demonstrował Péron kilka serc, które, oprócz dosyć często spotykanych gruźliczych zapaleń osierdzia, przedstawiały ogniska tuberkuliczne w samym mięśniu sercowym. U zwierząt spotykano nieraz myocarditis tuberculosa po wstrzykiwaniach tuberkuliny.

(Gaz. hebdom.).

H. K.

95. Goldfarb (Monatshefte f. pract. Dermat.), wskazuje na ujemne strony airolu w leczeniu miękkich wrzodów wenerycznych.

Zastosował on ten środek, który dotąd uważano za niedrażniący, u dwóch pacjentów na wrzody per se i pokrył watą. W obu przypadkach wywołał airol długotrwałe silne bóle i pęcherze jak w oparzeniu drugiego stopnia.

H. K.

List do Redakcyi „Kroniki Lekarskiej“ w sprawie Elektroftalmu.

R. Noiszewski.



W grudniowym zeszycie „Krytyki lekarskiej“ Dr. Zygmunt Kramsztyk podał ocenę elektroftalmu, w której pomimo uznania dla pomysłu „stanowczo niepomyślnie rokuje o praktycznym znaczeniu elektroftalmu“ a to dlatego:

- 1) że elektroftalm nie jest przyrządem fizyologicznym, organicznym;
- 2) że przy pojedynczem elektrycznem oku ślepy nie ma możności rozpoznać, w którym punkcie kierunkowej linii znajduje się przedmiot;
- 3) że ruchy głowy nie mogą zastąpić ruchów gałki oka i
- 4) że ślepy punktu po nad nosem za punkt fiksacyi nie przyjmie, bo wrażliwością nie dość góruje nad otoczeniem.

Postaram się na każdy z tych zarzutów odpowiedzieć przedmiotowo.

1) Oko tak samo jest fizycznym przyrządem jak i elektroftalm, pomiędzy bowiem fizyologią a fizyką nie ma żadnej zasadniczej różnicy: „fizyologia, czyli obszerniej mówiąc, biologia, zajmuje się materią i energią istot żywych, a gdy kiedykolwiek rozwój tej nauki dojdzie do najwyższego ideału, wówczas przez to samo wejdzie ona w obszar fizyki. Już dzisiaj widzimy, że skoro tylko *fizyologiczne badania pokonywają niewiadomość, wówczas wszystko to, co im zapewnia powodzenie w objaśnieniu, wyrzyna się z objęć fizyologii i stanowi zwykłą fizyczną lub, jak się dziś jeszcze zdarzyć może, zwykłą chemiczną wiedzę.* Wedle wszelkiego bawiem prawdopodobieństwa, chemia zakończy swe samodzielne istnienie, gdy wskutek zupełnej i dokładnej znajomości wewnętrznego mechanizmu wszech chemicznych czynników, zostanie pochłonięta przez obszerniejszą od niej naukę — fizyki cząsteczkowej“. (Daniell Alfred. *Zasady fizyki t. pol. J. Boguskiego r. 1887. Warszawa str. 1—2*). Gdy nastanie chwila, o której myślał znakomity fizyk angielski, cała nasza wiedza ułoży się w dwa olbrzymie działy: fizyki i psychologii t. j. nauki o przedmiocie i nauki o podmiocie. Tak np. optogramy na siatkówce należą do fizyki, powidoki zaś do psychologii.

2) Dr. Zygmunt Kramsztyk wymaga podwójnego przyrządu t. j. nie jednego, a dwóch elektroftalmów w celu tak zwanego binokularnego widzenia, a jednak tysiące ludzi zadawalnia się posiadaniem jednego oka. Jeżeli zaś tem jedynym okiem jest prawe, biorą ich nawet do wojskowej służby, gdzie wymagana jest znaczna ostrość wzroku. Przy strzelaniu do celu drugie oko przeszkadza i strzelający, celując, przyryka je. A cóż powiemy o zwierzętach nieposiadających weale t. zw. binokularnego widzenia, o owadach mających już zupełnie odmienne od naszych wzrokowe przyrządy. Czyżby wszystkim tym zwierzętom należało odmówić zdolności oceniania przestrzennych stosunków?

3) Czy ruchy głowy mogą zastąpić poruszenia gałki ocznej? — Ritzmann (Arch. f. Ophthalmologie XXI str. 131, 1875), dowodzi, że w najmniejszym nawet poruszeniu gałek ocznych już towarzyszą poruszenia głowy. Można też przekonać się na chorych z ośrodkowym lub obwodowym porażeniem wszech mięśni ocznych (Ophthalmologia externa), że mogą oni chodzić i oryentować się w przestrzeni dzięki właśnie owym zastępczym ruchom głowy.

4) Czy punkt po nad nosem rzeczywiście i dostatecznie góruje nad otoczeniem?

Badając układy włosków na skórze człowieka, spostrzegamy następujące zasadnicze prawo w ich układzie i, co za tem idzie, i wrażliwości: układają się włoski dośrodkowo do głównych otworów naszego ciała, więc ust, oka, ucha, nozdrzy, utworu płciowego i utworu oddechowego. Tam zaś gdzie różne włoskowe okolice stykają się ze sobą powstają szwy. Na szwach widzimy wyraźnie, jak rzędy włosków o dwóch odmiennych kierunkach graniczą ze sobą. Szwów tych na ciele człowieka jest tyle ile jest graniczących ze sobą okolic włoskowych, ale najgłówniejszy i najważniejszy szew poczyna się ponad nosem i wstępując ku górze przez ciemię i grzbietowe odkostki, kończy się tam, gdzie się kończy rdzeń. Że punkt po nad nosem jest niezmiernie czuły na dotyk, kilka razy już donosiłem, a i obecnie pracując czas jakiś w klinice chorób nerwowych w Petersburgu, miałem sposobność przekonania wielu, między innymi pr. Bechteriewa, pr. Tarchanowa, docenta Erlickiego, d-ra Osipowa.

V. SPRAWOZDANIE

z posiedzenia Warszaw. Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie d. 1-go lutego 1898.

Przed porządkiem dziennym: 1) **Gabszewicz** przedstawił chorego, u którego po otworzeniu opłucny z wycięciem kawałka 5-go żebra wskutek zapalenia ropnego opłucny, pozostała wazka przetoka, prowadząca do wielkiego zbiornika ropy. G. dokonał wycięcia kawał-

ków 5, 6, 7 i 8 żeber podług metody Estlaendera wraz z miękkimi częściami i zgrubiałą opłucną, aby zmniejszyć jamę, powstałą wskutek zapaści prawego płuca. Ponieważ jama nie zarosła zupełnie, przeto G. wykonał po miesiącu operację Schedego; wyciął on zupełnie 4—9 żebra wyłącznie wraz z miękkimi częściami i wyskrobał opłucną wewnętrzną. Po operacji chory czuje się zupełnie dobrze; pomimo zapadnięcia połowy klatki piersiowej, zgięcie kręgosłupa nie powiększyło się i niema żadnych zaburzeń ruchowych ani czuciowych w odpowiedniej kończynie.

2) **Raum** przedstawił 67-letniego chorego, któremu z powodu zwężenia przełyku przez guz złośliwy, wykonał gastrostomię podług metody Kocher'a. Operacja ta, polegająca na wszyciu ściany żołądka w ranę, utworzoną pomiędzy mięśniami prostymi brzucha oraz powięzią, ma tę dogodność, że zapobiega wylewaniu się zawartości żołądka, co przy dawniejszych metodach leczniczych prowadziło do bolesnych obrażeń skóry.

3) **Ciechomski** przedstawił chorego, któremu znaczny ciężar pogruchołał większą część kości stopy. Chcąc leczyć chorego możliwie zachowawczo, C. usunął początkowo kość skokową, łodkową i sześcienną oraz odpiłował połowę 5-tej kości śródstopia i obie kostki. Pod opatrunkiem unieruchamiającym rana podgoiła się; lecz w trzecim tygodniu trzeba było usunąć jeszcze całą kość piętową i część 4-tej kości śródstopia z powodu ich zgorzeli. W 5 miesięcy po wypadku rany zagoiły się całkowicie i chory chodzi bez pomocy laski w przyrządzie Hessing'a.

4) **Kraków** przedstawił 26-letnią kobietę z atresia vaginae congenita.

Na porządku dziennym **Bartoszewicz** wygłosił odezyt pod tytułem: „Zarys organizacyi medycyny w Rosyi“. Praca ta nie nadająca się do streszczenia, wskazuje, że pomoc lekarska w ziemstwach jest mniej więcej odpowiednia do wymagań ludności, oraz że lekarze są względnie dość dobrze uposażeni.

Z powodu tego odezytu **Rychliński** przedstawił krytyczny rozbiór projektu organizacyi pomocy lekarskiej w Płockiem. Z zestawienia liczb wypadła, że lekarze, którzy podjęliby się obowiązków w gubernii Płockiej, będą tak dalece przeciążeni pracą, że nie zdołają nawet w części odpowiedzieć swemu zadaniu i nie przyniosą społeczeństwu żądanych korzyści; co się zaś tyczy ich uposażenia, to ono nie odpowiada ani w części ich pracy.

W. Miklaszewski.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 1-go marca r. 1898.

—j. z.— Przed kilkoma miesiącami podniosłem na tem miejscu kwestyę uorganizowania Towarzystwa popierania zdrojowisk krajo-

wych. Projekt ten, żywo przez wszystkich zrazu przyjęty pozostał dotąd projektem, a jednak zbliża się czas kiedy znowu utyskiwać będziemy na braki w organizacyi naszych zdrojowisk i na publiczność, że omija własne siedziby letnie i dąży na zachód. Czyż nie znajdzie się kółko ludzi dobrej woli, którzy tę sprawę wezmą w swe ręce i zakrzętną się około utworzenia Towarzystwa. Przecież ułożenie ustawy, której punkty wytyczne podałem w swoim czasie, nie wymaga ani zbyt wiele czasu ani zachodów. Dość wziąć zresztą ustawę któregokolwiek z towarzystw, już istniejących na zachodzie i przystosować do warunków miejscowych.

Nikt ani na chwilę nie wątpi, że towarzystwo takie, mające na celu poparcie i rozwój zdrojowisk krajowych, miałyby wiele do roboty i że działalność byłaby zupełnie owocną, a jednak w sferach najbardziej interesowanych dotąd trwa głuche milczenie.

W prasie naszej naukowej praca z dziedziny klimatologii lub balneologii należy do rzadkości, co najwyżej spotykamy się z ulotnami sprawozdaniami, które rzadko kogoś pouczą. Czy brak materiału czy chęci stoi tu na przeszkodzie wchodzić w to nie chcę — notuję fakt ten jedynie, jako dowód potrzeby utworzenia Towarzystwa, które zaległą niwę piśmiennictwa ożywiłoby nieco i zepchnęło z zastarych torów rutyny.

Mimo, że już wiosna zapasem, jeszcze dziś, gdyby się ktokolwiek zajął szczerze sprawą, udałoby się ułożyć ustawę i zyskać zatwierdzenie przed upływem lata.

Cóż na to koledzy lekarze zdrojowi?

—p.— Komitet organizacyjny międzynarodowego kongresu higieny i demografii ogłosił tymczasowy program tegoż. Zjazd miał się odbyć w r. z. w Madrycie ale z powodu zaburzeń w Hiszpanii, spowodowanych powstaniem na Kubie i wyspach Filipińskich został odłożony do 10-go kwietnia r. b. i trwać będzie do 17-go. Generalnym sekretarzem zjazdu ma być prof. Amalio Grimano, w Madrycie w ministerjum spraw wewnętrznych, do którego adresować należy wszelkie komunikaty. Urzędowymi językami są: hiszpański, portugalski, włoski, francuski, niemiecki i angielski. Do nadsyłanych prac należy dołączać krótkie streszczenie po hiszpańsku lub po francusku. Prace powinny być nadsyłane przed 1-ym stycznia, dla kolegów z oddalonych krajów prawdopodobnie zrobione będą wyjątki.

Dostęp do zjazdu będą mieli: przedstawiciele rządów, municypalności, uniwersytetów, akademii, towarzystw naukowych i specjalnych zakładów naukowych, a także osoby zajmujące się badaniami, mającemi związek z higieną i demografią. Komitet zastrzega sobie prawo odmowy tam, gdzie uczestniczenie nie będzie na razie uzasadnione. Żony członków zjazdu, o ile posiadają dyplom lekarski lub tytuł urzędowy, mający związek z higieną albo demografią mogą korzystać z prerogatyw członków: podróży, wycieczek, zaproszeń uczt i t. d. za opłatą 10 pesetes (około rs. 4). Opłata członkowska wy-

nosi 25 pesetes (rs. 10), które należy przesłać na ręce podskarbiego Sënor'a Pablo Ruiz de Velasco, prezesa Izby handlowej w Madrycie. W związku ze zjazdem ma być wystawa, która, podobnie jak zjazd, rozpada się na 10 oddziałów higienicznych i 3 demograficzne.

—h.— W Jersey we Francji pewna kobieta urodziła dwoje bliźniąt. Pierwsze dziecko przyszło na świat o godz. 10-tej wieczorem 31-go grudnia r. 1897, drugie o godz. 2-jej w nocy 1-go stycznia r. 1898. Ponieważ prawo francuskie uważa za starsze to z bliźniąt, które przyszło na świat drugim, przeto w danym przypadku wypada, że dziecko urodzone w r. 1898 jest starsze niż urodzone w r. 1897. (Progr. méd. Nr. 3).

—h.— Według zestawienia Bërenger'a w Paryżu mieszka około 2,500 lekarzy. Z tych 5—6 zarabia rocznie do 200,000—300,000 franków, 10—15 do 100,000—150,000, 100 do 40—60,000, 300 od 25 do 30 tysięcy, 800 od 8 do 25 tysięcy. Pozostali — 1,200 zarabia mniej niż 8000 fr. Ponieważ za sumę tę nie może się utrzymać w Paryżu człowiek rodzinny przeto walka o byt zmusza wielu lekarzy do różnych kroków, nie godzących się z wymaganiami etyki.

(Wracuz 4., La méd. mod.)

—p.— Do szpitala Gwidona (Guy's Hospital) w Londynie przywieziono d. 28-go grudnia r. 1897 mężczyznę, który nocy poprzedniej padł ofiarą zbrodni i zmarł nazajutrz w szpitalu. Przypadek ten stał się powodem nieporozumienia między reprezentantem władzy i przedstawicielami szpitala. Władze bowiem policyjne (które dopiero po śmierci denata dowiedziały się o zbrodni), zażądały od szpitala udzielenia bliższych informacji, których lekarz miejscowy i lekarz zwierzchniczy (médical superintendent), dr. Perry, odmówili. Ten ostatni dowodził, że do szpitala niejednokrotnie przywożeni bywają niedoszli samobójcy; gdyby więc rozniosło się, iż o każdym zamachu samobójczym (który prawnie uważa się za przestępstwo) zostaje niezwłocznie zawiadamiana policja, to nie skierowanoby do szpitala tego rodzaju wypadków, które mogłyby skutkiem braku starannej opieki kończyć się fatalnie. Zdaniem d-ra Perry, lepiej jest, że szpital uchodzi za miejsce, gdzie nie zadają tego rodzaju pytań, chyba gdy pacjent domaga się aresztowania kogokolwiek.

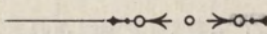
Redakcja Lancet'a, godząc się z powyższem zdaniem, zaznacza, że zasada przestrzegania tego rodzaju tajemnicy jest dawna, taż sama bowiem przewodnia myśl tkwi w dawniejszych sankturyach (schroniskach starożytnych żydów i innych ludów, stykających się z oświatą). Przy tej sposobności przypomina Lancet zdanie ministra justycyi Hawkinsa, wygłoszone w następujących warunkach:

Do d-ra Johna Williamsa, stającego w charakterze świadka, zwrócił się sędzia prowadzący śledztwo z zapytaniem: „Przypuśćmy, że lekarz zostaje wezwany do kobiety, która, jak przekonywa się przy badaniu, siłowała wywołać poronienie. Czyn taki jest ze stanowiska prawnego — przestępstwem. Czy lekarz tedy ma obowiązek odejść i zawiadomić o niej prokuratora“. Świadek: „Na mocy orzeczenia Królewskiego Kolegium Lekarzy: Tak“. Na to Hawkins:

S P I S T R Z E C Z Y

„W takim razie mogę to tylko powiedzieć, że będę w wielkim ambasie, gdy wypadnie mi wybrać sobie lekarza.“ „Smutne czasy nastąpiły dla szpitali“ kończy Lancet, „gdyby było wiadomo, że instytucje te, oprócz zadań, mających na celu zdrowie i życie chorych, spełniają inne, stając się przedsięwzięciem kryminalu. Wprawdzie zapobieganie zbrodni, a także wykrywanie jej i karanie są to rzeczy, które każdy dobry obywatel powinien mieć na sercu, wszelako nie w tym celu założone zostały szpitale a funkcyonaryusze tych ostatnich nie są agentami sądów.“

LIŚCIA SPRAWOZDAWCZY.



I. Patologia. Med. — O skutkach promieni rentgenowskich na błonę śluzową jamy ustnej. — Dr. J. H. Hübner. — Wpływ promieni rentgenowskich na błonę śluzową jamy ustnej. — Dr. J. H. Hübner. — Wpływ promieni rentgenowskich na błonę śluzową jamy ustnej. — Dr. J. H. Hübner. — Wpływ promieni rentgenowskich na błonę śluzową jamy ustnej. — Dr. J. H. Hübner.

II. Choroby nerwowe. — Leczenie elektrycznością przewodu wzrokowego. — Dr. J. H. Hübner. — Leczenie elektrycznością przewodu wzrokowego. — Dr. J. H. Hübner. — Leczenie elektrycznością przewodu wzrokowego. — Dr. J. H. Hübner.

III. Choroby dzieci. — O pielęgnowaniu niemowląt niezdolnych do karmienia. — Dr. J. H. Hübner. — O pielęgnowaniu niemowląt niezdolnych do karmienia. — Dr. J. H. Hübner. — O pielęgnowaniu niemowląt niezdolnych do karmienia. — Dr. J. H. Hübner.

IV. Wschodzenie promiennicy. — O wywołaniu promiennicy w zwierzętach. — Dr. J. H. Hübner. — O wywołaniu promiennicy w zwierzętach. — Dr. J. H. Hübner. — O wywołaniu promiennicy w zwierzętach. — Dr. J. H. Hübner.

V. Sprawozdanie z oddziału Wzrostu i Rozwoju. — Dr. J. H. Hübner. — Sprawozdanie z oddziału Wzrostu i Rozwoju. — Dr. J. H. Hübner. — Sprawozdanie z oddziału Wzrostu i Rozwoju. — Dr. J. H. Hübner.

Redaktorzy: Dr. Med. Oton Nowakowski, Dr. Józef Ławski.
Wydawcy: Dr. Med. Oton Nowakowski, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Ławski.
Drukarnia: Drukarnia „Praca“ w Warszawie.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Przypadek XVI-miesięcznej ciąży zamacicznej śródwieżadłowej. Płód donoszony, od VI-miesiący nieżywy. Koeliotomia. Wyzdrowienie — str. 213.
- II. Przyczynek do rozpoznawania, oraz leczenia ropnego zapalenia migdałka podniebiennego, oraz językowego, ze szczególnem uwzględnieniem ropnia okołomigdałkowego — str. 221.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologia, Medycyna wewnętrzna.

77. H. Rieder — Działanie promieni Roentgena na bakterye — str. 232. 78. W. Steckel. — Współczesna patologia i terapia migreny — str. 233. 79. T. L. Chadbourne — O leukocytozie podczas trawienia u chorych na żołądek — str. 235. 80. Dr. Mesnil de Rochemont — O stosunku stanów anemicznych do kwaśności soku żołądkowego i do wrzodu okrągłego żołądka — str. 236. 81. H. Bernaud — O powikłaniach wrzodu dwunastnicy — str. 237. 82. Dr Franz Kuhn — O sondowaniu kiszki grubej — str. 237.

II. Choroby nerwowe.

83. Bergmann — Leczenie chirurgiczne guzów mózgu — str. 239. 84. Facklam — Przyczynek do nauki o istocie płasawiey Huntingtona — str. 241. 85. Hirschberg — O nerwicach ruchowych, wydzierających się epidemicznie i o środkach zwalczania ich — str. 242. 86. Kattwinkel — O zaburzeniach odruchu gardzielowego, mowy i połykania w porażeniach połowicznych — str. 243. 87. Dr. J. Meyer — Przyczynek do kazuistyki „Tic rotatoire“ — str. 244.

III. Choroby dzieci.

88. Dr. A. Kühner — O pielęgnowaniu niedonoszonych noworodków — str. 246.

IV. Wiadomości pomniejsze str. 248 — 89 — 95.

List do Redakcyi „Kroniki Lekarskiej“ w sprawie Elektroftalmu — str. 250.

V. Sprawozdanie z posiedzenia Warsz. Tow. Lekarskiego — str. 251.

Kronika bieżąca — str. 252.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою, Варшава 16 Февраля 1883 года.