

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

## PRZYPADEK

zgorzeli płuca wskutek stłuczenia (kontuzyi)  
klatki piersiowej.

PODAŁ

*Dr med. O. Hewelke,*

Ordynator szpitala Ś-go Rocha.

Bezpośredni uraz płuca—w postaci ran (kłutych, ciętych, postrzałowych) lub uszkodzeń mięszu płucnego przez odłamki złamanych żeber z ich różnorodnymi następstwami—jest czynnikiem w etyologii chorób płucnych, znanym od dawna i powszechnie. Za to wpływ urazu na płuco przez pośrednictwo nieuszkodzonej klatki piersiowej należy do momentów etyologicznych w cierpieniach płuc mniej znanych i mniej uwzględnianych, zwłaszcza na oddziałach wewnętrznych, gdyż chorzy odnośni dostają się przeważnie na sale chirurgiczne.

Tymczasem z przyczyny urazu pośredniego mogą rozwijać się różne sprawy chorobowe w płucach, między innymi i zgorzel płuca, o której mamy właśnie mówić.

E. Leyden pierwszy zwrócił uwagę na możność rozwoju zgorzeli płuc wskutek stłuczenia klatki piersiowej. Obszerniej omówiona jest ta kwestya jedynie w pracy Litten a i dysertacyi A. Fourrier'a.

M. Litten <sup>1)</sup>, któremu literatura zawdzięcza bardzo dobrą monografię uszkodzeń płuca, wywołanych przez uraz pośredni, działający przez ścianę klatki piersiowej, dzieli je na następujące grupy:

- I. Kontuzyje płuca i opłucny:
  - a) powierzchowne i podopłucnowe wybroczyny,
  - b) krwawe nacieczenie mięszu płucnego,
  - c) apoplexia sanguinea pulmonis.
- II. Przerwy całości płuca i opłucny:
  - a) rozerwanie i zmiążdżenie płuca (z ewent. rozedmą podopłucnową śródzrazikową),
  - b) rozerwanie opłucny.
- III. Zapalne zmiany:
  - a) zapalenie zrazowe i pleuropneumonia,
  - b) zapalenie opłucny (sicca, sero-febrinosa, purulenta),
  - c) zgorzel płuca w rzadkich przypadkach.

Pierwsze dwie grupy uważa Litten za bezpośrednie następstwo urazu, ostatnią—jako sprawę wtórne.

Aby zapobiedz nieporozumieniom co do zapatrywań Litten a na związek urazu i zgorzeli płuca — bardzo możliwym wobec powyższego ugrupowania, zaznaczę zaraz, że w pracy swej Litten omawia nie tylko zgorzel płuca, jako wtórną sprawę lub jedno z zejść zmian zapalnych tramatycznego pochodzenia (Contusionspneumonie). Przeciwnie, omawiając zejścia apoplexia sanguinea (ad I, c) mówi wyraźnie, że w ciężkich przypadkach tego rodzaju uszkodzeń może dojść do sposoczenia i zgorzeli płuca. Podobnież w ustępie o uszkodzeniach mięszu płucnego uwzględnia powstawanie zgorzeli w uczałkach płuca, których naczynia doprowadzające uległy

---

<sup>1)</sup> M. Litten. Ueber die durch Contusion erzeugten Erkrankungen der Brustorgane mit besond. Berücksichtigung der „Contusionspneumonie.“ Zeitschr. f. klin. Med. 1882.

rozerwaniu lub zatkaniu, jak również w miejscach, gdzie miąższ uległ silnemu zgnieceniu, i wreszcie w pośrodku znaczniejszych wylewów krwawych, pociągających za sobą zmiżdżenie miąższu.

Właściwie więc byłoby pomieścić w powyższej tablicy zgorzel i w pierwszych dwóch grupach, jako bezpośrednie i tylko co do czasu dalsze następstwo urazu.

Z pracy Littena przytoczę tu jeszcze fakt, znany zresztą zdawna, że stopień obrażeń widocznych na klatce piersiowej nie znajduje się w żadnym stosunku do rozległości zmian w płucach. Dalej, że umiejscowienie zmian w płucach nie odpowiada ściśle miejscu klatki piersiowej, na które podziałął uraz. Dolne płaty są skłonniejsze do rozerwań. N. p. w przypadku uderzenia dyszlem w górną połowę klatki piersiowej wylew miał miejsce w dolnym płacie. Wreszcie, że chorobliwie zmienione miejsce (emphysema, phtisis, przewlekłe sprawy zapalne) zwykle najłatwiej ulegają uszkodzeniom.

Leyden, któremu, jak wspomnieliśmy, Jaccoud <sup>1)</sup> przypisuje zasługę wliczenia urazu klatki piersiowej do szeregu przyczyn, mogących wywoływać zgorzel płuca, uważa, że sprawa ta występuje niekiedy jako bezpośrednie następstwo stłuczenia klatki piersiowej. Pogląd ten opiera Leyden <sup>2)</sup> na kilku (4) spostrzeżeniach klinicznych, opisanych, niestety, bardzo pobieżnie. Tak n. p. chory, bardzo silny tragarz, został rzucony gwałtownie ramieniem o drewnianą ławę. Dwie godziny przeleżał bez przytomności. Po tej kontuzji rozwinęła się stopniowa zgorzel wierzchołka prawego płuca. W drugim przypadku chory otrzymał uderzenie dyszlem w lewy bok i w tym samym boku rozwinęła się gangrena płuca. U innego chorego gangrena płuca lewostronna wywiązała się w następstwie zgniecenia znacznym ciężarem (1 $\frac{1}{2}$  cetnara), który chory uniósł lewym ramieniem.

Leyden twierdzi, że przy podatności ścian klatki piersiowej, zwłaszcza w okolicy ramieniowej, u osób młodych, kontuzya z łatwością może rozszerzyć się na płuca i spowo-

<sup>1)</sup> S. Jaccoud. Wykład patologii szczegółowej. Tom II, str. 505.

<sup>2)</sup> E. Leyden. Ueber Lungenbrand. Volkm. Samlg. Nr 26.

dować w nich krwawe podbiegi i strup gangrenowy, podobnie jak na skórze.

Fourrière <sup>1)</sup> na podstawie jednego własnego przypadku i kilku obserwacji innych autorów przyjmuje możliwość powstania zgorzeli płuc w następstwie stłuczenia klatki piersiowej za rzecz nie ulegającą wątpliwości. Uważa on, że ta urazowa zgorzel płuca różni się od zgorzeli innego pochodzenia (nagle, u osobnika dotąd zdrowego), przebiegiem, trwaniem i zejściem, które tu częściej bywa pomyślnem.

Jako charakterystyczne objawy dla zgorzeli pochodzenia urazowego uważa Fourrière: wystąpienie niezwłocznie po urazie bólu w boku, bardzo przykrego i upartego, nie ustępującego żadnym środkom; następnie zaznacza, że w tych przypadkach gorączka zjawia się późno, szybko zaś występuje wyniszczenie i upadek sił.

Wobec tej nieobfitej literatury przedmiotu, sędzę, że na miejscu będzie dorzucić spostrzeżenie nad przypadkiem, jaki obserwowałem w roku zeszłym na oddziale mym w szpitalu Ś-go Rocha.

W... Aleksandra, wieku lat 75 przybyła na oddział 20 Listopada 1894 roku. Chuda, wyniszczona staruszka, niewidoma na oba oczy opowiadała, że przed paru (4—5?) dniami spadła z dość wysoka, z tak zw. pawlaczka na podłogę i zabiła sobie mocno piersi. Przytomności zdaje się przy tem nie straciła. Przy oględzinach chorej uderzał stan psychicznego pobudzenia; opowiadanie jej, każące przypuszczać gorączkowe pobudzenie, przedstawiało dziwny kontrast z utrudnionemi ruchami; mięśnie kończyn i karku znajdowały się w stanie wybitnej sztywności (rigiditas). Puls 72, wyraźnie ateromatyczny, ciepłota ciała nie podniesiona.

Skóra na całym przodzie łożkowato wypukłej klatki piersiowej była zajęta przez ogromny podbieg krwawy, który na samym mostku miał zabarwienie ciemno-fioletowe, a na brzegach — koło pach — zielonawe. Oprócz tego znaleziono ranę gniecioną na granicy prawej skroniowej

---

<sup>1)</sup> A. Fourrière. De la Gangrène pulmonaire par contusion du thorax. Paris. A. Parent 1878.

i potylicowej kości w górze—przez grubość skóry, nie dochodzącą do kości, i mocne otarcie skóry na prawym krętarzu.

Szczególowe zbadanie chorej nie wykazało złamania żeber, ze strony zaś narządów wewnętrznych nie znaleziono wybitniejszych zmian. Tętno serca były słabe, w dolnych częściach płuc od tyłu przy głębszych wdechach słychać było nieliczne trzeszczenia.

Przez kilka dni utrzymywał się stan pobudzenia i sztywności w mięśniach, który uważałem za zależny od lekkiego stopnia wstrząśnienia mózgowego, następnie chora uspokoiła się zupełnie i nie objawiała żadnych skarg. Rana na głowie zagoiła się w tym czasie.

2-o Grudnia chora w nocy zaczęła gorączkować, była niespokojna, bredziła nieco. Rano znaleziono ciepłość ciała podniesioną do 38,7° C. Skargi chorej dotyczyły tylko ogólnego niedomagania. Przy badaniu zauważono zwiększenie się ilości rzężeń w prawym płucu od tyłu i w boku z nieznacznym podwyższeniem odgłosu wypukowego nad i na prawej łopacie. Rana na czaszce była zupełnie zagojona, wieczorem ciepłota podniosła się do 39° C.

3-o Grudnia. Ciepłota rano 38,7, wieczorem 39,1. Tętno 114. Język suchy, w płucach wilgotne drobnopęcherzykowe rzężenia, oddech nieokreślony, osłabiony na łopacie prawej—niżej ości i pod prawą pachą.

W przypuszczeniu rozwoju kachektycznego zapalenia płuc zalecono okład gorący, środki pobudzające i wykrztuśne.

4—5—6 Grudnia. Stan bezgorączkowy, poprawa stanu ogólnego. W płucach stan bez zmiany, kaszel bardzo nieznaczny bez odkrztuszania.

7-o Grudnia. Noc zła, bredzenie i zrywanie się z łóżka. Ciepłota ciała 37,8 rano. Tętno nieco przyspieszone (88), dość silne. W płucach ten sam stan. Temperatura wieczorem 38,2.

8-o Grudnia. Ciepłota rano 38,0 C., wieczorem 39,5. Chora bardzo osłabiona, nawpół przytomna, oddaje stolec pod siebie. W płucu prawem rzężenia grubo pęcherzykowe bardzo liczne. Płwociny nie można zebrać.

Następnych dni stan chorej stale się pogarszał, pomimo środków podniecających, wystąpiły objawy obrzęku płuc i wśród wzmagającej się zapaści chora zmarła 11-o Grudnia.

Przy badaniu zwłok, dokonaniem dnia następnego, znaleziono: prawe płuco przyrośnięte cienkimi, łatwo rozrywającymi się zrostami w górnej części przedniej. Po wydobyciu uderzała różnica w zabarwieniu i spójności górnej i dolnej

połowy. Płat górny do samej prawie podstawy był zabarwiony na czarno-zielonkawy kolor i czynił wrażenie worka, napełnionego gęstą ciecżą. Na przekroju okazała się znaczna jama o cienkich ścianach z opłucny i strzępów zmienionego mięszu płucnego—wypełniona posokowatym cuchnącym płynem, w którym pływały mniejsze i większe kawałki czarnego zmienionego płuca. Ku dołowi, na granicy ze zdrowymi częściami płuc—warstwa grukości 3—4 centymetrów, nacieczona, bez powietrza, barwy sino-czerwonej. Jeszcze niżej płuco trzeszczy, z powierzchni przekroju wypływa dużo płynu, zawierającego bańki powietrzne, spoistość mięszu znaczna.

Lewe płuco trzeszczy na całej przestrzeni, w dolnych częściach obrzękle.

Pozostałe narządy nie przedstawiają wogóle zmian wybitniejszych i mogą tu być pominięte. Żebra były nieuszkodzone, części miękie: skóra i mięśnie usiane mniejszymi i większymi wybroczynami krwi nawpół płynnej.

Taki wynik badania pośmiertnego był oczywiście niespodzianką wobec postawionego rozpoznania kachektycznego zapalenia płuc. Niespodziewany był tem bardziej, że rozpoznawanie zgorzeli płuc opiera się więcej na wrodzonej wrażliwości nosa, niżeli na podstawie nabytych wiadomości z dyagnostyki lekarskiej.

Otóż w danym przypadku nie można było skonstatować obecności charakterystycznego odoru. Bądź to z powodu, że chora, będąc nieprzytomną, plwocinę łykała, bądź że oskrzela, doprowadzające do ogniska zgorzelinowego były niedrożne. Wreszcie ten najpewniejszy dowód istnienia zgorzeli płuc zawodzi częściej, niżby się to mogło zdawać.

A. Fraenkel i Troje <sup>1)</sup> wyrażają się w tej kwestyi w następujący sposób: „erfahrungsmässig können Brandherde mit angehender Infiltration des Parenchyms ziemlich lange bestehen bevor die Putrescenz des Auswurfes die wahre Natur... darthut.

<sup>1)</sup> A. Fraenkel & Troje. Pneumon. Form d. acuten Lungentuberkulose. Zeit. f. kl. Med. 26, p. 106.

Sami mamy też dobrze w pamięci przypadek, w którym na sekcji znalezione zostało w płucu ognisko wielkości pięści, uległe niewątpliwej zgorzeli, a pomimo to zupełnie nie wydające odoru.

W ogóle, o ile mieliśmy sposobność przekonać się, natężenie odoru wydechanego powietrza i plwociny przy zgorzeli płuc jest znaczniejsze, niż posoki i mas rozpadowych w samem ognisku.

Śmiemy nawet powiedzieć, że fetor zgorzelinowy, uważany przez podręczniki za objaw niezbędny do rozpoznania zgorzeli płuc i stanowiący niezaprzeczenie bardzo charakterystyczny objaw, niekiedy jednak zawodzi, i, co do pewności, jako dowód rozpoznawczy, ustępuje drobnowidzowemu badaniu plwociny. Zależy on niewątpliwie od jakiegoś, dziś nie wyosobnionego, rodzaju pasorzytów, rozwijającego się wraz z innymi gatunkami na przyjaznym dlań gruncie. Pasorzyt ten jednak zapewne może niekiedy nie rozwijać się wcale, albo nie dość szybko i bujnie i obecności swej charakterystycznym dlań odorem nie zdradzać <sup>1)</sup>).

Rozwinięcie się zgorzeli w powyższym przypadku u kobiety wprawdzie bardzo wiekowej, ale względnie dobrze (badanie zwłok) zachowanej, nasuwa od razu przypuszczenie bezpośredniego związku przyczynowego z otrzymanym przez chorą urazem klatki piersiowej i ew. jego następstwami t. j. prawdopodobnym wylewem krwi i zmiążdżeniem mięszu płucnego. Żadnej z innych przyczyn tej sprawy wykazać nie można. Podejrzenie istnienia w początkach zapalenia włóknikowego płuc, t. zw. „Contusionspneumonie“ *Litt e n'a* nie znajduje dostatecznych podstaw ani z ogólnego punktu widzenia, ani przy bliższem rozpatrzeniu naszego przypadku. Gdyby nawet było zapalenie płuca, to rozwój zgorzeli, jakeśmy się starali wykazać to na innem miejscu <sup>2)</sup>, nie stoi w ścisłym związku ze sprawą zapalną, a jest wynikiem wtórnej infekcyi,

<sup>1)</sup> Jako właściwą przyczynę zgorzeli płuc Bonome (*Deut. med. Woch.* 1886) uważa gronkowca białego i złotawego, których hodowle nie wyróżniają się zapachem.

<sup>2)</sup> O. Hewelke. Przyczynek do leczenia zgorzeli płuc. *Kronika Lekarska* 1891.

znajdującej przygotowany grunt w chorobowo zmienionej tkance. Relacja jednak chorej i jej stan po przyjęciu na oddział, brak kaszlu, gorączki, zmian w płucach, stanowczo przeczy powyższemu przypuszczeniu.

Zapaleniom, rozwijającym się po urazie klatki piersiowej towarzyszy, jak to widzimy w opisach Litten a i Sokółowskiego <sup>1)</sup>, wysoka gorączka, występująca wśród silnego dreszczu zwykle na 2—3 dzień po wypadku i utrzymująca się 5 do 7 dni. Gdyby zaś przyjąć możliwość rozwinięcia się zapalenia traumatycznego po dłuższym przeciągu czasu, jak to czyni Sokółowski, po 10—15 dniach, i uważać objawy gorączkowe u naszej chorej w pierwszych dniach Grudnia za początek zapalenia, to w takim razie zbrakłoby czasu na wytworzenie się znalezionej w tydzień później na zwłokach znacznego ogniska zgorzelinowego.

Poddaliśmy badaniu drobnowidzowemu <sup>2)</sup> części płuca pośrednie między miejscami uległymi zgorzeli, a zdrowym mięszem. Otrzymane obrazy przedstawiały się w sposób następujący: Bliżej ogniska—budowa płuca zatarta, źle przyjmująca barwnik, gęsto wypełniona pasorzytami, przeważnie o charakterze koków. Dalej ku zewnątrz mięsz przedstawiał się zgniecionym. Pęcherzyki płucne są spłaszczone, wydłużone. We wnętrzu ich widać delikatną siatkę włóknika, nie zajmującą całego światła i nie czyniącą wrażenia przepelnienia. Komórkowych pierwiastków wogóle bardzo mało, nabłonek pęcherzyków niezmieniony widocznie, nigdzie też niema nacieczeń ani wogóle obfitszej przymieszki białych ciałek. W tych miejscach nie było zupełnie drobnoustrojów. Specyalne poszukiwania co do obecności dwuziarniaków wypadły ujemnie.

Opisany obraz zmian, dość daleki od tego, co znajdujemy przy włóknikowym zapaleniu płuc, stanowi sprawę odczynową, jaką spotykamy na granicach ognisk zgorzelinowych,

<sup>1)</sup> Dr med. A. Sokółowski. Czy obrażenie ciała może być przyczyną ostrego zapalenia płuc. *Gaz. Lek.* 1888.

Tenże. O urazowie (traumatycznym) ostrem zapaleniu płuc. *Nowiny Lek.* 1889.

<sup>2)</sup> W pracowni Anatomo-patologicznej prof. Brodowskiego.



i zostaje zapewne wywołanym przez podrażnienie chemiczne zapływającymi z ogniska wytworami rozkładowemi.

Ten pas odczynowy w naszym przypadku dość wązki (około 2 centymetrów), zapewne z powodu, że pewną zaporą dlań była opłucna międzyzrazowa, niekiedy może być znacznie szerszym i okalać całe ognisko zgorzelinowe. Przy powierzchniowych oględzinach obraz taki może być wzięty za włóknikowe zapalenie płuc, w pośrodku którego rozwinęła się zgorzel. Na częstosć takich pomyłek zwracał uwagę już *Laennec*.

Wyłuszczone powyżej względy usuwają, sądzimy, przypuszczenie istnienia w naszym przypadku zapalenia, jako sprawy pośredniej pomiędzy urazem i zgorzelą płuc i zmuszają do uważania pochodzenia ostatniej za czysto traumatyczne.

W końcu dotkniemy jeszcze kwestyi, mogącej mieć praktyczne znaczenie z punktu widzenia sądowo-lekarskiego, mianowicie, w jakim przeciągu czasu po urazie grozi wystąpienie zgorzeli płuc.

Dotychczasowa kazuistyka daje zbyt mało danych dla określonej odpowiedzi. Opisy większości przypadków, n. p. *Leydena*, są bardzo pobieżne, i na interesujący nas punkt nie zwrócono w nich uwagi. Nie jest przy tem rzeczą tak zupełnie prostą oznaczyć w klinicznym przebiegu poszczególnego przypadku, kiedy właśnie martwica nastąpiła. Fizykalnych danych patognomicznych niema, też same zmiany tonu wypukowego, oddechu, jak i obecność rzężeń oraz gorączkę—spotykamy i w innych sprawach. Dopiero wystąpienie objawów jamowych, a głównie charakterystycznej plwociny i odoru—wyświetlają naturę spostrzeganych uprzednio zjawisk i zmian. Właściwsze będzie może przeto podawanie dwóch dat, mianowicie chwili ostatecznego zdecydowania rozpoznania i daty ujawnienia się zmian fizykalnych i gorączki odczynowej. W naszym przypadku uraz miał miejsce 14—15 Listopada, pierwsze objawy gorączkowe i rzężenia w płucu wystąpiły 1—2 Grudnia; druga data nie może być określona, ponieważ za życia zgorzel rozpoznaną nie była.

W przypadku, spostrzeganym w oddziale Dra Laboulbène'a <sup>1)</sup> uraz miał miejsce 9 Czerwca, plwocina stała się cuchnącą między 20—25 Czerwca; stępienie w boku zauważono w parę dni po urazie, gorączki nie było prawie.

W przypadku Graux <sup>1)</sup> pomiędzy wystąpieniem odoru zgorzelinowego a urazem upłynęło prawie 30 dni (daty nie ściśle podane).

W przypadku Jacksona <sup>1)</sup> zgorzel została rozpoznana w 15 dni po urazie, a daty wystąpienia zmian nie można określić, ponieważ chory przedtem nie podlegał obserwacji.

Według więc powyższych danych plwocina o zgorzelinowym odorze zjawia się około 15 dnia po urazie, gorączka, zależna od zmian zapalnych odczynowych, w sąsiedztwie martwiaka, występuje w jakie 8—15 dni po urazie.

Na zakończenie wspomnimy tu jeszcze o objawie klinicznym, który Fourrière uważa za nader ważny pod względem rozpoznawczym.

Ma nim być ból w stłuczonym boku, silny i uporczywy, trudny do złagodzenia i nie licujący z natężeniem znajdujących zmian w płucach. Fourrière sądzi, że obecność takiego bólu, występującego i utrzymującego się trwale po kontuzji klatki piersiowej, jest pewnym zwiastunem rozwoju zgorzeli płuc.

W spostrzeżeniach innych autorów ani w naszym przypadku nie znajdujemy jednak bynajmniej potwierdzenia tego poglądu.

---

<sup>1)</sup> Cytow. przez Fourrière'a.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

## SPRAWOZDANIE

### z VII-go zjazdu chirurgów polskich w Krakowie

16 i 17 VII 1895.

(Dokończenie.)

5. Jasiński Roman wygłosił rzecz o **laminektomii**. Przedmiot to nowy i nader ciekawy. Prelegent operował w pięciu przypadkach morbus Pottii, gdzie wskazaniem do zabiegu nie była chęć leczenia gruźlicy trzonów kręgowych, lecz chęć usunięcia ucisku, wywieranego na mlecze. Dotychczasowe sposoby operowania posiadały tę ujemną stronę, że wstrząsały nadmiernie mlecze, polegały bowiem na otwieraniu kanału mleczka za pomocą dłuta i młotka. Zgodnie z Chipault prelegent stara się unikać urazowych obrażeń, a jednocześnie twierdzi, że przy odpowiedniej pomocy i, co najważniejsza, przy użyciu odpowiednich narzędzi operacja wykonywa się stosunkowo łatwo i w dość krótkim przeciągu czasu. Ponieważ warunkiem niezbędnym jest dokładne obejrzenie mleczka zarówno z tyłu, jak z boków i z przodu, należy więc szeroko otwierać mlecze, a nie poprzestawać li tylko na usunięciu wyrostków ciernistych. J. operuje w sposób następujący: prowadzi cięcie podłużne ponad 5 — 6 wyrostkami ciernistymi przez całą długość wypukłonej (kyphosis) części kręgosłupa; cięcie to idzie nieco z boku wyrostków, poczem J. odseparowuje całe masy mięśni z obu stron więzu nadciernistego (lig. supraspinosum). Następnie odgryza wyrostki cierniste odpowiednimi kleszczami, wreszcie otwiera kanał mleczka za pomocą odpowiedniego trepanu i szczypiec Lannelonguea (narzędzia używane przy tej operacji prelegent przedstawił zgromadzonemu), poczem następuje zbadanie mleczka wokoło przy użyciu delikatnej łyżeczki. Na 5 operowanych w ten sposób przypadków, J. otrzymał w dwóch wynik cał-

kiem pomyslny, w trzech zaś częściową poprawę, mianowicie zmniejszenie napięcia (tonus) mięśni kończyn.

Obaliński zaznacza, że podług niektórych autorów cały szereg objawów przy pomienionem cierpieniu zależy nie od ucisku na mlec, lecz od gruźlicy, jako takiej. W operowanym przez siebie, w sposób nietypowy, przypadku nie mógł potwierdzić wyników pomyslnych. Obaliński radzi przy tem używać mocno zbudowanych kleszczy Horsley'a.

Ziembicki uważa, że pewnem ubliżeniem dla tej metody jest usuwanie części zdrowych przy niezupełnej pewnością dojścia do chorobowego ogniska.

6. Obaliński wypowiedział rzecz o modyfikacji postępowania operacyjnego, podanego przez Gleicha, celem leczenia bolesnego płaskonoga. Płaskonóg (Plattfuss) wrodzony zazwyczaj nie bywa bolesny, dolega on zaś często tym, u których to cierpienie rozwija się w wieku późniejszym. Próbowano rozmaitych sposobów leczenia płaskonogu bolesnego, jako to: 1) mięsienia, 2) sztucznego wytwarzania łuku na podszewie przez zakładanie odpowiednich klinów w obuwiu, wreszcie 3) operacji. Trendelenburg i Hahn sprowadzali do normalnego położenia kość goleniową i strzałkowa nad kostkami; inni chirurgowie podawali rozmaite sposoby, gdzie bądź dokonywali przecięcia ścięgna (tenotomia), bądź wycinali kliny w różnych miejscach kości stopowych. Obaliński poleca dokonywać operacji w sposób następujący: zamiast używanego dotychczas cięcia w kształcie litery U, obejmującego podszewę na podobienstwo strzemienia, radzi prowadzić cięcie w kierunku odwrotnym, t. j. w kształcie U, zwróconego brzuskiem do góry (∩); dodatnią stronę tej modyfikacji stanowi ta okoliczność, że za jednym cięciem przecinamy ścięgno Achillesa.

7. Rydygier przedstawia własną modyfikację maski do usypiania chorych zarówno chloroformem, jak i eterem, oraz przyrząd do wziernikowania (oglądania) moczowodów.

8. Jordan wypowiedział długi odczyt o wartości rozmaitych sposobów myomektomii. Istniejące sposoby operowania mięśniaków macicy dadzą się sprowadzić do trzech rodzajów: 1) Colpohysteromyomektomia vaginalis, polegająca na otwarciu sklepienia przedniego, wydobyciu przez nie macicy i wyluszczeniu istniejących guzów; dodatnie strony tego zabiegu polegają na tem, że możemy dokładnie obejrzeć macicę i usunąć mięśniaki, zachowując przy tem sam narząd, a unikamy wszystkich następstw cięcia brzuszego; ujemną stronę stanowi okoliczność, że tylko małe i nieliczne guzy usuwać w ten sposób możemy i przy tem wtedy tylko, kiedy ruchomość macicy jest zachowana. Pr. operował w ten sposób trzydziści kilka razy i zawsze z pomyslnym wynikiem. 2) Eucleatio per vaginam—zabieg ten nadaje się tylko w pewnych ra-

zach (mięśniaki podśluzowe etc.) 3) Laparotomia z zachowaniem macicy lub bez, i z rozmaitymi sposobami traktowania kikutu macicy, jeśli ta ostatnia była amputowana. Zachować macicę można tylko w niewielu przypadkach, i tak też postępował Jordan. Tam zaś, gdzie usuwał macicę, starał się unikać wszelkich kikutów i postępował zgodnie z metodą Freund-Rydygiera. Wszywaniu w ranę brzucha rany macicy, pozostałej po wyłuszczeniu mięśniaka (sposób Obalińskiego) zarzuca Jordan to, że stwarza się w ten sposób niepomyślne warunki dla mogącej nastąpić ciąży. Wnioski postawił prelegent następujące: gdzie można, usuwać zawsze przez pochwę t. j. sposobem Martina (spos. 1), jeśli zaś macicy dla dobra chorej zostawiać nie należy, operować sposobem Freund-Rydygiera.

Ziembicki przedstawił zgromadzonym wyjęty przez siebie **mięśniak macicy, ważący 13 kilo**; guz usunięty został wraz z macicą; chora wyzdrowiała. Nawiązując przypadek swój do odczytu Jordana, zauważył, że usuwanie macicy dokonywane jest częściej, niżby to powinno mieć miejsce, że w wielu przypadkach widział dobre wyniki przy stosowaniu elektrolizy Apostoli'ego. Prócz tego nie wspomniał poprzedni mówca o kastracyi przy leczeniu mięśniaków macicy i o sposobie Péana, zwanym morcellement, t. j. rozkawałkowanie nowotworu. Kastracja jest zabiegiem łatwym i daje dobre wyniki, zwłaszcza przy małych guzach; morcellement stosował Z. w kilku przypadkach i jest z niego bardzo zadowolony.

Obaliński dziękuje Jordanowi, że się tak łagodnie obszedł z jego metodą i uważa, że za mało jeszcze posiadamy operowanych przypadków, by z danych statystycznych wyrokować za lub przeciw metodzie. Powtarza jeszcze raz, że dla kobiety nie jest obojętnem, czy jej usuniemy, czy też pozostawimy macicę.

Rosner. Prof. Jordan naumyślnie nie wspomniał o kastracyi, gdyż jedyną chyba zaletą tej operacyi jest łatwość jej wykonania. Pomocy chorym nie okazuje i R. ma nadzieję, że zabieg ten będzie kiedyś zupełnie zarzucony, bo sam Ziembicki przyznaje, że dużych mięśniaków tym sposobem leczyć nie można, a co do małych, to te po zabiegu nie zawsze zanikają, ale za to często powoli, w dalszym ciągu rosną.

Szuman radzi przy dużych mięśniakach operację radykalną.

Rydygier żałuje, że ginekologowie zabierają cały odnośny materiał i że dopiero od niedawnego czasu zaczął stosować operacje według sposobu Martina.

9. Rosner wypowiedział rzecz w sprawie zapobiegania wypocinom około szypuł po wycięciu guzów brzusznych. Sposoby

traktowania szypuł po wycięciu guzów w jamie brzusznej dają się podzielić na dwa rodzaje: zewnątrz i wewnątrzotrzewnowy. Troskliwe badanie chorych po operacjach, gdzie kikut wpuszczano do jamy brzusznej, wykazało, że w większości przypadków (w 23 na 51 stwierdzonych w klinice Jordana) tworzą się naokoło kikuta wypociny, t. j. zrosty i zlepy, które powodują najrozmaitsze, przykre dla chorych następstwa (ból etc.). Prelegent przytacza jeden przypadek, gdzie zaszła konieczność otwarcia jamy brzusznej w trzy miesiące po dokonaniu myomektomii i usunięcia kikuta z powodu ogromnej wypociny. R. zapytuje, co się dzieje z kikutem, wpuszczonym do jamy otrzewny i skąd się biorą eksudaty? Powyżej ligatur następuje nekroza lub nekrobioza; ponieważ zaś podwiązujemy zazwyczaj en masse (więzy szerokie, jajowody, naczynia i t. d.), przeto w rzadkich przypadkach udaje się nam otrzymać nekrozę, natomiast częściej, przy minimalnym odżywianiu tkanek (powyżej przewiązki), otrzymujemy nekrobiozę wraz z nagromadzeniem się wypocin, z wielką trudnością ulegających wessaniu. Dla zapobieżenia tej możliwości należałoby postępować z kikutami narządów jamy brzusznej tak, jak to czynią chirurgowie po odjęciu kończyny: podwiązywać wszystkie naczynia oddzielnie, ligaturę en masse zarzucić, wreszcie pokrywać szypułę otrzewną.

**D r o b n i k** spostrzegł dwukrotnie, po usunięciu torbieli jajnika, wypociny naokoło szypuły. Radzi jednakże pozostać przy dawniejszym sposobie nakładania przewiązki en masse.

**B o g d a n i k** używa stale tylko catgutu karbolowego, zarówno do podwiązania, jak i do szycia (szew kiszkowy). Szwy skórne nakłada z catgutu chromowego.

**R y d y g i e r** nie lubi nakładać przewiązki en masse.

10. **W o ł k o w i c z** wygłosił rzecz p. t. **pomysły do nowych zabiegów chirurgicznych, mających na celu zapobieganie i leczenie przepuklin brzusznych środkowych i obwisłego brzucha.** Dotychczasowe sposoby operacyjne doszczętnego leczenia przepuklin brzusznych środkowych są niepewne, wskutek tego W. podaje nowy sposób postępowania, według którego, w celu zabezpieczenia blizny pooperacyjnej, skrzyżowane zostają na linii środkowej wewnętrzne połowy obydwóch mięśni prostych brzucha, po ich obnażeniu i przecięciu w kierunku poprzecznym do połowy. W przypadkach, gdzie przepuklina zajmuje całą prawie długość smugi białej, odpowiedniejszym byłoby nasuwanie płatów mięśni prostych brzucha; w tym celu, z każdego m. prostego, mianowicie z jego wewnętrznej połowy, należałoby wytworzyć po jednym środkowym, czworobocznym, długim płacie i przyszywać go do pozostałych górnych i dolnych odcinków przeciwległych mięśni prostych. W celu leczenia obwisłego brzucha proponuje W. skracanie i krzyżo-

wanie, na linii środkowej, mięśni prostych brzucha, przez co podłużny, jak i poprzeczny wymiar przedniej ściany brzucha uległby skróceniu. By zapobiedz wytwarzaniu się, po laparotomiach, przepuklin i obwisłego brzucha, W. radzi prowadzić cięcie nie w smudze białej, lecz poprzez jeden z mięśni prostych brzucha, sądzi bowiem, że blizna mięśniowa daje więcej szans trwałości, niż blizna łącznotkankowa.

11. Świtalski mówił o **wywołaniu sztucznego ropienia celem wyleczenia ropnicy**. Prelegent stosował na oddziale prof. Jordana zastrzykiwania olejku terpentynowego według metody, podanej przez Fochier, w przypadkach ropnicy, gdzie nie było objawów miejscowych. Zastrzykiwano 2—3 grm. pomieszanego płynu. Odczyn ustroju, zarówno miejscowy jak i ogólny, bardzo zależy od indywidualnego usposobienia chorego. Wstrzykiwania są mało bolesne i nie niebezpieczne. Wyniki dotychczasowe tego sposobu leczenia są dobre, S. poleca przeto dalsze próby w tym kierunku.

Drugi dzień zjazdu zapoczątkował (12) Bujwid **demonstracją na ekranie projekcyj preparatów i hodowli bakterij błoniczych, gruźliczych i ropotwórczych**, przy czem zwracał uwagę na cechy charakterystyczne każdego gatunku.

13. Stępiński zdaje sprawę z **wyników i sposobu wykonania ośmiu przypadków trepanacji czaszki**, jakie miały miejsce na oddziale Rauma (w Warszawie). Do operacji kwalifikowano chorych-idiotów, gdzie wszelkie leczenie wewnętrzne pozostawało bez skutku. Sama operacja polega na wypilowaniu paska kości w celu zwiększenia pojemności czaszki. Raum robił w okolicy ciemieniowej szereg (sześć) otworów trepanacyjnych, które następnie łączył za pomocą mostków; to dawało figurę mniej więcej prawidłowego sześciokąta. Krwawienie z łatwością dawało się wstrzymać; raz tylko zraniono ścianę zatoki. Co się tyczy wyników, w jednym przypadku otrzymano prawie zupełne wyleczenie (przypadek ogłoszony w „Medycynie“); w pozostałych — wyniki ujemne. Przebieg pooperacyjny we wszystkich przypadkach był pomyślny.

Jasiński w dyskusji oświadcza, że nie żywi nadziei, by trepanacja w przypadkach zbroczeń umysłowych mogła dawać dobre wyniki.

Drobnik operował dwukrotnie: raz widział polepszenie (dziecko zaczęło chodzić i świadomość jego poprawiła się), w drugim—wyniku pomyślnego nie mógł stwierdzić. Dr podziela zdanie Jasińskiego i sądzi, że należałoby wstrzymać się z trepanacjami do czasu, aż histologiczna strona zbroczeń mózgowych będzie oparta na trwałych podstawach.

14. Barącz mówił o **antro-attykotomii sposobem Stackiego**. Przez długi przeciąg czasu cierpienia (sprawy ropne) średniego ucha leczono środkami aptecznymi. Pierwszy krok do postę-

powania chirurgicznego zrobił Schwarze, a za nim cały szereg chirurgów wszelkich narodowości zaczął stosować leczenie operacyjne, doskonaląc stopniowo stronę techniczną zabiegów i przyszedł do wniosku, że tylko na tej drodze można osiągnąć trwałe wyleczenie. B. stosował w przypadkach swoich sposób postępowania Stackiego. Po opisie samego sposobu dzieli się B. z zebranymi wynikami doświadczenia własnego; radzi mianowicie, że względu na sąsiedztwo ważnych narządów, dłuwać ostrożnie, nie posuwać się zbyt daleko ku tyłowi, by nie zranić nerwu twarzowego, n. cochleae i tegmen tympani. Polecając sposób Stackiego uwadze kolegów, dodaje B., że otrzymywał wyleczenie w przeciągu 4—8 tygodni, że w przyszłości zabieg ten znajdzie szersze zastosowanie, zwłaszcza w przypadkach przewlekłych ropotoków z ucha i że zatem dział tych cierpień przejdzie od otyatrów w ręce chirurgów.

Jasiński przedstawił okaz, uwidoczniający stosunki anatomiczne jamy bębnekowej i sąsiednich okolic. Zalecając własny sposób attykoantrotomii, opisany niedawno w „Gaz. lekarskiej,” zarzuca metodzie Stackiego to, że jest trudna i długotrwała, że szanse zranienia nerwu twarzowego są znaczne (Szarce na 100 operacyj zranił go 6 razy), że wreszcie płąt Stackiego jest trudny do wykrajania i z łatwością ulega zgorzeli, tak, że lepiej by było już stosować przeszczepianie według sposobu Thierscha.

15. Obaliński przedstawił chorą, której dokonał **usunięcia mięsaka z jamy czaszkowej.**

Browicz opisał budowę histologiczną pomienionego nowotworu i, na zasadzie ścisłego, jak najdokładniejszego badania, przyszedł do wniosku, że nie jest to mięsak, lecz tkanka powstała wskutek przewlekłego zapalenia błony śluzowej nosa oraz zatoki czołowej.

16. Wehr opisał ciekawy **przypadek trepanacji czaszki z powodu ropnia mózgu.** Ropnie mózgu bywają pochodzenia urazowego, następstwem przewlekłego zapalenia jam bębnekowych, ropnicy (pyemii), duru i gruźlicy (dwa znane są przypadki ograniczonych ropni gruźliczych). Zazwyczaj jednakże tylko dwa pierwsze rodzaje ropni dają powód do interwencji chirurgicznej. Jeden taki przypadek, wcześniej nadzwyczaj rozpoznany i również wcześniej operowany podaje prelegent, wnioskując, że błędne jest przekonanie niektórych lekarzy, jakoby wczesne i dokładne rozpoznawanie ropni mózgowych było niemożliwe.

17. Bogdanik wypowiedział rzecz o **operacjach na woreczku żółciowym.** Dla braku czasu B. pomija literaturę danego przedmiotu, wspominając tylko, że w piśmiennictwie polskim mamy dwie prace, traktujące o tem, mianowicie Zagór-



skiego i Jawdyńskiego, poczem przechodzi do opisu swego przypadku, gdzie, wobec objawów kamicy żółciowej, przystąpił do operacji. Otworzywszy jamę otrzewny, i przekonawszy się, że obmacywanie pęcherzyka żółciowego z powodu zrostów jest nader trudne, jak również nie znalazłszy kamieni, jeno zgrubienie ścian, wykonał cystostomię, dla której wskazaniem był otok ropny. Przebieg pooperacyjny—pomyślny. Z uwagi jednakże na to, że przetoka utrzymywała się niezwykle długo, postanowił B. wykonać po jakimś czasie cholecystoenterostomię. Wobec pomyślnych wyników tej ostatniej i wobec łatwości jej wykonania, wyraża prelegent życzenie, by częściej stosowano ją w odpowiednich przypadkach.

18. Ziembicki przedstawił **worek żółciowy, wydobyty z powodu kamicy** u pewnej siedemdziesięcioletniej chorej, która w kilka dni potem zmarła. Przypadek ten, jak również i Bogdanika, dał powód Ziembickiemu do wypowiedzenia kilku uwag w sprawie kamieni żółciowych wogóle, do zastanowienia się nad rozmaitemi postaciami powyższego cierpienia, oraz nad zabiegami, dążącymi do ich wyleczenia. Wreszcie prosi internistów o otworenie szerszej dyskusji nad tem, kiedy należy przystępować do operacji w przypadkach rozpoznawanej kamicy żółciowej.

Gluziński. Brak jedności myśli pomiędzy chirurgami i internistami tłómaczy się tem, że pierwsi nie widzą całego szeregu przypadków kamicy, przebiegających pomyślnie, jedynie przy stosowaniu leków wewnętrznych; jest to ta sama kwestya, co i z zapaleniem wyrostka robaczkowego (appendicitis-perityphlitis). Wobec pomyślnych wyników leczenia wewnętrznego, Gl. nie miałby sumienia namawiać na zabieg chirurgiczny chorego, który i bez niego może wyzdrowieć. Kamienie żółciowe są bardzo częste: u każdego 5—10 trupa znajdujemy je, a mimo to nikt nie kwalifikowałby tak często ludzi do operacji. Należy więc wstrzymywać się z zabiegiem operacyjnym dopóty, dopóki istnieją wyłącznie objawy ogólne, a nawet miejscowe o słabem napięciu; gdzie zaś cierpienie miejscowe występuje na pierwszy plan, z konieczności oddać chorego pod nóż.

Obaliński. Przemówienie Gluzińskiego nie przekonało go zupełnie. Im później przystępujemy do operacji, tem mniejszą mamy nadzieję na pomyślny wynik; tracheotomię i herniotomię wykonywamy obecnie wcześniej, dlatego też wyniki są o wiele lepsze, niż dawniej. To samo powinno być z perityphlitami i z kamicią żółciową. Nie należy zatem zwlekać i wyczekiwać ciężkich objawów miejscowych.

Rydygier prosi, by interniści nie obawiali się tak noża, tem bardziej, że operacja przy kamicy należy do łatwych i niegroźnych.

Korczyński zgadza się zupełnie z chirurgami, że interniści są zbyt konserwatywni. Wniosków na statystyce krajowej opierać nie można, gdyż dane do tej statystyki są u nas nieliczne, a głównie dzięki owej zbytnej zachowawczości internistów polskich. Statystyki zagraniczne są o wiele wymowniejsze i K. sądzi, że i nasze cyfry będą lepsze, gdy cały szereg przypadków, ginących obecnie dla nas za granicą, będzie operowany w kraju. Co się tyczy leczenia wewnętrznego, którego wyniki tak bardzo zadawalniają Gluzińskiego, to K. musi się przyznać, że interniści wogóle kamicy nie leczą. Środków leczących przyczynowo i radykalnie wcale nie znamy; ani Karlsbad, ani krople Duranda, ani rady nasze, by chory się nie irytował i zażywał spokoju, nie wychodzą poza granice grubej empiryi, a zastrzykiwanie morfiny usuwa tylko jeden objaw. Operować więc należy częściej, pamiętając jednakże o postawieniu wyraźnych wskazań w każdym oddzielnym przypadku.

19. Rydygier przedstawił chorego, któremu **wstrzykiwał przy promienicy 1% roztwór jodku potasu** w ilości jednej do kilku strzykawek, ze świetnym wynikiem.

20. Barącz stosował to samo w dwóch przypadkach: w jednym była promienica klatki piersiowej, w drugim—gruczołu krokowego. Wyniki były również doskonałe. B. radzi poza leczeniem miejscowem (wstrzykiwania) stosować także wewnętrzne użycie tegoż środka. Sądzi on, że jodek potasu uodparnia organizm na działanie grzybka promienicy.

21. Gabryszewski mówił o **operacjach upiększających**. Przy dzisiejszym stanie chirurgii nie dość jest leczyć sprawę czysto chorobowe, lecz, w przypadkach upośledzenia osobnika przez naturę, starać się tę ostatnią poprawić i uczynić przez to życie przyjemniejszym. G. poprawiał nosy, uszy i wargi. Chorych, którym te operacje wykonał z pomyślnym wynikiem, przedstawić nie mógł, wskutek niezależnych od niego powodów; okazał tylko G. rysunki tych osobników przed i po operacji dokonane i opisał oddzielne przypadki (1<sup>o</sup> nos ogórkowaty z brodawkami, czerwony. 2<sup>o</sup> nos długi, kształtu szpeznego; 3<sup>o</sup> uszy długie, osłe, odstające niepomiernie, 4<sup>o</sup> wargi grube i szerokie), jakoteż sposoby, użyte w celu usunięcia brzydoty.

22. Bossowski wygłosił rzecz o **leczeniu operacyjnem radykalnem przepuklin u dzieci**. Istniejące nawet u lekarzy przekonanie, że leczenie operacyjne przepuklin u dzieci nie jest konieczne, spowodowało odsuwanie wykonania zabiegu na czas późniejszy; pogląd ten wyrobił się głównie dzięki temu,

że odsetka uwięznięć u dzieci jest nieznaczna i że zdarzają się przypadki wyleczeń na drodze zachowawczej. Pierwszy Karewski zaczął operować w dużej ilości przepukliny u dzieci sposobem radykalnym. Z polskich chirurgów pięć przypadków ogłosił Szuman. Powoli, pod wpływem dobrych wyników, ilość operacji, wykonywanych w wieku dziecięcym coraz się zwiększa, a Delorme posunął się do tego stopnia, że radzi operować wszystkie przepukliny, nawet wolne. Prelegent operował 10 przypadków; w 8 zastosował sposób Basiniego, a w 2 Cramera. Wyniki miał doskonałe, tak pod względem gojenia, jak i trwałości na przyszłość, a jednocześnie przekonał się, że obawy Karewskiego co do zaburzeń krążenia są płonne. Wnioski stawia B. następujące: u dzieci do lat dwóch można jeszcze próbować leczenia na drodze zachowawczej, później zaś operować radykalnie, gdyż im dziecko jest starsze, tem mniej można liczyć na samoistne wyleczenie; dalej, statystyka wyleczeń po operacjach radykalnych u dzieci jest nierównie lepsza, niż u dorosłych, co powinno nas upoważniać do częstszego stosowania tego zabiegu, nawet w przypadkach przepuklin wolnych. Wybór metody operacyjnej u dzieci ma mniejszą wagę.

Schramm zgadza się z poglądem prelegenta i tłumaczy ubóstwo statystyki polskiej tem, że trzeba niezwykle walczyć z przesądami publiki.

Drobnik operuje, nie otwierając worka przepuklinowego.

Skowroński jest konserwatystą co do leczenia przepuklin u dzieci, gdyż raz tylko widział uwięzniętą przepuklinę wśród mnóstwa spostrzeganych przypadków.

23. Kryński wypowiedział odczyt o **leczeniu wyciowania pęcherza moczowego** (ectopia vesicae) i o **chirurgii moczowodów**. W celu usunięcia zбочenia rozwojowego, zwanego wyciowaniem pęcherza, stosowano przeróżne sposoby, które można podzielić na trzy grupy: 1 metoda—idealna dąży do utworzenia warunków prawidłowych; próby wszelkie na tej drodze były dotychczas bezowocne; 2 metoda dążyła do przykrycia sterczącej na zewnątrz błony śluzowej wyciowanego pęcherza, i ta jednak nie dała dodatnich wyników. 3 metoda, polegająca na zupełnem zniesieniu pęcherza i odprowadzaniu moczu do innego jakiegoś miejsca, znalazła zastosowanie w przypadku prelegenta. Ze wszystkich narządów najodpowiedniejszą do tego celu jest odbytnica, gdzie możemy wytworzyć stosunki (cloaca), jakie istnieją u ustrojów niższych. Po licznych próbach na zwierzętach, pierwszy zastosował ten sposób u ludzi Maydl, wszczepiając ujścia moczowodów do od-

bytnicy, lecz z powodu zakażenia moczowodów wyniki otrzymał niepomysłne. Prelegent w swoim przypadku usunął pęcherz, wszędy moczowody do odbytnicy w sposób przez siebie obmyślony, a odmienny niż Maydla i zaszył ranę brzucha. Wynik operacji jest znakomity: chory (K. przedstawił go) wstrzymuje mocz w ciągu 3—4 godzin, a zwieracz odbytu pełni całkowicie rolę zwieracza pęcherza. Badał jednocześnie prelegent na tymże chorym, czy, wskutek zatrzymywania się moczu w odbytnicy, następuje wysysanie się mocznika i w jakiej ilości. Otóż, badania, prowadzone długi czas, wykazały, że wysysanie ma rzeczywiście miejsce, lecz jednocześnie tworzy mu wzmożone wydzielanie mocznika w nerkach. W drugiej części odczytu podał Kr. własny sposób wszczepiania moczowodów w pęcherz, mianowicie w nowe miejsca. Sposób ten, polegający na wytworzeniu dla moczowodów drogi, zupełnie odpowiadającej normalnemu ich przebiegowi w ścianie pęcherza, przerobiony został na psach z zupełnie pomyslnym wynikiem.

24. **Drobnik mówił o dalszych doświadczeniach nad przenoszeniem i rozdzielaniem czynności mięśni przy porażeniach dziecięcych.** W przypadku, opisanym przez prelegenta, porażone były mięśnie strzałkowe (m. peronei) i musc. tibialis antic.; zachowany był tylko extensor hallucis. W celu wyleczenia porażenia Dr rozszczepił m. extensorem na trzy części, z których jedna spełniała w dalszym ciągu czynność wyprostowywania palucha; drugą przyszył do ścięgna m. tibialis ant., a trzecią do m. peroneus longus. Już po 4 tygodniach cieszył się dobrym wynikiem dokonanego zabiegu. Przy wszystkich zabiegach, dążących do przeniesienia czynności mięśni, radzi prelegent rozszczepiać zawsze nie tylko ścięgna, lecz i brzuszki mięśni. Dalej radzi nie zeszywać nigdy przeciętej powięzi goleniowej, a zeszywać jedynie skórę, gdyż jedwab powoduje ucisk na brzuszki i hamuje czynność mięśni. Wreszcie, zaleca wykonywać redressement w stopniu wyższym, niż tego potrzeba dla doprowadzenia kończyny do kształtu prawidłowego. Zamiast przyrządów ortopedycznych używa Dr zwyczajnych pasków plastra lepkiego, zastosowanych odpowiednio do danego przypadku.

25. **Kozłowski** wypowiedział rzecz: „**O biodrze koślawem** (coxa vara)\* i przedstawił chorych, dotkniętych tem cierpieniem. Etiologia biodra koślawego nie jest jeszcze w zupełności wyjaśniona; objaśniają powstawanie jego (Hofmeier, Kocher) działaniem swoistem mięśni i siły ciężenia. Dotychczas mięszano tę postać chorobową z coxitis tuberculosa,

i rzeczywiście różniczkowanie obu tych spraw napotyka trudności. Zmiany przy biodrze koślawem polegają na tem, że główka kości udowej opuszcza się ku dołowi, a wypukłość szyjki zwraca się ku przodowi; rzadziej tylko główka opuszcza się ku dołowi, a przypadki, w którychby wypukłość zwracała się ku tyłowi prawie nie były spostrzegane. W układzie kończyny przy biodrze koślawem stwierdzamy następujące zmiany: kończyna znajduje się w postawie ksobnej (adductio) i zwróconej (rotatio) na zewnątrz; co do ruchów, to postawa odsiebna jest niemożliwa, zwracanie kończyny do wewnątrz—możliwe, dalej zaś nazewnątrz niemożliwe. Dane powyższe służyć mogą do rozpoznawania coxae varae i różniczkowania między nią i coxitis. Co się tyczy leczenia, Rydygier radzi wycinanie odpowiedniego klina z szyjki udowej.

26. **Trzebicki** mówił o **zastosowaniu jodku skrobi (amylum jodatum)**. Prelegent stosował powyższy środek w przypadkach, gdzie mu chodziło o otrzymanie zdrowych granulacyj w możliwie najszybszym przeciągu czasu. Zaletą tego środka jest jeszcze i to, że nie sprowadza pryszczycy (eczema). Nadaje się użycie tego środka do leczenia przetok gruźliczych, przeciwskazane zaś jest tam, gdzie opatrunek ma długo pozostać bez zmiany.

27. **Kozłowski** zdawał sprawę z prac swoich, podjętych w celu przestudowania rozmaitych sposobów **wyjaławiania i przechowywania katgutów**.

28. **Wehr** streścił w krótkich słowach pogląd swój na **wartość formaliny jako środka przeciwnilnego**. Twierdzi on, że roztwory 1 : 4000 nie wystarczają; należy używać roztworów 1 : 500. Wyższość roztworów formaliny nad sublimatem, karbolem oraz spirytusem wykazał prelegent ad oculos zgromadzonych za pomocą prostego bardzo sposobu—zanurzając zawartość jaj kurzych kolejno w powyższych płynach. Okazało się, że tylko przy użyciu roztworu formaliny możemy mieć pewność, że płyn przeciwnilny przeniknie wgląb tkanek. Wehr ma nadzieję, że formalina wyruguje z czasem inne antyseptyki, jako środek najmniej działający na tkanki ustroju.

29. **Rydygier** przedstawił chorych z **gruźlicą stawów**, leczonych sposobem zachowawczym i na drodze operacyjnej, poczem, dziękując przybyłym za liczne zgromadzenie się, zamknął zjazd.

W. Żurkowski.

## II. Choroby kobiet.

## VI zjazd ginekologów niemieckich

w Wiedniu (od 5 do 7 czerwca 1895 r.).

(Dokończenie).

VIII. Następnie zabrał głos C. Ruge (Berlin), ażeby w dalszym ciągu mówić „o niezycie szyjki z uwzględnieniem wywiniecia, owrzodzenia i niezytu trzonu.” Zwiastunem choroby szyjki jest zmiana wydzieliny ilościowa i jakościowa. Zwiększony wypływ staje się rzadkim, mętnym, wreszcie przy zwięzieniu ujścia zewnętrznego może dojść do zatrzymania wydzieliny, co sprowadza za sobą zanik błony śluzowej z następczym rozrostem tkanki łącznej (End. cervicalis cum hypertrophia, hyperplasia). Przy ograniczonym rozroście tkanki łącznej tworzą się polipy. Gdy w rozroście obok tkanki łącznej przyjmują udział i gruczoly, to cała szyjka ma wtedy wygląd brodawkowaty. Należy odróżniać end. cervicis interstitialis od end. glandularis. Wytwarzanie się owrzodzeń może w rzadkich przypadkach nie pociągnąć za sobą uszkodzenia błony śluzowej szyjki, o ile w skutku pokrywania się naskórkiem zjawia się samoobrona. Częściej jednak błona śluzowa szyjki podlega w tych przypadkach cierpieniu przez dostęp swoistych przyczyn od zewnątrz. Owrzodzenia części pochwowej (erosio) należy odróżniać od wywiniecia (ectropion). Pierwsze jest to sprawa zapalna części pochwowej, połączona z wytwarzaniem cylindrycznego nabłonka i bujaniem głębszych warstw, ostatnie—jest wytworem tylko błony śluzowej szyjki, jest skutkiem postępującego coraz bardziej zapalenia i zarazem działania tłoczni brzusznej. Na ectropion może się zjawić później erosio. Związku zależności między niezytym szyjki i trzonu Ruge w szerszych granicach nie uznaje. Błona śluzowa szyjki może nie przedstawiać żadnych zmian przy dużych zmianach błony śluzowej trzonu i naodwrot.

IX. Bumm. „Przyczynę do etyologii niezytu błony śluzowej macicy.”

W większości przypadków przewlekłego niezytu trzonu nie daje się wykryć bakteryj ani w wydzielinie, ani w tkankach. Choroba zatem nie jest podtrzymywana przez bakterye, chociaż mogła być przez nie wywołana. Ostre zakażenie gnilne lub tryprowe może być przyczyną niezytu, który, przeszedłszy stan ostry, istnieje w przewlekłej postaci bez obecności drobnoustrojów, które go niegdyś wywołały. Dotyczy to zarówno niezytu trzonu, jak i niezytu szyjki. Znajdowane w mniejszości przypadków tylko w wydzielinie, nie w tkankach, koki i pałeczki, a nawet ropne ziar-

niniaki są tylko przypadkowymi towarzyszami nieżyty i zmieniają się wraz ze zmianą wydzieliny. Możliwym jest, że przenikanie ropnych ziarniników do jamy macicy podtrzymuje ropną wydzielinę.

Döderlein (Lipsk) jest zdania, że *En. deciduae* jest częstą przyczyną nawykowego poronienia, oraz odgrywa rolę przy zmianach chorobowych błon płodowych i łożyska. Zdaniem autora wszystkie sprawy zapalne, powstające po porodzie, lub prawie wszystkie, należy nazwać *End. pyogenes*, zamiast nazw takich, jak *End. catarrhalis*, *purulenta*, *diphtherica*, *gangraenosa*. Przyczyną, wywołującą te zmiany są przede wszystkim *streptococcus pyogenes*, następnie *staphylococci*, *gonococci* i *bacterium coli commune*.

#### X. Następnie Wertheim (Wiedeń) mówi o zapaleniu trypro- wem macicy i pęcherza.

Po cewce najulubiejszym siedliskiem tryprowego zarażenia jest macica. W wielu przypadkach spostrzegamy tryper tylko macicy, samodzielnie występujący. Początek sprawy jest zawsze ostry, później przybiera choroba charakter przewlekły. Odpowiada temu też obraz kliniczny i bakteriologiczne poszukiwaniu. W pierwszym okresie, ostrym, mamy obraz *End. interstitialis acuta*, znajdujemy wtedy gonokoki również w wydzielinie, jak i na błonie śluzowej. Gdy sprawa zaczyna przybierać cechy przewlekłej, następuje rozrost gruczołów (*End. glandularis*), rozrost tkanki łącznej kosztem mięśniowej, słowem z początku *metritis acuta*, później *chronica*. Wtedy ani w wydzielinie, ani na błonie śluzowej gonokoków nie odnajdujemy. Nic dziwnego, przenikły bowiem głębiej. Zapalenie tkanki mięśniowej jest też skutkiem zakażenia tryprowego. Zakażenie mieszanane „*Mischinfection*” jest zjawiskiem w tych przypadkach rzadkiem. Obostrzenia sprawy zależą albo od zmian podłoża, wydzieliny, albo też od zakażeń wtórnych. Co do tryprowego zakażenia pęcherza, to długi czas wątpiono, czy istnieje *cystitis gonorrhoeica*. Przypuszczano, że to nie gonokoki wywołują zapalenie całej błony śluzowej pęcherza, lecz zakażenie mieszanane. Autor wyciął część błony śluzowej pęcherza i część tkanki łącznej, pod nią leżącej, i przy badaniu drobnowidzowym znalazł nabłonek nabitą masami gonokoków, a także i błonę podśluzową. Istnieje zatem prawdziwa *cystitis gonorrhoeica*.

#### XI. Fehling (Halle) przystąpił do sprawy leczenia nieżyty macicy. Inaczej należy postępować przy ropnym, inaczej przy przewlekłym nieżycie. Nieżyt ostry po pologu lub poronieniu należy leczyć przemywaniem pochwy i dolnego odcinka szyjki płynami przeciwnilnymi (*Lysol*, *Karbol*. $\frac{1}{2}$ do $2\%$ , *Kali hypermang.*, *Sublimat* 1 : 4000) w przeciągu 2 do 3 godzin. Wywołujemy przez drażnienie prądem płynu skurcze macicy, które wydalają rozłożoną wydzielinę. Zwykle w ciągu 24 godzin ostre objawy przechodzą. Gdyby nie przeszły, należy przemyć jamę macicy. Wystarcza do tego 2 do 3 litrów ciepłej wody z jakimś środkiem przeciwnilnym w niewielkiej ilości (n. p. $\frac{1}{2}\%$ *lysol*). Przemywanie jamy macicy ma cel o tyle, o ile jest zrobione wcześniej, a więc po porodzie najwyżej do 6 dnia, a po poronieniu do drugiego. Gdy dwukrotne przemywanie z przerwą 12 do 24 godzin nie pomogło, to sprawa posunę-

ła się już poza endometrium, a więc dalsze przemywanie do niczego nie prowadzi. Po przemyciu zaleca F. ergotyne, pęcherz z lodem albo okład priesnitzowski. Przemycania należy stosować z zachowaniem wszelkich ostrożności. Parametritis, pelveoperitonitis, thrombophlebitis są przeciwwskazaniem do przemycia. Wyskrobania przy ostrym nieżycie poporodowym Fehł. nie zaleca, ani bowiem teoretycznie nie można tego zabiegu wytlómaczyć, ani praktycznie nie dał on lepszych wyników, niż przemycania. Wyskrobania można dokonać przy nieżycie, występującym w drugim tygodniu po porodzie (resztki błon płodowych lub łożyska, lochiometria) lub też po poronieniu, w celu usunięcia możliwych resztek błon i płodu. Po wyskrobaniu zaleca autor przyżeganie jamy macicy 50% roztworem karbolu w alkoholu, lub też wprowadzenie pateczki jodoformowej. Tamponadę gazą jodoformową jamy macicy popołogowej zaleca F. tylko przy krwawieniach; jako środek leczniczy nie ma gaza znaczenia. Operacja Porro jest zbyt ciężka, prędzej wyjęcie całkowite macicy przez pochwę prowadzić może do celu.

Przy ostrym nieżycie, występującym nie po poronieniu i poronieniu, a więc zależnym najczęściej od zakażenia trypowego i innych przyczyn, zaleca się przedewszystkiem spokój, pozostawanie w łóżku, lód, okłady prisnitzowskie, lekkie środki przeczyszczające, podawanie morfiny, kodeiny.

Leczenia miejscowego należy zaniechać przy zajęciu części dodatkowych macicy i ograniczyć się tylko do przemycia pochwy (Sublimat 1 : 4000, zinc. chlor. 1/4%), luźnej tamponady pochwy, pędzlowaniu oczyszczonej części pochwowej roztworem lapisu (10%). Przy nieżyciu bez zajęcia części dodatkowych macicy, przyżeganie roztworem karbolu w alkoholu (50%, zinc. chlor. 20%, jodyną 20%, lapisem (10%)), poczem pozostawanie w łóżku, okłady prisnitzowskie, opium. Powtórzenie przyżegania po 6—8 dniach.

Przy nieżycie, występującym po zabiegach operacyjnych, należy usunąć włożoną gazę, watę lub paleczki, oczyścić dokładnie jamę, zalecić spokój, lód, makowiec. Jeżeli niebezpieczeństwo zapalenia otrzewny zagraża, to pozostaje jako ratunek extirpatio uteri per vaginam.

Przy nieżycie przewlekłym postępowanie nasze jest różne przy chorobie trzonu i szyjki.

Przewlekły nieżyt trzonu, zależny od ogólnego cierpienia ustroju (niedokrewność, białaczka, bladaczka), spotykany zwłaszcza u dziewicy i osób nierodzących nie powinien być leczony miejscowo, lecz ogólnie. A więc ogólne wzmocnienie organizmu przez należyte odżywianie, kąpiele w Ems, Szlangenbad, Teplitz, Gastein, Wildbad; przy End. Haemorrhag. kąpiele solankowe i błotne (Franzensbad, Elster, Szwabach), powietrze górskie lub morskie. Przy dowiedzionem zarażeniu miejscowem, nim przystąpimy do miejscowego leczenia, należy zbadać, czy niema przeciwwskazań ze strony narządów dodatkowych. Przeciwwskazanie stanowi: metritis acuta et subacuta, stany zapalne jajników, jajowodów, tkanki przy i około-maciczej. W uspieniu chloroformowem należy zbadać, czy punkt ciężkości nie leży w cierpieniu części dodatkowych. Jeżeli tak, to



należy zająć się leczeniem najpierw zapalenia tych części. Często usunięcie ich pociąga za sobą wyleczenie z niezytu. Przy zaburzeniach w krążeniu, próbujemy upustu krwi z części pochwowej, masażu macicy, gorących przestrzykiwań, wacików z gliceryną, ergotyń, hydrastis i t. p. Nim przystąpimy do leczenia wewnątrzmacicznego, zawsze należy dobrze oczyścić pochwę, część pochwową, szyjkę i zachowywać najsurowiej postępowanie aseptyczne.

Chcąc się dostać do jamy trzonu należy przejść przez szyjkę, nie zawsze dość szeroką. Często należy ją rozszerzyć mechanicznie. Za najlepszy środek uważa F. laminarium, odpowiednio aseptycznie przygotowaną. U nierodzących wystarczają dwie paleczki, wprowadzone w odstępie 12 godzinnym, u mnogorodzących — jedna. Rozszerzanie gaza wymaga często za dużo czasu, metalowymi rozszerzaczami, szklanymi i z twardego kauczuku można wywołać zranienia. Rozszerzanie szyjki w celach rozpoznawczych należy ograniczyć tylko do następujących przypadków: 1) przy podejrzeniu nowotworu złośliwego i braku dowodów mikroskopowych, 2) w celach rozpoznania rozprzestrzenienia podśluzowych polipów i mięśniaków, 3) gdy po kilkakrotnem wyskrobianiu nowe występują nawroty choroby.

Leczenie wewnątrzmaciczne polega na wprowadzeniu do jamy macicy leków w postaci stałej, płynnej, a także proskók i maści.

Najlepiej jest używać sondy Playfaira. Stosują przy krwawieniach jodynę 10 — 20<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, roztwór alkoholowy karbolu 50<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, czysty karbol w płynie, cuprum sulfuric. 5—10<sup>o</sup>/<sub>o</sub> (wywołuje klucie), liq. ferri sesquich. czysty lub w roztworze 50<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, zinc. chlor. 10—20<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Nie należy używać strzykawki Brauna. Przy niezytach stosują: acetum pyrolignosum crudum, sol. argent. nitr. 5 — 30<sup>o</sup>/<sub>o</sub>; ichtyol. pur. albo z gliceryną. Przyżegania nie należy nigdy robić przy pierwszym zaraz badaniu chorej, częściej w domu niż ambulatoryjnie. Po przyżeganiu zakładamy wacik z gliceryną do pochwy. Chora powinna leżeć. Następne przyżeganie po upływie 8 dni; w razie używania silnych leków czekać dłużej. Jeżeli występują bóle, należy chorej zalecić spokój, ciepłe okłady, morfinę, kodeinę i t. p. Wprowadzania do jamy macicy paleczek z leków, proskók, maści winny być, zdaniem autora, zaniechane.

Wielu bardzo stosuje przed przyżeganiem lub skrobianiem przemywanie jamy macicy. Podług Fehlinga ma to cel o tyle, o ile istnieje w rzeczywistości jama, a nie wąski kanał, którego przemyć niepodobna. Radzi więc wycierać w tych przypadkach najpierw suchą watą, później gliceryną lub sodą, ażeby błonę śluzową oczyścić od śluzu, poczem dopiero wykonać zamierzony zabieg przyżegania lub skrobiania. Zamiast przestrzykiwań tamponuje Fel. jamę macicy gazą jodoformową lub zmazaną w alunie, kwasie bornym, tanninie, chlorku cynku (1—5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>), ichtyolu (5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>). Oprócz działania danego leku jest tu i działanie mechaniczne, gdyż gaz pobudza macicę do kurczenia się przez ucisk na błonę śluzową. Tamponować należy codziennie; gaz pozostaje 12 do 24 godzin w macicy; chora powinna z początku leżeć, a dopiero, gdy się okaże, że niema odczynu zbyt silnego, może chodzić. Przy używaniu gazy z zinc. chlor.

przerwa w leczeniu musi wynosić 8 dni. Leczenie elektrycznością sposobem Apostolego należy stosować zwłaszcza w okresie uwiądowym (climacterium). Anod, wprowadzamy do jamy macicy, działa na mięśnie brzucha i przepuszczamy prąd stały, który jednak nigdy nie powinien być tak silny, jak zaleca Apostoli 200—300 Miliampères); wystarcza na początek 20—50 Miliampèr. Częstym zabiegiem leczniczym przy nieżycie trzonu jest wyskrobanie błony śluzowej. Wskazaniem jest skrobanie 1) w celach rozpoznawczych, gdy chodzi o zbadanie błony śluzowej macicy drobuowidzowe 2) w celach leczniczych przy end. fungosa, e. deciduae post partum et abortum, e. exfoliativa i tych postaciach przewlekłego nieżyty, gdzie wszystkie inne środki nie prowadziły do celu. Przeciwwskazaniem są wszelkie ostre i podostre zapalenia macicy i jej przydatków. Uśpienie jest zbyt częste. Zabieg powinien być wykonany z zachowaniem wszelkich prawideł aseptyki, nigdy nie ambulatoryjnie. Po wyskrobianiu wycieramy jamę macicy najpierw wilgotnym, później suchym wacikiem, a następnie przyżegamy ściany środkiem żrącym (jodyna 10%, zinc chlor. 20%, alkohol 50%). Tamponowanie jest koniecznym tylko przy silnym krwawieniu; zwykle wystarcza wacik, wprowadzony na kilka godzin do pochwy. Chora pozostaje 4 do 8 dni w łóżku i przyjmuje ergotynę: Po 4 dniach i po 8 nowe przyżeganie. W razie przedziurawienia macicy przy skrobianiu należy zaniechać wszelkich przemywań, przyżegań, wytamponować gazą jodoformową w razie umiarkowanego krwawienia, położyć na brzuch pęcherz z lodem, podawać makowiec. W razie zakażenia po dokonaniem wyskrobiania i zapalenia otrzewny przyżegamy do wyjęcia macicy przez pochwę.

End. colli powinno się leczyć zawsze miejscowo. Przy postaciach niezakaźnych—przemywania wodą wyjałowioną z dodatkiem soli lub sody; przy nieżytych zakaźnych—roztworami środków przeciwnieżytych; przy nieżytych przewlekłych—roztworami środków ściągających. Chora powinna przy przemywaniu leżeć i pozostać w tem położeniu 10 minut po dokonaniem przemycia. Do jednorazowego przemycia wystarcza 1—2 litr. płynu. Następnie należy część pochwową przysypać jodoformem, tanniną, bizmutem, krochmalem z salicylem. Proszek wnosimy na waciku. Jeżeli nieżyt dotknął bardziej kanału szyjki, to przybiegamy do przyżegań, starając się nie używać w górnym odcinku szyjki zbyt silnych środków, żeby nie wywołać zwężenia ujścia wewnętrznego. Przerost części pochwowej leczymy sposobem Schrödera. Operacja Emmeta przy naderwaniu szyjki tylko wtedy prowadzi do celu, jeżeli nieżyt został już usunięty innemi środkami. W przeciwnym razie najlepszą drogą jest klinowate wycięcie i oświeżenie bocznych blizn. W przypadkach, gdzie istnieją do operacji przeciwwskazania, należy się ograniczyć do wyskrobiania ostrą łyżeczką i do przypałań Paquelinem.

W wywiązanej dyskusji przyjmowało udział wielu mówców. Z nich Winter staje w obronie strzykawki Brauna, potępionej przez Fehlinga; Sängler przemawia w obronie przyżegań, ambulatoryjnie dokonywanych. Przyżeganie po dokonaniem wyskrobiania, nie prowadzi do celu, wprowadzony bowiem środek mięsza się z krwią, a nie działa,

zdaniem Säugera, na ścianki macicy. Wyskrobań samej tylko szyjki nie robi, łączy zwykle je z wyskrobaniem trzonu. Zaleca użycie Paquelina przy wywinięciach. Theilhaber z Monachium przemawia za pożytkiem kąpielí nasiadowych, zwłaszcza u osób młodych, przy nieżytych błony śluzowej macicy. Gottschalk z Berlina zaleca przeciw nieżyto- wi thiol, a przeciw krwawieniom stypticinę, pokrewną z hydrastininą w dawkach 0,025 wewnątrznie w kapsułkach, lub podskórnie 0,2. Olshausen podnosi jeszcze raz zbyt rozpowszechnione obecnie nadużywanie skrobań macicy i zgadza się z wskazaniem, podaniem przez Fehlinga.

Z mniej ważnych odczytów zaznaczamy:

#### XII. Schauta rzecz pod tytułem „Ueber Adnexoperationen.”

Do zabiegu należy wybrać drogę przez cięcie brzuszne w tych przypadkach, gdzie zrosty lub szczupłość miejsca nie pozwolą na dokładne usunięcie narządów chorych przez pochwę. Tylko 56% przypadków operowanych dały trwale pomyślne wyniki. Zdaniem autora należy usuwać i macicę, jeżeli chcemy osiągnąć lepsze trwale wyniki. Zabieg taki nie jest niebezpieczniejszy, niż usuwanie tylko części dodatkowych. Zwłaszcza zaś przy zakażeniu tryprohem nie należy się ograniczać do wyjęcia dodatków z jednej strony, lecz usunąć zawsze oba jajniki, jajowody i macicę.

XIII. Winter o szwie brzuszny i przepuklinach. Dawniej przepukliny zdarzały się częściej po laparotomii bo 25 — 33%, niż dziś, gdy ilość przepuklin wynosi 8—12% operowanych. Chcąc uniknąć przepukliny, należy się starać otrzymać rychłzrost (prima intentio) rany brzusznej. Winter radzi zeszywać powięź bardzo dokładnie katgutem. Po nałożonym szwie skóry opatrunek z gazy i collodium.

Zweifelf jest zdania, że tam gdzie osiągamy prima intentio, opatrunek uciskowy jest zbędny. Winkel przemawia za szwem warstwowym i za uciskiem; jest on zwolennikiem zszywania powięzi wraz z mięśniem. Dührsen radzi używać silkwormu do zeszywania rany. Martin zwraca uwagę na różnice indywidualne. Chrobak jest za szwem warstwowym; nakłada zwykle trzy warstwy, jednak czasem zdarzają się przepukliny. Ziegenspeck radzi prowadzić cięcie nie po smudze białej, lecz po mięśniu prostym brzucha lub skośnym. Gdy w tych przypadkach wydarzały mu się przepukliny, to zmniejszały się stopniowo. Olshausen zwraca uwagę na to, że u osobników wyczerpanych istnieje pewna skłonność do przepuklin. Löhlein opowiada o cięciu cesarskiem, 3 razy szczęśliwie dokonaniem na jednym i tym samym osobniku. Skutsch wykonał 4 razy cięcie cesarskie u jednej i tej samej osoby.

XIV. Dührsen podaje stałe dobre wyniki swojej operacji „vaginofixatio intraperitonealis.” Jest to najprostszy zabieg, dążący do zupełnego wyleczenia tylozgięcia macicy i związanych z niem dolegliwości. Sposób ten jest stosowany obecnie stałe przez Schaute. Döderlein podaje inny sposób wyleczenia zgięcia bez przyszywania trzonu. Prowadzi on cięcie podłużne, które następnie zeszywa poprzecznie, w skut-

ku czego macica zgina się po swej przedniej powierzchni i wraca do normy.

**Th e i l h a b e r** zwraca uwagę, że większość przypadków tyłozgiccia wcale nie wymaga leczenia, a przypisywane tej chorobie dolegliwości są skutkiem zupełnie innych cierpień, jako to atonii kiszek, histeryi i t. d. Odpowiednie leczenie tych cierpień prowadzi do celu. Krwawienia spostrzegal tylko w 50%, przypadków.

**K l e i n** zbadał mikroskopowo 18 cewek od 4 m. życia płodu aż do 92 roku życia i znalazł zupełne podobieństwo (homologię) gruczołów cewki u mężczyzn i u kobiet.

**XV. T u s z k a i** (Budapeszt) mówi o **hyperemesis gravidarum**. Dla stanowczego rozpoznania należy wykluczyć wszystkie choroby, mogące wywołać wymioty. Za przyczynę uważa T. miejscowe drażnienie otrzewny i zaleca ciężarnym makowiec w dawkach 0,008 — 0,01, miejscowe działanie ciepła i zimna, wreszcie sztuczne poronienie.

**XVI. W i e d o w** zbierał statystyczny materiał **co do budowy piersi i możliwości karmienia u kobiet** i znalazł, że z 525 położnic w klinice tylko 286 mogło karmić, 99 wcale nie miały pokarmu, 49 miały wadliwe brodawki, a 46 zapalenie i nadżarcia. Jeszcze gorzej przedstawia się materiał, zebrany w klinice chorób kobiecych. Tu tylko 33% okazały się zdolnymi do karmienia. Następnie omawia autor wymagania, jakie stawiamy dla kobiety karmiącej.

Następnie mówi jeszcze **K o l i s c h e r** z Wiednia o **stosowaniu cystoskopu przy chorobach pociowych u kobiet** i wykazuje cenne wyniki takiego badania.

*I. M.*

### III. Choroby gardła, krtani i uszu.

**Société française d'otologie et de laryngologie. Session annuelle, tenue à Paris du 1 au 4 mai 1895.**

(Dokończenie).

289. **POYET** (z Paryża). **Leczenie guziczków strun głosowych u śpiewaków (nodules des chanteurs).**

Cierpienie to porównać można z brodawkami na skórze lub nagniotkami na palcach nóg i, rzeczywiście, sprawa polega na miejscowym

przeroście nabłonka na strunach głosowych prawdziwych w miejscu połączenia  $\frac{1}{3}$  przedniej z  $\frac{2}{3}$  tylnymi struny; bywa jedno lub obustronne.

Jako leczenie najstosowniej polecić należy zachowanie bezwzględniego dłuższego spokoju krtani, zmianę metody emisji głosu, na koniec stosuje się przyżeganie kwasem salicylowym, dające dobre wyniki. W ostateczności można uciec się do wyrwania guzika pętłą, co jest lepsze niż odcięcie nożykiem lub gilotynką.

290. FERRAS (z Luchon). **Krwotok krtaniowy, symulujący krwioplucie z płuc.**

Panna dwudziestoletnia, będąc zupełnie zdrową, przynosi się do miasta na stały pobyt. Tu zaczyna chudnąć, traci peryod, dostaje kaszlu, do którego dołącza się krwioplucie. Powstaje podejrzenie na pozyczynającą się gruźlicę. Badanie płuc nie wykazuje żadnych zmian. Tymczasem przy oglądaniu krtani okazuje się krwawienie żyłne z błony śluzowej przestrzeni międzynaławkowej.

291. COSTER (z Paryża). **Niektóre objawy ze strony krtani i nosa przy zółzach.**

Chrypka u młodych ludzi bez innych zmian na strunach głosowych prócz nieznacznego zgrubienia może powstać na tle zółzów. Autor obserwował kilka takich przypadków.

Również na tem tle powstają, zdaniem jego, pewne postaci rhinitis hyperthrophicae, przysposabiające grunt do rozwoju polipów śluzowych.

292. MOLINIÉ (z Marsylii). **Laryngitis sicca.**

Autor przytacza przypadek suchego nieżytu krtani, gdzie objawy tej choroby rozwinęły się pierwotnie w krtani. Wobec tego nieprawdą jest, jakoby ta choroba była następstwem rhinitis atrophica, jak chce mieć obecnie przyjęta teoria patogenezy tego cierpienia. Autor uważa to cierpienie za identyczne z ozeną tchawicy. Objawy i przebieg te same, prócz cuchnienia, coccus Loewenbergi wykryto tu i tam.

293. WAGNIER (z Lille). **Przypadek ozeny tchawicy.**

Przypadek dotyczył 16 letniej dziewczyny, u której w rok po zjawieniu się ozeny nosa, sprawa chorobowa zajęła i tchawicę. Cała jej rura na wewnątrz aż do rozdziału na oskrzela pokryta była masami czarniawymi, lepkiemi, przylegającymi do ściany. W wydobytych (za pomocą sondy z watą) masach tych, które okropnie śmierdziały, wykryto koka Loewenberga.

Uporczywe to cierpienie dało się jedynie złagodzić wlewaniem leków do tchawicy, dzięki którym cuchnienie się zmniejszyło.

294. LERMOYEZ (z Paryża). **O aseptyce w oto-rhino-laryngologii.**

Powikłania następcze wskutek operacji z zakresu oto-rhino-laryngologii bywają rzadkie dzięki bakterjóbójczemu działaniu śluzu, wydzielanego przez operowane organy. Nie należy atoli zapominać, iż ta własność śluzu ma swoje granice, mogą się więc zdarzać i zdarzają te powikłania. Aby ich uniknąć, trzeba ściśle przestrzegać przepisów, podanych przez chirurgię ogólną.

Jednakowoż antyseptyka w całej swej rozciągłości nie da się zastosować wobec nietolerancyi, jaką się odznaczają względem środków antyseptycznych błony śluzowe jam nosa, ucha i krtani. Większe za to korzyści można osiągnąć z zastosowania aseptyki, która nie zmienia budowy nabłonków i nie wpływa na czynność gruczołów.

Wobec trudności stworzenia aseptyki operującego i chorego, możemy tylko zachować ściśle aseptykę narzędzi i opatrunków. Narzędzia metalowe gotuje się w 10% roztworze sody, nieznoszące wysokiej ciepłoty: narzędzia z kauczuku, pędzle, lusterka, zanurza się na pół godziny w zimny roztwór 10% phenosalylu. Co do opatrunkowych materiałów, to wodę czynimy aseptyczną przez zagotowanie w ciągu pół godziny, zaś do otrzymania aseptycznej waty wybornie nadaje się sposób, podany przez autora i Helme'a. Polega on na opaleniu każdego kawałka waty, uprzednio zmoczonej w alkoholu, nasyconym kwasem bornym.

295. FAUVEL (z Paryża). **O użyciu roztworów chlorku cynku w cierpieniach nosa, gardła i krtani.**

Stosując różne środki miejscowe przeżegające w wymienionych organach, przekonał się autor, że pierwszeństwo należy oddać chlorkowi cynku. Nie posiada on ujemnych stron kamienia piekielnego, jodu, mentolu, kwasu mlecznego i t. p., ma zaś chlorek cynku tą zaletę, że ani w czasie, ani po operacji nie wywołuje żadnych niemiłych następstw, jak n. p. kamień piekielny, po zatuszowaniu którym powstają czasem obrzęki zapalne wysokiego stopnia.

W rhinitis hypertrophica, granulacyach gardzieli oraz wyrosłach adenoidalnych chlorek cynku sprowadzał szybko znaczne polepszenie. Jeszcze widoczniejszy skutek daje się widzieć po zastosowaniu chlorku cynku w słabym roztworze w napadowych przekrwieniach strun głosowych u śpiewaków. Autor zna takich śpiewaków artystów, którzy przed samym występem lub w przeddzień takowego muszą mieć zatuszowane struny głosowe słabym roztworem tego przetworu.

W. Świątecki.

## IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

296. Na jednym z posiedzeń Berlińskiego Tow. chirurgicznego przedstawił Israel chorego z wrodzoną kiłą, któremu, z powodu braku większej części nosa, wykonał **rhinoplastykę jednocześnie ze skóry ramienia i czoła**. Operacji dokonał Israel w ten sposób, że utworzył nos z płatu, przeniesionego z ramienia, lecz zwrócił go powierzchnią naskórkową do wewnątrz, t. j. do światła nosa, powierzchnię zaś okrwawioną pokrył płatem przeszczepionym z czoła; nowy ten sposób został zastosowany w celu zapobieżenia zapadaniu się nosa, który nie posiadał podstawy kostnej. W cztery miesiące po operacji nos nie się nie zmarszczył i wyglądał zupełnie przyzwoicie. (Vereins-Beilage d. deut. med. Woch. Nr 20).

Ż.

297. **Czy zakłady dla suchotników przedstawiają niebezpieczeństwo dla okolicznych mieszkańców?** Dr Nahm z Falkensteinu obliczył śmiertelność z suchot w tej miejscowości przed założeniem znanego zakładu dla chorych piersiowych i po.

Celem obliczeń było wykazanie, o ile obawy, że podobne miejscowości przyczyniają się do szerzenia między mieszkańcami suchot, mają rzeczywistość podstawę.

Obliczenia obejmowały 20 lat przed założeniem zakładu i 17 po. Okazało się (pomijamy szczegółowe dane), że w pierwszym okresie umierało z suchot 4 osoby na tysiąc, w drugim 2,4. Oczywiście, o jakimś niebezpieczeństwie zatem dla sąsiedztwa podobnych zakładów nie może być mowy. (Münch. med. Woch. 40).

H.

298. Heintze ogłasza **przypadek zagojenia się dużej jamy kostnej na piszczeli przez zaplombowanie amalgamą miedzi**. Znane dotąd metody zapelniania jam kostnych, strup krwisty, obezwapnione kawałki kości, gips zalany 5% kwasem karbolowym, okazują się nie wystarczającymi w wielu bardzo przypadkach. Autor miał w odpowiednim przypadku bardzo dobre wyniki przez zastosowanie amalgamy miedzi, jaką dentyści do plombowania zębów używają. Amalgama miedzi przez ogrzanie i roz-tarcie urabia się na mięką i zupełnie plastyczną masę, która jeszcze i antyseptyczne własności posiada. (Deut. med. Wochenschrift).

H. K.

299. Radcliffe Crocker stosował **natr. salicyl. do wewnątrz w łuszczycy** z dobrym wynikiem. Środek ten okazał się skutecznym szczególnie w świeżej psoriasis guttata. Przy starej łuszczycy skutek był mniej wyraźny. Salicyl zmniejsza zaczerwienienie i tworzenie się nowych łusek, stare powoli odpadają, pozostawiając blado-czerwone miejsce, które się stopniowo odbarwiają.

W jednym przypadku, gdzie wskutek zaburzeń żołądkowych chory salicylu nie mógł znieść, sprawa się pogorszyła, i dopiero gdy po zastoso-

waniu odpowiednich środków trawienie do porządku doprowadzonym zostało i chory nadal mógł salicyl przyjmować, nastąpiła widoczna poprawa w chorobie skórnej. Autor stosował zwykle salicyl w dawce 1,0—3 razy na dzień. Zamiast salicylu dawał niekiedy salofen w tych samych dawkach. Widział on dobre skutki po natr. salicylicum i w innych cierpieniach skórnych w erythemach polimorfnych, w lupus erythematoses. (Therapeut. Wochenschrift). *H. K.*

300. Dr Comby z Paryża na zjeździe internistów w Bordeaux mówił o **zastosowaniu antipiryny u dzieci**. Autor podawał ten środek jako antispasmodicum, antitermicum, analgesicum i antidiarrhoicum. Wyniki otrzymywał zwykle bardzo zadawalniające. Dzieci nawet i najmłodsze znoszą antipirynę bardzo dobrze. Środek ten w przypadkach autora nie wywołał nigdy żadnych ubocznych działań: wymiotów, bólów żołądkowych, zaburzeń ze strony nerek. Na setki przypadków widział C. raz jeden tylko wysypkę różyczkową, która bardzo szybko znikła. Autor stosuje antipirynę w dużych dawkach po 0,25—0,5—1,0 do 6 razy na dzień stosownie do wieku dziecka. (La Sem. Méd.) *H. K.*

## V. SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ.

### Posiedzenie Towarzystwa Lek. Warsz. d. 23/IX 1895 r.

1. Kol. Jasiński Roman przedstawił dziecko 2-letnie, które, upadając, trafiło na drut, przymocowany z boku warsztatu szewckiego. Drut przebił mosznę z lewej strony i, nie nadwierzyszy jądra i przewodu nasiennego przeszedł pod prawą powięzią Poupart'a pomiędzy fascia transversa i mięśniami brzucha, tworząc kanał około 12 ctm. długości. Z kanału po kilku dniach zaczęła się wydobywać ropa, co zmusiło rodziców dziecka szukać pomocy lekarza. Kol. J. długim cięciem otworzył kanał, wyjął kawałek koszuli, który uwiązał w kanale poczem dziecko szybko wróciło do zdrowia.

2. Kol. Sawicki Bronisław przedstawił 10-cio letnią dziewczynkę, której przed kilkoma dniami dokonał wycięcia mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego dla usunięcia skrzywienia głowy. Operacja zle usunęła i kol. S. jest zdania, że radykalna ta operacja powinna być częściej używana, gdyż przewyższa tenotomię.

3. Prof. Kosiński przedstawił 17-to letniego chłopca z monstualną wskutek nowotworu ręką prawą. Nowotwór ten, zdaniem prof. Brodowskiego jest tłuszczakiem i dlatego rozpoznanie w dalszym razie powinno być: Lipoma congenitum volae manus diffusum. Prof. K. za-



mierza usunąć niemal całą dłoń, pozostawiając tylko duży 4-ty i mały palec, jako nie objęte processem.

4. W końcu demonstracji kol. Borsuk przedstawił chorego, którego już raz (w d. 18/VI b. r.) przedstawił. Chory ten trepanowany wskutek podkorowego ogniska krwawego obecnie jest zupełnie zdrow. Kol. B. podnosi fakt wyrównania się funkcji mózgu pomimo znacznego braku tkanki mózgowej, jaki powstać musiał po wylężczkowaniu ogniska chorobowego. Mówca jest zdania, że i brak kości czaszkowej dzięki prawidłowemu kostnieniu z czasem również zniknie.

5. Po dokonanych demonstracjach dr W. Sobierański, docent Uniwersytetu w Marburgu wygłosił odczyt p. t. „O wpływie środków farmakologicznych na siłę mięśniową u ludzi.” Na wstępie długiego swego odczytu przytoczył prelegent odczyt odczyt odczyt i opisał przyrządy, którymi posilkowali się inni badacze i swój przyrząd, przy pomocy którego udało mu się ułatwić odczytywanie pracy badanego osobnika w kilogrametrach. Z licznych doświadczeń swoich przekonał się mówca, że osobnik badany pod wpływem sugestji jest w stanie wykonać dosyć znaczną pracę mięśniową. Pracę mięśniową, zapisaną na cylindrze, i dokonana pierwotnie nazywa prelegent myogramem resp. ergogramem porównawczym. Ergogram ten składa się z pojedynczych segmentów zmęczenia, pomiędzy którymi był czas wypoczynku trwający 2', pojedyncze zaś skurcze mięśnia uskuteczniane były co 2". Prelegent wykreślał u badanego osobnika ergogram do zupełnego zmęczenia i wtedy podawał badanemu obojętny środek (nprz. bolus), lub też wkłwał próżną szprycę Prawaz'a i zauważył, że po tym eksperymencie badany osobnik mógł wykreślić dosyć okazały myogram, mniejszy jednak od porównawczego. Po otrzymaniu kompletnego wyczerpania naturalnego i sugestyjnego kol. Sob. zastrzykiwał badanym osobnikom kofeinę i kokainę i przekonał się, że pod wpływem tych środków mogli oni wykreślić myogram znacznie większy, aniżeli poprzednio uskuteczniiony, bądź to porównawczy, bądź sugestyjny. Z tych doświadczeń, zdaniem kol. S., wynika przypuszczenie, że działanie tych środków musi być głównie **na ośrodkowy układ nerwowy** przyczem wyswabadza się znaczna ilość energii nerwowej. Działanie kokainy tłómaczy prelegent pewnego rodzaju narkozą ośrodków tamujących wyzwalanie się energii, przez co, zdaniem jego, organizm szafuje szybciej zapasami energii. Kofeina zaś według mniemania kol. S., oprócz nieznanego nam bliżej wpływu na układ nerwowy ośrodkowy, działa także i na mięsień.

Krytykuje prelegent doświadczenia Ugolina Mosso'a z nuces colla i w końcu zaznacza, że według jego doświadczeń, a wbrew twierdzeniom Bogusławskiego i Patrici'ego, maximum pracy mięśniowej wypada pomiędzy 8-mą i 9-tą rano, minimum zaś między 12-tą i 1-szą w poł. lub 4-tą 6-tą po poł. W dyskusji kol. K r y s i Ń s k i podnosi doniosłość doświadczeń prelegenta dla fizjologii, gdyż z nich wypada, że kofeina i kokaina działają podobnie i zapytuje kol. Sob. o wyjaśnienie pytania, jaką drogą

działają te środki: czy działają one na sam mięsień, niweczając powstające produkty zamiany, czy też działają na obwodowy układ nerwowy, czy wreszcie wyzwalają więcej energii nerwowej, działając na ośrodki mózgowy.

Prof. zaś *Brodowski* zapytuje o doświadczenia nad działaniem alkoholu. Na ostatnie pytanie kol. *S.* odpowiada, że alkohol 40%<sub>n</sub> do 75%<sub>o</sub> podany w ilości 8—10 szcz. ctm. działa podniecająco. Różnice działania są znaczne i zależą od indywidualności.

W końcu prof. *Baranowski* zapytuje, czy były robione obserwacje jak zachowują się w czasie doświadczeń mięśnie (a właściwie ich własności n. p. elektryczność), nerwy obwodowe i ośrodki mózgowy. Na to prelegent odpowiada, że podobnych obserwacji nie robił, skonstatował jednak, że wyczerpany mięsień, gdy był drażniony prądem elektrycznym mógł jeszcze wykreślić myogram.

*K. Rychliński.*

## KRONIKA BIEŻĄCA.

— W celu stałego uzupełniania przewodnika adresowego lekarzy warszawskich, a także aby mieć należyte informacje o zmianach mieszkania, zaszłych w ciągu roku, „Wiadomości Farmaceutyczne” otworzyły w dziale ogłoszeń odpowiednią stałą rubrykę.

— Kol. *K. Jaczewski* z Lublina podaje do wiadomości, że rozpoczął przekład na język polski dermatologii Dra *Josepha* w drugim wydaniu. Kol. *J.* spodziewa się ukończyć swą pracę przed końcem roku bieżącego.

**Nominacye.** Kol. *Stanisław Markusfeld* został mianowany lekarzem ambulatoryum szpitala Ś-go *Lazarza*.

— Dotychczasowy nadzwyczajny profesor chorób dziecięcych *Krakovskiego Uniwersytetu* Dr *M. Jakubowski* mianowany został profesorem zwyczajnym.

**Strejki lekarzy.** W Brukselli w ostatnich tygodniach ma miejsce częściowe bezrobocie lekarzy z następujących powodów. Rozmaite kasy chorych i stowarzyszenia w liczbie 95, złączyły się w jedną: „Fédération des Mutualistes,” obejmującą 12000 członków, co wraz z rodzinami wynosi około 50000 osób. Stowarzyszenie to posiadało 20 lekarzy, których zarobki wynosiły 700—1400 fr. Z powodu, że do stowarzyszenia przystąpiły różne związki, których członkowie należą do zamożniejszych klas,

mogących lepiej opłacać lekarzy, lekarze zaprotestowali i zażądali wykluczenia tych związków z ogólnej federacji. Protestujący utworzyli syndykat, do którego weszli wszyscy prawie lekarze Brukselli (430 na 450). Federacja odpowiedziała, że zgodzi się na podniesienie wynagrodzenia. Lekarze jednak na to nie przystali z zasady, że nie wymagają bynajmniej zwiększenia wynagrodzenia od ludzi niezamożnych, a pragną jedynie, aby z ulg nie korzystali ludzie zamożni. 6 Lipca lekarze „federacji” wymówili swe usługi, i tylko z humanitarnych względów, bezpłatnie leczyli dalej tych, których kurację rozpoczęli. Federacja z wielkim trudem znalazła paru lekarzy, którzy jednak nie mogli podolać pracy. Dotąd spór nie został rozstrzygnięty, zdaje się niewątpliwie, że zwycięstwo będzie po stronie lekarzy, dzięki ich rzadkiej jednomyślności. Kiedy „Federacja” zgodziła sobie głównego lekarza z pensją 4000 fr., lekarz ten został zupełnie wykluczony ze stosunków koleżeńskich. Nikt nie chciał odbywać z nim konsultacyi, a służący z nim wspólnie w jednym z teatrów brukselskich zagrozili, że się podadzą do dymisy, jeżeli pozostanie w Federacji. W końcu musiał ustąpić i przeszedł do syndykatu lekarzy.

Ciekawem jest stanowisko robotników w tym sporze. Tak skłonni do strejku, gdy chodzi o podwyższenie zarobku lub skrócenie godzin zajęcia, robotnicy zajęli wrogie stanowisko względem lekarzy: Nie chcą zrozumieć, że lekarze znajdują się tu w walce z kapitałem i walczą ich zwykłą bronią, są więc na stanowisku, z którym powinny robotnicy właśnie sympatyzować, jako zwykle przez nich zajmowanem.

Podobny zatarg ma miejsce w południowej Irlandyi w prowincyi Cork, między kasami chorych i lekarzami. Czterech odstępców od ogólnej sprawy ogół lekarzy strejkujących wykluczył z wszelkich stosunków.

— W Liège pewien dom handlowy, dostarczający swym klientom na wypłaty tygodniowe wszelkich możliwych artykułów, ogłosił w swych reklamach, że ma również na usługi swych odbiorców i pomoc lekarską. Anons ten oburzył lekarzy i sprawą zajęły się syndykaty lekarskie. Gdy jednak lekarz, frymarzący swym dyplomem na usługi reklamy kupieckiej nie chciał usłuchać życzliwych przedstawień, postanowiono go jednogłośnie wykluczyć ze stowarzyszenia i poddać ostracyzmowi kolegów.

— Na ostatniem rocznem zebraniu British Medical Association (od 30 Lipca do 3 Sierpnia) po raz pierwszy odbywała posiedzenia sekcya etyki lekarskiej.

Podnoszono kwestyę kas i stowarzyszeń robotniczych i innych — nader często wyzyskujących pracę lekarzy. Dalej szkody, jakie praktykujący lekarze ponoszą wskutek coraz liczniejszych bezpłatnych ambulatoryów i poliklinik przy szpitalach. Na porządku dziennym była też kwestya reklam, które we wszelkiej formie uznane zostały za niegodne stanu lekarskiego.

W końcu postanowiono utworzyć władzę z charakterem izb, na podobieństwo Inns of Court dla prawników.

— Na ostatniem ogólnem posiedzeniu wiedeńskich izb lekarskich postanowiono wprowadzić **przymusowe zabezpieczenie** się członków (pensye roczne, od 65 roku zaczynając, będą wynosiły 400 flor.), jako też przymusowe należenie do kasy wdów i sierot (400 flor. dla wdowy, 50 do 200 flor. na każde dziecko). Propozycja rozpozycia emerytury od 60 roku musiała być cofniętą, ponieważ wpłynęłoby to na znaczne podniesienie rocznych składek.

— Eulenburg powstaje (Deut. med. Woch. Nr. 31, 1895) przeciwko nieskrepowanej przez prawo, swobodnej sprzedaży rozmaitych **preparatów gruczołu tarczowego**, a szczególnie tak zwanych **tabletek z tyreoidyną**, których publiczność używa samowolnie, bez wskazówek i kontroli lekarza, z wielką niejednokrotnie szkodą dla swego zdrowia. Zwłaszcza ulubionym stał się ten środek przeciwko otyłości. Jak zaś smutne następstwa może prowadzić ze sobą nieopatrzne nadużywanie tyreoidyny, świadczy przypadek przytoczony przez Eulenburga, a będący tylko jednym z liczby wielu podobnych: znana artystka dramatyczna, z obawy przed utyciem, spożywała przez miesiąc, według wskazówek aptekarza, po 6 tabletek tyreoidyny dziennie; prawda, że schudła znacznie, lecz jednocześnie wywiązały się poważne zaburzenia w czynności serca i nerwów, oraz hydraemia.

Takie i tym podobne wypadki zdarzyć się mogą nie tylko z tyreoidyną, lecz i z całym szeregiem pojawiających się, coraz to nowych środków lekarskich (salophen, salipyrina, salocoll, phenocoll, migränina, citrophën i t. d.), których działanie na organizm ludzki nie jest jeszcze wszechstronnie zbadane, a których sprzedaż odręczna w aptekach nie jest ujęta w pewne karby. To też Eulenburg radzi, by zasadę dotychczasową— „dozwolone jest to, co nie jest wzbronione” zastąpić inną, mianowicie— „wzbronione jest to, co nie jest wyraźnie dozwolone,” i zasadę tę stosować ściśle przy sprzedaży wszelkich nowych fabrykatów chemicznych. Pożądaną jest, by farmakopeje zwróciły na to baczniejszą uwagę, a z drugiej strony, by prasa lekarska, a za nią i nielekarska ostrzegaly publiczność przed niebezpieczeństwem.

## Nekrologia.

# LUDWIK PASTEUR.

W dniu 28 Września straciła Francya jednego ze swych wielkich synów, nauka zaś jednego z najznakomitszych uczonych i badaczów XIX stulecia. W dniu tym zmarł na apopleksyę w Gorges pod Paryżem **LUDWIK PASTEUR**, w 73 roku życia.

Zmarły urodził się 22 Grudnia 1822 r. w Dôle. Do szkół uczęszczał w Arbois i Besançon, następnie studyował fizykę w Paryżu w College Saint-Louis, gdzie roku 1847 uzyskał doktorat. Wkrótce potem otrzymał katedrę fizyki w Lyceum w Dijon, następnie w Strassburgu. W roku 1855 nowopowstały fakultet w Lille powołał go na katedrę chemii; w trzy lata później powrócił do Paryża, gdzie widzimy go początkowo na stanowisku dyrektora wyższej szkoły normalnej, następnie w Ecole des beaux arts, wreszcie od roku 1867 jako profesora chemii w Sorbonie. W r. 1882 Pasteur został członkiem Akademii francuskiej. Gdy w r. 1886 założono w Paryżu Instytut dla badania chorób zakaźnych, noszący imię zmarłego, został on jego dyrektorem i na tem stanowisku wytrwał do śmierci. Wkrótce około mistrza ugrupowało się tylu świetnych uczonych, iż Instytut zaczął odgrywać w nauce pierwszorzędą rolę, bo oto wśród współpracowników jego spotykamy ludzi tej miary co Roux, Chantemesse, Mecznikoff i wielu innych. W roku 1892 obchodził Pasteur 70 rocznicę swych urodzin. W dniu tym wszystkie narody śpieszyły złożyć hołd swój jednemu z geniuszów naszego wieku. W tem święcie naukowem przyjęło udział i nasze Towarzystwo lekarskie, przesyłając Pasteurowi wraz z życzeniami dyplom na członka honorowego.

Zmarły, chociaż nie był lekarzem, zrobił jednakże tyle dla nauki lekarskiej, że imię jego wiecznie w historii medycyny żyć będzie. Wytknął on nowe szlaki medycynie, wskazując na przyczynowe leczenie chorób zakaźnych.

Pierwszemi pracami, które mu rozgłos wszechświatowy zrobiły były prace nad fermentacją. Do czasów Pasteura przyjmowano ogólnie chemiczną teorię Liebiga o fermentacji, Pasteur pierwszy wskazał na drobnoustroje, jako na główną przyczynę tej sprawy. Bez udziału mikrobów ani fermentacja, ani gnicie istnieć nie mogą.

Pracując w tym kierunku dalej, Pasteur starał się bliżej poznać z tymi drobnoustrojami, wywołującami fermentację, określić ich własności, warunki, w jakich się mnożą i rozwijają i w ten sposób dał początek nowej nauce, bakterjologii.

W r. 1865 wywiązał się w Akademii francuskiej spór pomiędzy Pasteurem a zwolennikami teorii samoródtwa; ze sporu tego wyszedł Pasteur zwycięsko, zadając ostatecznie cios t. zw generatio aequivoca.

W r. 1870 zajął się Pasteur zbadaniem choroby jedwabników zwanej petrine, wykazał jej parazytarne pochodzenie, oraz wskazał środki zapobiegawcze. Była to pierwsza praca z dziedziny chorób zakaźnych, pierwsze hasło do dalszej pracy w tym kierunku. Następnie idą prace Pasteura nad cholera kurzą, węglikiem oraz wściekliczną. Zbadawszy dokładnie warunki osłabienia jadu bakteryj, wynajduje on skuteczne szczepienie zapobiegawcze przeciw antraksovi. Badania jego nad wściekliczną uwieńczone świetnym wynikiem, dały środek przeciwko tej strasznej chorobie. Seroterapia dzisiejsza również wyszła z Instytutu Pasteura.

Nie możemy wliczać wszystkich prac Pasteura, ograniczyliśmy się tu tylko do prac pomnikowych, które przewrót w nauce zrobiły i nowe tory jej wskazały.

Lecz nauka, której Pasteur lat tyle z zapałem się oddawał, nie absorbowala niepodzielnie szerokiego umysłu jego, czego dowodem, że wielki ten uczony żywy przyjmował udział w życiu społecznem i politycznem: był on jednym z najpopularniejszych ludzi we Francji.

Wielki ten mąż, osierając naukę przez śmierć swoją, pozostawił jej po sobie tak piękną spuściznę, że imię jego przez długie lata będzie czezonem w nauce, a jego prace będą epoką nie tylko w medycynie, ale w całej biologii.

H. K.

29 Września zmarł dyrektor berlińskiej chirurgicznej kliniki prof. **Bardeleben**, w 77 roku życia, senior chirurgów niemieckich. Z początku swej kariery zajmował się ginekologią. W 1843 habilitował się jako docent chirurgii w Giessen, w 1868 przeszedł do Berlina. Jego podręcznik chirurgii operacyjnej doczekał się wielu wydań. Odznaczał się też wymową i zdolnościami pedagogicznymi.

## Odpowiedzi Redakcyi.

*Autorowi listu podpisanego „Tadeusz”.*

Kwestya zaopatrywania chorych szpitalnych w gazety i książki leży nam również na sercu. Podnosiliśmy ją w „Kronice” (np. w roku 1892 str. 411) niejednokrotnie. Odezwa nasza znalazła echo przychylnie w prasie politycznej (np. Biesiada Literacka)—ale na tem się skończyło. Sporządzenie puszek leżało też i w naszym planie. Sądzymy, że pisma codzienne są właściwem polem dla agitowania tej sprawy.

*Kolegom dyżurującym w aptekach: W-yh Karpińskiego i Jar-nuszkiewicza.*

Na list sz. kolegów z powodu artykułów w Z. IX Kroniki, omawiających dyżury lekarskie, pośpieszamy odpowiedzieć: Bardzo nas cieszy, że wymieniony przez naszego korespondenta fakt nie miał miejsca na punktach, obsługiwanych przez sz. kolegów, niemniej przeto miał miejsce rzeczywiste i zasługiwał na surowe skarcenie. Tem lepiej, jeśli to fakt wyjątkowy. Naturalnie, nie wpływa on na naszą opinią o instytucyi całej, należy jednak bezwarunkowo zwrócić baczniejszą uwagę samych dyżurujących na to, aby podobne fakty nie zdarzały się nadal. Co się tyczy rekryminacyj sz. kolegów przeciw artykulowi kol. Bączkiewicza, to są one niesłuszne, gdyż z całego jego artykułu wieje szczera dla instytucyi życzliwość i chęć ulepszeń dobrej w zasadzie instytucyi. Aby nie przewlekać kwestyi, której w swoim czasie poświęcaliśmy kilkakrotne wzmianki, listu w całości drukować nie możemy.

**Dr Wł. WRZEŚNIEWSKI**, b. ordynator kliniki chirurgicznej Uniw. Warsz. osiadł w Częstochowie. Przyjmuje z chorobami chirurgicznemi. Aleja II, dom p. Zapalkiewicz. 4—4.

---

## SPIS RZECZY.

---

### Prace oryginalne.

Dr med. O. Hewelke. Przypadek zgorzeli płuca wskutek stłuczenia (kontuzji) klatki piersiowej, 665.

---

### DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

- I. **Chirurgia.** Sprawozdanie z VII zjazdu chirurgów polskich w Krakowie, (dokończenie), 675.
- II. **Choroby kobiet.** VI zjazd ginekologów niemieckich (dokończenie), 686.
- III. **Choroby gardła, krtani i uszu.** 289—295. Société française d'otologie et de laryngologie. Session annuelle, tenue à Paris du 1 au 4 mai 1895 (Dokończenie), 692.
- 296—300. Wiadomości pomniejsze, 695.
- Sprawozdania z posiedzeń: Posiedzenie Tow. Lek. Warszaw. 23/IX 1895 r., 696.
- Kronika bieżąca, 698. Nekrologia, 701. Odpowiedzi od Redakcyi, 703,

---

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

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

---

Дозволено Цензурою. Варшава, 3 Октября 1895 года.