

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

BEZŁĄD WZROKOWY I JEDNOOCZNE WIELOWIDZENIE

L'ataxie optique et polyopie monoculaire.

Rzecz czytana dnia 13-go sierpnia r. 1897 w Sekcyi oftalmologii XII-go Międzynarodowego Zjazdu Lekarzy w Moskwie. ¹⁾

PRZEZ

Dr. Władysława Noiszewskiego.

Od czasu rozprawy Szokalskiego w Paryżu: La diplopie unioculaire ou la double vision d'un oeil ²⁾ jednooczne wielowidzenie żywo zajmuje umysły oftalmologów. Dotąd jednak prawie wszyscy stawiają jednooczne wielowidzenie w związku przyczynowym z wadami w załamaniu się promieni świetlnych w oku, mianowicie z różnoogniskowością (z niezbornością wzrokową, czyli astygmatyzmem). Spostrzegano jednak dosyć często jednooczne wielowidzenie w oczach krótkoogniskowych (krótkowzrocznych) ³⁾, długoogniskowych (dalekowzrocznych) ⁴⁾, a nawet w oczach prawidłowoogniskowych (miarowzrocznych) ⁵⁾. Z drugiej strony Francke ⁶⁾ podał przypadek,

¹⁾ Journal du XII Congrès International de Médecine de Moscou le 25 (13) Août Dr. K. Noiszewski: L'ataxie optique et polyopie monoculaire.

²⁾ Szokalski: Sur la diplopie unioculaire ou double vision d'un oeil Diss. Paris 1839. ³⁾ Helmholtz: Physiol. Optik 2 Auflage. ⁴⁾ Valude: Societé française d'ophthalmologie, posiedzenie 8-go sierpnia. ⁵⁾ Kult, ibidem. ⁶⁾ Klinische Montbl. f. Augenheilkunde August, 1897.

gdzie oko posiadające podwójną źrenicę nie dawało jednak objawu jednoocznego wielowidzenia.

Myśl, że jednooczne wielowidzenie jest, być może, objawem wzrokowego bezładu (ataxia optica) przyszła mi do głowy po raz pierwszy podczas badania przypadku, w którym młoda dziewczyna z normalną bystrością wzroku mianowicie $W = \frac{6}{6}$ Snellena, czytająca z łatwością № 1 druku Jaeger'a nawet z odległości jednego metra, nie była w stanie policzyć pięciu wielkich punktów tablicy Burchardt'a. Bystrość jej wzroku dla punktów była mniejsza niż $W = \frac{1}{60}$ Burchardt'a ¹⁾.

Chcąc bliżej zbadać ten objaw i przypuszczając, że przypadki podobne w stopniu słabszym powinny się częściej zdarzać, ułożyłem osobną tablicę dla badania tego rodzaju zaburzeń wzrokowych.

Sądzę, że należałoby stale odróżniać siłę wzroku całkowitą od różniczkowej i do określenia każdej używać innego sposobu badania. Do powyższego celu możnaby zastosować tablicę, na której obok liter byłyby punkty tej samej grubości, co litery tego samego rzędu. Chodzi tu jednak głównie o wielkość przestrzeni pomiędzy punktami czyli o kąt odróżniania. Zwykle tablice Snellen'a mogą służyć do badania całkowitego widzenia, ale nie do różniczkowego. Badając chorych, uskarżających się na osłabienie wzroku, porównywałem zawsze ich siłę wzroku w stosunku do liter z siłą wzroku względnie do punktów i wkrótce już zauważyłem duże różnice: niektóre z pomiędzy badanych osób łatwiej poznawały litery, inne znowu łatwiej liczyły punkty. Jednocześnie zauważyłem, że osoby dobrze czytające litery, a nieprawidłowo liczące punkty zawdzięczały tę trudność liczenia przeważnie jednoocznemu wielowidzeniu.

Jakkolwiek astygmatyce także łatwiej rozpoznają litery niż punkty, to jednak pomiędzy astygmatykiem, a ataktykiem wzrokowym duża zachodzi różnica, która polega na tem, że tam gdzie ataktyk wzrokowy widzi zamiast dwóch punktów trzy lub cztery, tam astygmatyk widzi podłużną lub poprzeczną kreskę.

Jeżeli astygmatyk cierpi jednocześnie na objaw jednoocznego wielowidzenia, dowodzi to tylko, że obok astygmatyzmu cierpi też na bezład wzrokowy; toż samo i u osób z krótko lub długoogniskowymi (daleko i krótko-wzrocznymi) oczami, o ile obok nieprawidłowo ogniskowości (niemiarówzroczności) ma u nich jeszcze miejsce i bezład wzrokowy (ataxia optica). Tłumaczy się to tem, że oczy nie-

¹⁾ Gaz. Lek. № 19. 1894.

miarowzroczne trudniej mogą kierować swoją oś wzrokową, aniżeli oczy miarowzroczne. Posiadają też takie oczy znacznie mniej wprawy. Że zaś wprawa ma tu duże znaczenie, dowodem tego jest fakt, że oko z amblyopia ex anopsia zawsze jest ataktycznym.

Objawy bezładu wzrokowego o wiele więcej są uderzające u osób ślepych od urodzenia lub takich, które utraciły wzrok w dziecięcym wieku i następnie przy pomocy operacji go odzyskały. O jednej z tych osób opowiada Wardrop ¹⁾: „osoba ślepa od urodzenia odzyskała wzrok na lewym oku (prawe oko w stanie zaniku). Ośmnastego dnia po operacji, widząc dobrze, z wielką trudnością znaleźć mogła kierunek, w którym znajdował się przedmiot i zatrzymać swój wzrok na przedmiocie. Obracała ona okiem na wszystkie strony, szukając rękami jak ślepy. Nawet 42-go dnia po operacji tylko po wielu nieudanych próbach udawało się jej zatrzymać swój wzrok na znalezionym przedmiocie; szukając przedmiotu obracała ona głowę na wszystkie strony aż potrzebny przedmiot wpadał jej na koniec w oko“. Też same objawy były i u innych osobników z wrodzoną ślepotą po odzyskaniu wzroku.

W przypadku Chesselden'a ²⁾ osobnik, widzący bardzo dobrze, po operacji nierozpoznawał jednak bardzo długo kształtów i nie mógł sobie wyobrazić przedmiotów poza granicami tego, co w danym czasie widział. Widział on i pojmował, że pokój w którym się znajdował jest tylko częścią domu, ale nie mógł wyobrazić sobie, że cały dom jest większy niż pokój, a to dlatego, że gdy się znajdował w pokoju, pokój zajmował całe jego pole widzenia tak, iż w jego oku nie pozostawało ani trochę miejsca dla reszty domu. Wielkość przedmiotu zależy od dwóch czynników: wielkości obrazu na siatkówce i wielkości napięcia mięśnia przyogniskującego (akomodacyjnego). Im większy obraz na siatkówce, tem większym wydaje się nam przedmiot, im większe przyogniskujące napięcie, tem mniejszy wygląda przedmiot.

Przekonać się o tem możemy przy pomocy t. zw. powidoków. Spójrzmy przez dłuższy czas na płomień świecy, a następnie na biały papier i na przeciwległą ścianę. Obraz powidoku na leżącym tuż przed nami białym arkuszu papieru będzie bardzo drobny, ale na przeciwległej ścianie przyjmie rozmiary o wiele większe. Jeżeli zaś przez okno spojrzymy na obłok na niebie, rozmiary powidoku będą już olbrzymie. Do dwóch powyższych przypadków (jest ich w litera-

¹⁾ Philosoph. Transact. 1826 p. 529. ²⁾ Philosoph. Transact. 1828 p. 447.

turze wiele więcej), mogę dodać następujący, postrzegany przezemnie. 19-go września r. 1886-go przybyła do mnie wraz ze swym ojcem 20-letnia dziewczyna Nadieżda Tiep... z Malinówki. Oko prawe miała zanikłe, oko lewe w dolnej części rogówki miało dużą białą bliznę, w którą otwór źrenicowy tęczy całkowicie był wrośnięty. Poczucie światła zachowane. Od ojca dowiedziałem się, że chora w 5-tym roku życia po ciężkiej ospie, której wyraźne ślady nosi na twarzy utraciła zupełnie wzrok.

Po wycięciu okrągłego otworu w tęczy operowana po 15-tu latach ślepoty odzyskała wzrok. Przed operacją Nadieżda Tiep... doskonale się oryentowała i śmiało chodziła, kierując się dotykiem, po operacji zupełnie nie mogła chodzić, mając oko otwarte. Obawiała się zrobić jednego kroku. *Zabawnie się nachylając i dotykając podłogi rękoma, stawiała ona kolejno to lewą, to prawą nogę w tych miejscach na podłodze, których się przedtem dotykała dłońią.*

Tabetyk dotykać musi wzrokową osią tych miejsc, po których stapa, by nie padać, chora zatem dotykając podłogi palcami ręki uczyła swe oko dotykać wzrokową osią tych miejsc, które dotykała dłońią.

Tego rodzaju utrudnione chodzenie trwało kilka tygodni. Straszyl ją widok przedmiotów, gdyż nie mogła ocenić ich odległości, po mimo to cieszyła ją bardzo piękność świata, szczególnie piękniemi wydały się jej liście na drzewach. Często też powtarzała z rozradowaniem na twarzy: „listija, listija“. Przez długi czas niemogła się nauczyć prawidłowo nazywać barw ¹⁾. Ze wszystkich podanych dotąd przypadków wrodzonej ślepoty, objawy wzrokowego bezładu były u niej najwybitniejsze, żaden bowiem autor nie wspomina o niemożności chodzenia po odzyskaniu wzroku.

Pod wyrazem bezład (ataxia) pojmują zwykle następujący zbiór objawów:

1) Oprócz potrzebnych kurezą się i niepotrzebne dla danego aktu mięśnie. .

2) Napięcie mięśniowe jest zbyt małe lub zbyt wielkie.

3) Czas skurczu mięśni jest za długi.

Ponieważ osoby cierpiące na porażenie mięśni ocznych (ophtalmoplegia) i bieganie oczu (nystagmus) niedoświadczają wielowidzenia,

¹⁾ Ten i powyższy przypadek dla braku czasu nie był podany przezemnie w tekście francuskim prac XII-go Zjazdu Międzynarod. Lekar. w Moskwie.

wywnioskowałem ztąd, że najważniejsze znaczenie ma tu *czas zatrzymania oka na przedmiocie*. Przyjmując, że każdy osobnik posiada swój stały najmniejszy czas, w przeciagu którego jeszcze zdolny jest widzieć dający na siatkówce wrażenie przedmiot (czas wrażenia jest mniejszy niż czas spostrzegania), postanowiłem brać tak krótkie okresy czasu dla badań, żeby nawet osobnik normalny stawał się ataktykiem wzrokowym t. j. przyjmował jeden punkt za dwa, dwa zaś za trzy lub cztery. Wkrótce przekonałem się, że objaw jednoczesnego wielowidzenia można wywołać u każdego człowieka przy pomocy fiksometru lub chronoptometru. Fiksometr jest zwyczajnym metronomem używanym w muzyce. Po zdjęciu ciężarka daje on 240 wahań na minutę. Do podstawy wahadła przykleiłem małą białą kartkę na której była litera E a nad nią dwie kropki (Ě). I litera i kropki odpowiadały № 3 tablicy różniczkowego widzenia ¹⁾. Przed wahadłem umieściłem diafragmę z pionową szczeliną, odpowiadającą pionowemu ustawieniu wahadła. Czas jednego wahnięcia wahadła bez ciężarka równy jest $\frac{60}{240} = \frac{1}{4}$ sekundy; biorąc zaś pod uwagę, że nie przez cały czas wahanja widzialną jest kartka i znaki na niej, a tylko przez tę część czasu wahanja, którą wahadło zużywa na przejście przez pionową szczelinę, możemy nadać taką szerokość tej szczeliny, żeby czas przejścia wahadła przez szczelinę odpowiadał $\frac{1}{3}$ części czasu potrzebnego na jednorazowe wahnięcie. Dzieląc tedy $\frac{1}{4}$ sekundy przez 3 otrzymamy $\frac{1}{12}$ sekundy.

Jeżeli umieścimy ciężarek na podziałce wahadła oznaczającej 180 wahań na minutę, to czas pojedynczego wahnięcia będzie $\frac{60}{180} = \frac{1}{3}$ sekundy, a czas spostrzegania znaków $\frac{1}{3} : 3 = \frac{1}{9}$ sekundy.

W podobny sposób ustawiając ciężarek na 120 i na 60 wahań na minutę, otrzymamy czasy spostrzegania znaków na wahadle równo $\frac{1}{6}$ i $\frac{1}{3}$ sekundy.

Zaczynamy nasze doświadczenia od liczby 240 wahań na minutę t. j. od postrzegania znaków w ciągu $\frac{1}{12}$ sekundy.

Pierwszą rzeczą, która zaraz zwraca naszą uwagę jest natychmiastowe i bardzo znaczne zmniejszenie wielkości litery i kropek; dowodzi to, że utkwienie wzrokowej osi naszego oka nie jest na odległości znaków od oka, a znacznie bliżej oka. Drobnowidzenie bowiem (Mikropsia) jak to wykazałem w moim odczycie w Warsz Tow. Lekar. 29 stycznia r. 1895 ²⁾ powstaje ztąd, że *siatkowkowemu obra-*

¹⁾ Gaz. Lek. № 19 r. 1894. ²⁾ Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. r. 1895 str. 180. ³⁾ Pytanie o mikropsii zostało niedawno na nowo podjęte przez

zowi towarzyszy nieodpowiednio przyogniskujące (akomodacyjne) napięcie w oku ³).

Wkrótce też zaczynamy spostrzegać zamiast dwóch kropek trzy, a nawet cztery i im pilniej się wpatrujemy, tem prędzej i wyraźniej widzimy trzy lub cztery kropki zamiast dwóch. I, przeciwnie, gdy damy badanemu oku chwilę wypocząć, to po wypoczynku przez czas jakiś widzimy tylko dwie kropki, wpatrując się jednak dłużej zaczynamy znowu widzieć, jak to było przed wypoczynkiem, zamiast dwóch punktów trzy lub cztery. Literę jakkolwiek znacznie zmniejszoną przez cały czas widzimy wyraźnie lecz pojedynczo.

Układ łuków skojarzeniowych w mózgu jest układem niezależnym. Łączy on układ odprzedmiotowy z układem doprzedmiotowym mózgu. Łuki skojarzeniowe w mózgu odpowiednio poruszeniom osi wzrokowej łączą obwodowe punkty siatkówki korowej (rzutu korowego siatkówki) z punktem fiksacyi. Zdolność liczenia punktów zależy od całości tych łuków skojarzeniowych. Przerwanie, a nawet powiększenie oporu łuków skojarzeniowych staje się przyczyną wzrokowego bezładu (ataxia optica).

Dr. Freiherr v. Pfungen mówi, że lekarz chorób ocznych nie zwróci uwagi na to, że chory śledzi za wiązką promieni światła, padających z boku, przy pomocy samych tylko mięśni ocznych, gdy lekarz chorób umysłowych natychmiast postrzega brak obrotowych poruszeń głowy i szyi. Ponieważ rzut korowy siatkówki połączony jest na raz z wielu ruchowemi obwodami, powstają więc na tej drodze liczne związki ruchów osi wzrokowej z równoległymi ruchami innych członków naszego ciała.

Porównyując poruszenia osi wzrokowej z pismem możemy powiedzieć, że ruchy piszącej ręki są tylko naśladowaniem poruszeń gałki oka. Oprowadzamy jakiś postrzegany przedmiot przecięciem naszych osi wzrokowych zupełnie w ten sam sposób, jakbyśmy to uczynili ołówkiem lub piórem. I rzeczywiście, przy niemożności czytania (alexia) oprowadzanie palcem liter wystarcza do ich odczytania. Moglibyśmy też owo oprowadzanie liter wykonywać poruszeniami nogi lub języka, gdyż „nie tylko ręką, ale językiem, głową i nogą porusza dziecię uczące się pisać“ jak zauważył już Lewes. Zaburzenia w układzie skojarzeniowym ruchów wzrokowej osi z ruchami innych członków naszego ciała sprowadza również objawy bezładu

wzrokowego, bezład, który nie wspólnego z objawami tabetycznego czyli dotykowego bezładu niema. Tabetyk potrafi podstawić szklanke pod kran tylko wtedy, gdy widzi kran, cierpiący na bezład wzrokowy tylko wtedy, gdy zamyka oczy.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

166. Prof. dr. A. Köhler. **O szczepieniu naskórka na owrzodzeniach według Thiersch'a bez usuwania ziarniny.** (Deut. Zeitschr. f. Chir. Bd. 47. H. 1).

Szczepienie naskórka sposobem Thiersch'a na owrzodzeniach żylakowatych goleni, wraz z wykonaniami uprzednio rezekeją żyły zaskórnej i wycinaniem żyłaków, daje w znacznej większości przypadków w mowie będącego cierpienia wyniki jak najlepsze. Ze względu jednak, że każdy zabieg chirurgiczny, wedle możliwości, upraszczać trzeba zawsze, dążność tę w latach ostatnich zastosowano i do operacji Thiersch'a, którą wykonywać zaczęto bez zeszkrobywania lub ścinania pokrywającej pole operacyjne ziarniny. Bodźcem ku reformie owej posłużył dla autora przypadek, spostrzegany przed laty pięciu, gdzie w sposób ten przeszczepiono na owrzodzeniu podudzia skrawki naskórka z wyluszczonego ze stawu palucha stopy, poczem otrzymano zagojenie się owrzodzenia szybkie. Odtąd doświadczenia tego rodzaju powtarzano nieraz z wynikiem pomyślnym na oddziale chirurgicznym w szpitalu Charité; sprawozdania zaś zaś chirurgów, jak Schnitzler, Ewald, Ried i inni donoszą o wynikach równie, jak i u autora, dodatnich, osiągniętych z wykonywanych w sposób powyższy transplantacji. Sposób ten ma, bez wątpienia, wyższość niejaką nad metodą dawniejszą, bo nie naraża chorego na bolesne i częstokroć do krwotoków uporeczywych prowadzące okrwawianie powierzchni wrzodziejacej i czyni wgajanie się płatków naskórka równie pewnem, jak i na świeżej powierzchni rany, t. j. po usunięciu z tejże ziarniny; dalej: znieczulanie, bądź ogólne, bądź miejscowe oraz nakładanie uciskadła Esmarch'a jest tu całkowicie zbyteczne, wiało-kom bowiem, iż znieczula się chorego nie tyle z uwagi na ból podczas skrawania płatków, lecz wobec więcej bolesnego zeszkrobywania ziarniny.

Podjęmowanie zabiegu wskazane jest z natury rzeczy w tych przypadkach tylko, gdzie ma się do czynienia z owrzodzeniami o ży-

wej, jędrnej i skąpą dającą wydzielinę ziarninę. Wobec owrzodzeń, powstałych po oparzeniach, z rękocyznem zatrzymujemy się dotąd, dopóki wydzieliną z miejsca chorego stanie się mniej obfitą; jeżeli owrzodzenie posiada brzegi mocno nacieczone i napięte, świecące się, o barwie fioletowej lub białawej, wówczas przygotowuje się to ostatnie drogą wycięcia żyłaków do stanu, podatnego dla transplantacji, którą wykonać należy w czas jakiś na posiedzeniu drugim. Można i w tych razach szczepić naskórek niezwłocznie, wypadnie jednak wtedy wycinać ziarninę oraz brzegi modzelowate, co ranę powiększa już znacznie. Zabieg omawiany dawał wyniki pomyślne i w tych przypadkach, w których po wykonaniu rozległych z przyczyny ropnicy cięć, rany nie goiły się długo, jakkolwiek powierzchnię ich pokrywała ziarnina czysta i dobra; w tym celu na powierzchnię wysuszoną dosyć dokładnie, nakładało się możliwie duże i cienkie płatki naskórka, zachodzące jeden na drugi dachówkowato i przyciskało je mocno wyjałowionym muslinem miękim. Po upływie dni 6 do 8, podczas zmiany opatrunku pierwszego, stwierdzano nieraz, że najbardziej powierzchowna warstwa naskórka unosiła się, wzdęta w pęcherze, ku górze, lub schodziła nawet; znajdująca się zaś pod nią powierzchnia przybierała wygląd do tyła różowy i świeży, iż, badając pobieżnie, przyjąc ją można było za samą tylko ziarninę; w istocie jednak rzeczy powierzchnia rany pokryta była już wówczas na stałe cienką, nie dającą się zerwać warstwą naskórka, co po upływie następnego tygodnia trzeba było przyjąc za fakt, o tym bowiem zazwyczaj czasie pokrywała już ranę delikatna, choć zabarwiona jeszcze na różowo, sucha zupełnie blizna. Operowany jednak i w tych razach powinien leżeć przez kilka tygodni jeszcze, ażeby blizna owa nabyła trwałości.

Szczepień tego rodzaju wykonał autor w roku ubiegłym 14, a zawsze z wynikiem dla operowanego nader dodatnim. Trwałość wyniku stwierdzona została u osobników trzech po upływie dłuższego od operacji czasu. Co do innych chorych, wiadomości późniejszych niema, pomimo zasięganých pod tym względem informacyj. W jednym przypadku ziarnina, pokrywająca owrzodzenie, sterczała na $\frac{1}{2}$ ctm. ponad tkanki otaczające; po wykonaniu transplantacji bez usuwania ziarniny, ta ostatnia już po tygodniu skureczyła się, jak należy. I blizny same zmniejszały się niekiedy w wymiarach swych znacznie; w jednym przypadku, gdzie po wycięciu wilka na przedramieniu i pokryciu rany za pomocą uproszczonego sposobu Thiersch'a otrzymano brak wielkości monety markowej, doprowadzono ostatecznie bliznę do wymiarów bobu. W innym znów spostrzeżeniu brak równej wielkości na podudziu powleczone naskórkiem, a po upływie dziesięciu od operacji miesięcy, blizna była zaledwie dostrzegalną. U pewnego chłopczyka z brakiem na podudziu wielkości dłoni, powstałym wskutek stłuczenia, zauważyć można obecnie bliznę ruchomą i mocną, szeroką na palec. W żadnym z przypadków nie stwierdzono następstw ujemnych, zależnych od kureczenia się blizny, o czem przekonywa wymownie wynik dokonanej przez autora operacji Thiersch'a na pewnym wyrobniku, u którego blizna na 4 ctm. szeroka, a na 12

długa, przebiega skośnie przez staw goleniostopowy, nie wywołując żadnych w czynności tego stawu utrudnień. W końcu dodać należy, że ziarniny, na której szczepi się naskórek, nie trzeba wysuszać zupełnie; w przeciwnym bowiem razie skrawki zwijają się w rolki, przez co wykonanie szybkie zabiegu utrudnia się. Dla uniknięcia powikłania tego rodzaju, należy używany przy rękoczynnie mikrotom lub brzytwę od czasu do czasu zwilżać lekko wyjałowionym roztworem fizyologicznym soli kuchennej.

K. Niedzielski.

167. Dr. Victor Lieblein. **Przypadek tętniaka głowy groniastego, wyleczonego za pomocą zastrzykiwań wysoko.** (Beitr. zur Klin. Chir. Bruns. Band 20, Heft 1. 1898).

Tętniak głowy groniasty (aneurysma arteriale racemosum) nie jest, jak wiadomo, cierpieniem długo na jednym stopniu rozwoju pozostającym, a związana z niem groźba krwotoku nagłego czyni omawianą sprawę chorobową zawsze dla chorego niebezpieczną wielce; ze względu zaś, że, prócz jednego przypadku Gibsen'a, w którym tętniak tego rodzaju uległ zanikowi samoistnie, nie znamy żadnych innych tak pomyślnie przebiegających spostrzeżeń, nowotwór ów zawsze starać się należy usunąć drogą leczenia właściwego, resp. chirurgicznego, oczywiście, możliwie jak najwcześniej.

W tym celu stosowano tu zwykle jeden z trzech, przytoczonych poniżej, rodzajów zabiegu, a mianowicie: a) próbowano sposobów, mających na celu ograniczenie dopływu krwi do guza. Tu należy ucisk, wywierany na ten ostatni bądź bezpośrednio, bądź na tętnice doprowadzające oraz podwiązywanie tychże, t. j. tętnicy szyjowej zewnętrznej lub nawet wspólnej (art. carotis communis) po jednej lub po obu stronach. Ucisk jest, wprawdzie, zabiegiem najmniej niebezpiecznym, ale też i najmniej skutecznym, tą drogą bowiem nie uda się nigdy doprowadzić dopływu krwi do minimum, nadto jako tako energicznie ucisku chorzy przez czas dłuższy nie zniosą; nie lepszy wynik osiąga się z nałożenia podwiązki na tętnicę szyjową zewnętrzną, a zabieg ten, co najwyżej, ułatwić może jedynie operację wycięcia guza doszczętnego. Przed podwiązaniem tętnicy szyjowej wspólnej chyba dobrze przedtem namyśleć się trzeba, bo nie raz już stwierdzano po rękoczynnie owym bądź rozmiękczenie mózgu, bądź wytwarzanie się zakrzepów w tętnicy podstawowej (a. basilaris). Według statystyki Pilz'a, obejmującej 250 przypadków odnośnych, w 165 wystąpiły objawy ciężkie z zejściem w 91 niepomyślnem. Sposoby kategorii drugiej zmierzają do b) nagromadzenia się w guzie skrzepów i osiągnięcia tą drogą zagłady (obliteratio) naczyń. Zabiegi te są technicznie łatwe i bezkrwawe, a do szeregu tychże zaliczyć wypadnie przede wszystkim zastosowanie półtorachloru żelaza. W każdym bądź razie zastrzykiwanie środka owego nie jest dla ustroju obojętne. Zielewicz wspomina o sześciu w sposób powyższy leczonych przypadkach, zakończonych śmiercią wskutek zatoru lub ropnicy. Po raz pierwszy

wprowadzone przez Langenbeck'a wobec omawianego tu cierpienia iniekcye podskórne ergotyny nie są tyle, co żelazo, groźne, mniej jednak jeszcze, niż te ostatnie, przynoszą pożytku, nie mówiąc już o zalecanej w tym samym celu taninie. Nakłówanie galwaniczne, jako jedna z należących tu metod leczniczych, jest zabiegiem bardzo właściwym i, jak stwierdzono to nieraz, pomocnym, lecz tylko w przypadkach lżejszych. W cięższych pozostaje nam trzeci rodzaj leczenia, t. j. c) wycięcie guza całkowite.

Pominąwszy wszelako nieprzyjemne operacyi krwawej następstwa, jak narażanie chorego na znaczną krwi i tkanek utratę, wyznać należy, że w razach niektórych, bądź z uwagi na wielkie nowotworu wymiary, bądź na rodzaj umiejscowienia guza i operacya sama uznana być musi za niewykonalną, a lekarz staje się wobec cierpienia bezsilnym zupełnie; tem więcej zatem należy cieszyć się, jeśli tę ubogą skarbnicę leczniczą uda powiększyć się o jeden jeszcze nowy, prosty a skuteczny rękoczyn, nie mogący nadto napotykać oporu ze strony samego chorego. Za środek taki uznać wypadnie zestrzykiwanie do ognisk chorobowych wysokoku, który to zabieg zalecił w cierpieniach chirurgicznych po raz pierwszy Schwalbe. Uczony ten stosował iniekcye wysokowe w przypadkach odprowadzalnych przepuklin pachwinowych, wobec wola, żyłaków, tętniaków, krwawiaków (teleangiectasis), a dalej w celu usunięcia guzów krwawniczych (haemorrhoides), wodniaku (hydrocele) w pojedynczych wreszcie przypadkach tłuszczaka i żyłaków powróżka nasiennego (varicocele), a zawsze mniej lub więcej z wynikiem zadawalniającym. Zastrzykiwania te wykonywano bądź w okolicy guza lub w sam guz bezpośrednio, bądź też w pobliżu naczyń rozszerzonych, przyczem używano w tym celu wysokoku tęgości różnej od 15 do 80 na 100. Unikając starannie nakłucia naczyń, używa się na posiedzeniu jednym zawartość połowy lub całej strzykawki, nadto zastrzykiwanie przerywa się natychmiast, jeżeli skóra w miejscu zastrzyknięcia bieleje i staje się napiętą. Bóle po iniekcji trwają jedną, najwyżej dwie minuty i zależą od stopnia stężenia wysokoku i unerwienia pola operacyjnego. Jako najwcześniejszy skutek zastrzyknięcia występuje zaczerwienienie i obrzęk tkanek na przestrzeni, niekiedy znacznej, po upływie dni 5 do 8 stwierdza się tamże stwardnienie tkanki podskórnej i to miejsce właśnie nadaje się do zastrzykiwań dalszych. W nader rzadkich jedynie przypadkach wypadnie uciec się do stosowania okładów zimnych lub środków kojących w celu uśmierzania bólu, wywołanego przez zabieg, rzadziej zaś jeszcze występuje miejscowo po iniekcji ropienie. To ostatnie na ogólną ilość 3,000 zastrzyknięć alkoholu otrzymano zaledwie w przypadkach ośmiu.

Wstrzykiwania mięszone wysokoku, stosowane wobec tętniaka groniastego głowy, wywalczyły sobie na dobre prawo obywatelstwa dopiero po ogłoszonym przez Plessing'a przypadku odnośnym, spostrzeganym na klinice Thiersch'a, gdzie drogą tą wyleczono doszczętnie niezwykłych, zaiste, wymiarów nowotwór zastarzały i całą potydlieć zwyrodniającą. Pomimo jednak ubiegłych już lat dziesięciu o podaniu do wiadomości powszechnej tego tak niezwykłego przypadku, L. w dostępnem mu piśmiennictwie lekarskiem nie znalazł jakiej-

bądź wzmianki o dalszych nad cierpieniem tem próbach z wyskokiem. Tak skąpe o doświadczeniach tego rodzaju sprawozdania pobudziły d-ra L. do ogłoszenia spostrzeżenia własnego, które dotyczy wyleczonej w sposób powyższy w roku zesłłym pewnej 28-letniej kobiety, której pierwsze objawy tętniaka, mocne zaczerwienienie i rozszerzenie się naczyń na powierzchni tylnej ucha lewego zauważono jeszcze w dzieciństwie. Objawy te wznagały się stopniowo coraz więcej, tak że chora, jeszcze jako dziecko 10-miesięczne, miała już całe ucho powiększone znacznie. Gdy przeróżne środki lecznicze, jak okłady z wody Goulard'owej, pędzlowanie kollydionem, stawianie pijawek i t. p. nie odnosiły skutku najmniejszego, cierpienie na czas dłuższy pozostawiono przebiegowi własnemu, przed laty jednak siedmiu, chora, zaniepokojona występującymi z guza krwotokami, udała się o pomoc lekarską do chirurgów. Podczas oględzin prof. Wölfler stwierdził wspólnie z autorem, że u osoby tej na lewej połowie twarzy w okolicy ucha znajduje się tętniący guz fioletowy, powiększający to ostatnie w dwójnasób. Guz ten ciągnął się ku dołowi niemal do kąta żuchwy, w kierunku ku górze zajmował całą okolice skroniową i szerzył się do miejsca, odpowiadającego mniej więcej połowie odległości pomiędzy linią strzałkową i kątem ucha, a nadto zwyrodniał skórę czaszki na przestrzeni szerokiej na trzy palce z tyłu poza muszlą uszną. Na powierzchni nowotworu, zwłaszcza w części jego tylnej i górnej, stwierdzono tętniące do 2 ctm. wyniosłe i obficie w pełne tętnice kręte zaopatrzone, łatwo dające się ucisnąć guzowatości oraz liczne na wklęsłej ucha powierzchni guziki, grube na palec, nierówne i nadmiernie w unaczynienie zasobne. Tętnice: skroniowa, uszna i potylicowa rozszerzone były bardzo, a w pośród mnogich rozgałęzień rozdętych, dostrzegalnych nawet w okolicy linii środkowej czaszki, zauważyło się guziczki miękkie, rozszerzeniem żylnym odpowiadające. Jeżeli na tętnicę skroniową wywarto ucisk, tętnienie, wszędzie przedtem ponad guzem wybitne, zmniejszało się znacznie, jak również cichły szmery i świsty. Chora narzekała na szum w głowie niestanny oraz uczucie ucisku przy pochylaniu teje.

Wobec tego, że o usunięciu tętniaka operacyjnym nie mogło nawet być mowy, przystąpiono do wykonywania zastrzyknięć 30% wyskoku, którego stężenie ze względu na małą ze strony chorej na zabieg ów wrażliwość, podwyższono niebawem do 60% poczem do 95% roztworu; szereg pierwszych, na sposób Plessing'a do tkanki okołonaczyniowej wykonywanych iniekcji, mało był skuteczny, traf zrzucił jednak, że razu pewnego wkłóto, całkiem przypadkowo, igłę Pravaz'a głębiej, aż do okostny, poczem zauważono w miejscu tem wytworzenie się nacieku twardego, który utrzymywał się tamże przez czas dłuższy, poczem w miejscu tem tętnienia nie było już wcale. Odtąd podczas zastrzykiwania wkłócano zawsze igłę do okostny, a działanie wysokoku występowało daleko wyraźniej i pręcej. Leczenie powyższe prowadzono w ten sposób w ciągu przeszło lat sześciu, a przez ten czas chora otrzymała 402 zastrzyknięć, z których ostatnie wykonano w połowie niemal roku ubiegłego; nadto jedną z najbardziej rozdętych gałęzi tętnicy skroniowej podwiązano

na początku jeszcze okresu leczenia. Wpływ dodatni wysokoku uwydatniał się w ten sposób, że w miejscach zastrzyknięć powstawały nacieki, tętnienie tamże zmniejszało się, guz twardniał i stawał się coraz więcej płaskim. W miarę zmniejszania się nowotworu, iniekcye były coraz boleśniejsze i, z kolei rzeczy, podejmowane musiały być rzadziej. Ostatecznie drogą tą osiągnięto wyleczenie doścześnie, na miejscu bowiem guza obecnie znajduje się tkanka twarda, szczerlnie do powierzchni górnej czaszki przylegająca, tętnienia i świstów w tkance tej nie stwierdza się wcale, ucho zaś lewe utraciło swą dawniejszą czerwonosć, wymiarami zaś swemi nie przewyższa ucha prawego. Jakkolwiek tedy zbyt pośpiesznem byłoby na mocy spostrzeżenia tego wyciągać co do wartości metody leczniczej wnioski ostateczne, to jednak tak dodatni skutek iniekcji wyskokowych w omawianym przypadku, zachęcać i zniewalać powinien do dalszych w kierunku tym doświadczeń, tem więcej, że rękoczyn jest prosty i dla każdego lekarza dostępny, choremu zaś zaoszczędza operacyi, bądź co bądź, nie mogącej uchodzić za niewinną.

K. Niedzielski.

II. Choroby kobiece.

168. Ludwik Mandl. O kierunku ruchu migawkowego w macicy u ludzi. *Ueber die Richtung der Flimmerbewegung in menschlichen Uterus.* (Centr. für Gynäk. № 13).

Pytanie, w jakim kierunku odbywa się ruch migawek nabłonka migawkowego w macicy ludzkiej, do dziś nie zostało jeszcze stanowczo rozstrzygnięte.

Podczas gdy *Kiwisch*, *Beigel* i inni utrzymywali, że ruch nabłonka migawkowego w macicy odbywa się w kierunku od jajowodów ku ujściu szyjki macicznej, *Kölliker*, *Hennig*, *Müller* byli zwolennikami przeciwnego zdania, twierdząc, że ruch migawek odbywa się w kierunku od zewnątrz t. j. od ujścia szyjki do jajowodów. Dopiero w roku 1886 po ogłoszeniu pracy *Wyder'a*, który bez własnych poszukiwań, przyszedł na zasadzie rozumowań krytycznych do wniosku, że nabłonek maciczny pomaga ruchowi plenników i zapobiega zbyt szybkiemu wydaleniu jaja, podczas gdy ruch migawek w jajowodach przeciwdziała wnikaniu plenników do jajowodów, przez większość ginekologów przyjęty został pogląd, że ruch migawek w jajowodach jest skierowany ku ich ujściu macicznemu, w macicy zaś odbywa się w odwrotnym kierunku: od ujścia wewnętrznego szyjki macicznej ku górze. Przeciwno tym twierdzeniom wystąpił *Hofmeier*, który słusznie zauważył, że teorye tego rodzaju nie mogą się opierać li tylko na rozmyślaniach, lecz muszą mieć za podstawę niewątpliwie istniejące fakty i po dokładnem zbadaniu nabłonka w macicy, po jej całkowitem wycięciu doszedł do wniosku, że ruch migawek w macicy odbywa się w kierunku od dna do ujścia wewnętr-

nego szyjki, a więc nie sprzyja postępowemu ruchowi plenników, jak twierdził Wyder. Chcąc ustalić ostatecznie nie potwierdzone przez nikogo poglądy Hofmeier'a, przystąpił Mandl do badań nad ruchem migawek na błonie śluzowej macicy, wybierając do poszukiwań macice po ich całkowitem wycięciu, do czego mu bogaty materiał kliniki prof. Schauty wielce dopomógł.

Zbadano wogóle 11 macic. Z tych w 7 przypadkach wcale nie znaleziono migawek, w 4 — ruch migawek był bardzo widoczny i odbywał się w kierunku od dna do ujścia wewnętrznego szyjki macicznej. Badania były prowadzone z całą dokładnością. Zaraz po wyjęciu macica była pogrążana w roztwór fizyologiczny soli kuchennej o ciepłocie ciała normalnej i po wycięciu bardzo delikatnych skrawków błony śluzowej skrawki te rozpatrywano w tym samym płynie i przy ciepłocie zwykłej ustroju. Chociaż ruch migawek odkryto tylko w 4 przypadkach na 11, jednak zawsze odbywał się w tym samym kierunku, od góry ku dołowi. Brak migawek w 7 przypadkach można sobie wytłumaczyć tem, że w ciężkich patologicznych przypadkach, z których czerpał autor, nabłonek migawkowy mógł uleść zanikowi.

Ignacy Mucha.

169. Sigmund Gottschalk. O wpływie okresu połogowego na torbiele jajnika. Przyczynek do nauki o torbielach jajnika, zawierających gazy. (Samml. Klinisch. Vortr. № 207). *Ueber den Einfluss des Wochenbetts auf cystische Eierstockgeschwülste.*

Powikłanie ciąży torbielą jajnika jest powszechnie obecnie uważane za sprawę poważną, w której nie należy wyczekiwać, lecz niezwłocznie po rozpoznaniu wykonywać, o ile niema przeciwwskazań, operację wycięcia torbieli. Zabieg ten podług statystyki Péan'a (158 przypadków) daje tylko 5,06% śmiertelności. Dlatego też obecnie o wiele rzadziej spotykamy się z torbielami jajnika w okresie połogowym. Poprzednio, gdy torbieli nie operowano, lecz przekłuwano podczas porodu w razie konieczności, o wiele częściej spostrzegano zgubne skutki takiego postępowania. Hémy zebrał 52 przypadki, z których 24 zakończone zostały śmiercią, z powodu pęknięcia, zropienia lub gnicia torbieli. Tłómaczono sobie takie wyniki gorączką połogową lub naturalnem zejściem wobec torbieli, lecz o wpływie samego okresu połogowego na torbiele jajnika w erze nieoperacyjnej nie prawie nie wiadano. Dopiero po nagromadzeniu się znacznej ilości przypadków, operowanych w ciąży, i spostrzeganiu wielu przypadków torbieli operowanych po odbytych połogu, doszliśmy do wniosku, jak zgubny wpływ wywiera okres połogowy na torbiele jajnika.

Najważniejszym i najbardziej szkodliwym objawem, spostrzeganym w torbielach w okresie połogowym, jest ich nadzwyczaj szybkie powiększanie się i powstawanie zrostów z kiszkaami i otrzewną przyścienną, utrudniających, a często uniemożliwiających operowanie. Następane miejsce co do szkodliwości objawów w torbielach w okresie

połogowym zajmuje często spotykano skręcenie szypuły. Zmniejszenie się ciśnienia wewnątrzbrzusznego po porodzie, opadnięcie powłok brzusznych, uzyskanie więcej miejsca dla torbieli, uciśniętej dotąd przez ciężarną macicę — może przy zmianie położenia, przy niewielkim nawet ruchu położnicy, wywołać skręcenie szyjki torbieli wraz z zgubnemi takiego skręcenia skutkami: zgorzelą ścian torbieli, krwawieniem do torbieli, rozkładem zawartości. Zrosty z kiszkami i skręcenie szypuły — to najczęstsza przyczyna zropienia zawartości torbieli. Ponieważ oba te objawy najczęściej powstają po porodzie, to śmiało można utrzymywać, że po zaniechaniu przekłuwania torbieli jajnika przez pochwę, najczęstszą przyczyną ropienia torbieli jest połów. *Jetter* opisuje 21 przypadków torbieli, z których żadna nie stanowiła przeszkody do porodu normalnego, a jednak wszystkie w połogu uległy zropieniu i dały powód do zapalenia ropnego otrzewny z zejściem śmiertelnem.

Rozpoznanie ropienia torbieli jajnikowej w pierwszych dniach okresu połogowego nie jest wcale łatwe, gdyż o ile o torbieli jajnikowej przed porodem nie wiadano, można zropienie torbieli i jego objawy przyjąć za skutki zakażenia i za gorączkę połogową. Łatwiejsze jest rozpoznanie wtedy, gdy cierpienie torbieli nastąpiło w późniejszym czasie okresu połogowego.

Autor dokładnie i szczegółowo opisuje spostrzegany przez siebie i innych przypadek torbieli, która była rozpoznana podczas ciąży, pozostawiona bez operacji dosięgła w okresie połogowym szybko bardzo dużych rozmiarów i wywołała obszerne zrosty z trzewiami, przyczem szypuła okazała się skręconą, a zawartość zropiała. Operacja była trudna, a przebieg pooperacyjny powikłany, gdyż jamy otrzewny zaszyć nie można było, a ropienie trwało dość długo. Ołbrzymia torbiel zawierała znaczną ilość gazów.

Badanie drobnowidzowe i bakteryologiczne ropy wykazały w torbieli symbiozę dwóch postaci drobnoustrojów: bacterium coli commune i staphyloc. pyog. albus. Badanie ropy w okresie zdrowienia dało wynik potwierdzający. Hodowle bacter. coli comm. na podłożu, zawierającym cukier, odznaczały się wytwarzaniem znacznej ilości gazów. Ponieważ znaczna ilość gazów wykryta była w torbieli, a w jej zawartości śladów gnicia nie odnaleziono, to przeprowadzone w danym przypadku badania drobnowidzowe i bakteryologiczne po raz pierwszy stwierdzają własność bact. coli comm. wytwarzania gazów w przestrzeniach zamkniętych. O własności takiej w przestrzeniach otwartych wiadano, a między innymi *Gebhard* wskazuje na bacter. coli comm. jako na przyczynę Tympaniae uteri w 4 przypadkach rozerwania błon płodowych.

Przechodząc do rozpoznania różniczkowego, wspomina autor o trudności różniczkowania pomiędzy torbielą gazową i wzdęciem brzucha (meteorismus). Chociaż na pierwszy rzut oka wydaje się to dziwnem, jednak *Simpson* wspomina o 6 przypadkach wzdęcia brzucha, w których wykonano laparatomię z powodu błędnego rozpoznania torbieli jajnikowej.

Od błędu takiego powinny nas chronić objawy opukowe i dętkowe. Torbiel gazowa przedstawia się jako coś ściśle ograniczonego, wypukłego, a ton opukowy przechodzi z przytłumionego w bębnowy na przestrzeni, dającej się z góry objąć, mającej kształt kopuły. Tak nigdy nie przedstawia się naszym zmysłom kiszka wzdęta lub przylegająca do ściany brzusznej. Gdyby chodziło o pewność zupełną, należy zbadać chorą w położeniu pionowym, wiszącą, wtedy część torbieli, poprzednio wypełniona gazem, zajmie niższe położenie i będzie wypełniona płynem, ponad którym zbiorą się gazy, ogólne zaś granice torbieli pozostaną niezmiennione.

Co do sposobu operowania, to pozostaje typowa laparotomia. Za konieczne uważa Gottschalk w takich przypadkach nie zupełne zamykanie jamy otrzewny, lecz obowiązkowe sączkowanie.

Ignacy Mucha.

170. Kahlden. **Apoplexia uteri.** (Z posiedzenia Tow. lek. Fryburgskiego 11/II 1898. Münch. Med. Woch. № 16).

Przy sekeyach starych kobiet K. znajdował dość często w macicy obrzmienie i nacieczenie krwotoczne błony śluzowej ciała — bez śladów krwawień w szyjce. Zmiany te albo obejmują całą błonę lub rozrzucone są wysepkowato, ograniczają się na powierzchni lub przenikają w głąb. Macica przytem normalna, zmniejszona lub zwiększona, pod mikroskopem arterye znacznie przekrwione, otoczone większymi lub mniejszymi wylewami krwi. Wybroczyny krwawe przenikają w światło gruczołów albo uciskają je od zewnątrz, tak że gruczoły upodobniają się gniazdom rakowatym. W zewnętrznej połowie ściany macicznej arterye zmienione charakterystycznie: Intima w 10—12 razy zgrubiała, szklisto zwyrodniała, a pomiędzy intima i media leżą szerokie złogi wapienne, okrążające w części lub zupełnie rurkę naczyniową. Zmiany te powodują znaczne zwężenie lub nawet zamknięcie światła naczyń. Żyły również wypełnione krwią. Miąższ ściany macicznej miejscami w stanie nekrotycznym lub zaniku. Tkanina mięśniowa zastąpiona tkanką łączną. W szyjce znajdują się podobne zmiany w naczyniach bez wapiennych złogów.

Wyżej przytoczone zmiany u starych kobiet opisane były już przez Cruveilhier i nazwane: Apoplexia uteri — Rokitański, Klib, Dittrich również je zaznaczają. Rzadko natomiast znajduje się o nich wzmianka w podręcznikach.

Zwapnieniu przypisać należy jedną z główniejszych ról w powstawaniu krwotoków — gdyż w szyjce, gdzie niema krwawień — niema i złogów.

Krwawienia, występujące za życia na tle podobnych zmian w naczyniach, należy odróżniać od raków i zapaleń. Najniższy wiek kobiet, u których podobne zmiany znaleziono wynosiło 50—52 lat, najwyższy 83—87 lat. Zdaje się, że zmiany te nie są w związku z ogólną arteriosclerosis, w szczególności większych pni naczyniowych.

Przeciwno wpływom częstych ciąży przemawia okoliczność, że dwie z badanych kobiet były niezamężne, a więc, prawdopodobnie, często w ciążę nie zachodziły. Można przypuszczać wpływ menstruacyi i częstych zapaleń błony. Zmiany te nie są częste, sądząc z tego, że autor od r. 1892 zebrał 8 przypadków. Zdaje się, że ogłaszane w ostatnich czasach przypadki Luveurga i Dupya pod nazwą Endometritis senilis należą do kategorii: Apoplexia uteri.

Sunderland.

171. Flata u. **Parę uwag o przyczynach nagłej śmierci intra partum.** (Münch. Med. Woch. № 14. 1898).

Autor, wezwany do rodzącej z powodu bólów kurezowych, zastał już trupa. Od oteczenia nie udało się zebrać bliższych wywiadów. Rodząca, dotąd jakoby zupełnie zdrowa, przed chwilą nagle upadła z głośnym krzykiem na wznak i wyzionęła ducha. Sekcyja wykazała: 36-letnia, XIV-para, źle odżywiana. W jamach płucnej i brzusznej żadnych nieprawidłowości. W dolnych częściach płuc umiarkowane przekrwienie. Serce nadzwyczaj wiotkie, mięsień sercowy stłuszczone i w zaniku, grubość ściany lewej komórki nie przewyższa w niektórych miejscach 2 mm. F. omawia przyczyny pojedynczych przypadków nagłej śmierci w czasie porodu i zaliczają się do nich:

1) Myomalacia cordis z ewentualnem pęknięciem ściany sercowej (przypadek Spiegelberga).

2) Myocarditis (przypadki Maré).

3) Zanik i tłuszczowe zwyrodnienie mięśnia sercowego jako następstwo częstych porodów u kobiet biednych ciężko pracujących.

4) Zatory i przerzuty, w szczególności embolia powietrzna, następująca po przestrzykiwaniach macicznych (Olshausen, Litzman) i po próbach poronienia przestępnego (Vibert).

5) Wypadkowe pęknięcie śledziony (Simpson, Wilson etc.) i pęknięcie aorty (Heinricius).

Terapeutycznie ważnem jest jedynie leczenie zapobiegawcze. Chlorotyczki i anemiczne należy skłaniać do rozsądnego malthusianizmu. Ciężkie zaburzenia ze strony serca wymagają po 30-tym tygodniu ciąży sztucznego przedwczesnego porodu. F. przypomina starą radę, aby przy pęknięciach pęcherza nie odpływało zaraz za dużo wody. Przy wewnątrzmacicznych zastrzykiwaniach i tamponowaniach, należy nadawać chorym tak zwane położenie Walchera t. j. ze zwieszonemi nogami, aby powiększyć wewnątrztrzewnowe ciśnienie.

Sunderland.

172. Dr. E. Clemen z. **Cięcie cesarskie zachowawcze z otwarciem poprzecznem dna macicy podług Fritscha.** (Centrbl. f. Gyn. № 10. 1898).

Autor opisuje przypadek, w którym wskazaniem do cięcia cesarskiego było zwężenie dróg porodowych wskutek raka części po-

chwowej macicy z daleko sięgającym nacieczeniem nowotworowym w tkance około-macicznej. Robotnica 34 l. V-para. Dotychczasowe 4 porody prawidłowe. Ostatni poród przed 5-ciu laty. Ostatnia regularność 15/1 97. Ponieważ rozwiązanie drogą naturalną nawet rozkwalonego płodu mogło być ewentualnie połączone ze znacznymi uszkodzeniami macicy — autor 15/XI 97, gdy pomimo silnych bólów porodowych poród nie postępował — przystąpił do operacji. Cięcie w smudze białej, sięgające od środka pomiędzy pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym do szerokości dłoni ponad spojeniem łonowym; po otwarciu jamy brzusznej macica wytroczona, jama brzuszna zabezpieczona od płynów gazą wyjałowioną. Macica otworzona cięciem poprzecznym w kierunku przyczepu jajowodów. Krwawienie nieznaczne, nieco silniejsze żyłne w prawym kącie rany z powodu zranienia żyły. Prezentujący się w cięciu pęcherz porodowy rozerwano i z łatwością wyciągnięto za nogi żywy płód (w I czaszkowym położeniu). Łóżysko, ułożone na przedniej ścianie, łatwo wraz z błonami się oddzieliło. Macica skurczyła się doskonale. Krwawienie zupełnie ustało. Ucisk na więzy palcami, stosowany przed opróżnieniem macicy, po jej skurczeniu okazał się zbytecznym. Rana maciczna zamknięta głębokimi i synperitonealnymi szwami — przed zeszcyciem włożono gazę jodoformową — przeciągniętą do pochwy. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. W 16-tym dniu chora opuściła klinikę z raną brzuszną zagojoną per primam z dnem macicy, wyczuwalnym ponad spojeniem na 4 palce. Nacieczenie nowotworowe nieco się powiększyło, lecz nie uległo rozpadowi.

Od czasu wprowadzenia przez Fritscha (22/V 1897) cięcia poprzecznego, pojawiła się dość znaczna liczba identycznych opisów, których autorowie wygłaszali zdania różne. Ewerke w swym przypadku miał silne krwawienie z rany macicy i wynik śmiertelny. Sekcja wykazała: ropne zapalenie otrzewny, rana macicy źle zagojona, brzegi rany zmartwiałe. E. wyraża obawę, że żołądek, kiszki lub sieć mogą utworzyć zrosty z macicą, co spowodować może różnego rodzaju przykre dolegliwości w czasie poporodowego zmniejszania się macicy. W razie wytworzenia się ropnia w bliźnie, ropa przy cięciu poprzecznym może się przedostać do jamy brzusznej lub kiszki.

G. Braun również zaznacza w swym opisie silny krwotok i utrudnione wydobycie płodu.

Natomiast Johanowsky zaznacza przewagę cięcia poprzecznego. W jego przypadku krwawienie było bardzo nieznaczne, macica szybko się skurczyła. Joh. proponuje silkworm dla szwów, radząc zbytnio ich nie naciągać, aby nie nieutrudnić w ranie krwiobiegu i uniknąć ewentualności Ewerke.

Zadowoleni są w przypadkach swych z nowej metody cięcia również Knauer, Kirchoff, Hain i Schröder. Ostatni przeczy obawie Ewerke o wytworzenie się zrostów, ponieważ macica po porodzie znajduje się w przodozgięciu i dno jej dotyka ścian brzusznych. Autor jest stanowczym zwolennikiem sposobu Fritscha i zaznacza dodatnie strony, jakie otrzymał w swym przypadku: cięcie brzuszne może się kończyć wysoko nad spojeniem, jama brzuszna może być

ochronioną od zanieczyszczeń bez podniesienia poziomu miednicy, krwawienie nieznaczne, doskonale kurczenie się macicy, wygodne nakładanie szwu synperitonealnego — po zagojeniu się rany żadnych objawów, któreby wskazywały na zrosty z sąsiednimi narządami.

Sunderland.

173. **Bakofen. O działaniu stypticyny przy krwawieniach macicznych.** (Münch. Med. Woch. № 14. 1898).

Z powszechnie dotychczas stosowanych leków przeciwko krwawieniom macicznym — secale cornutum i ergotyna znajdują zastosowanie w krwawieniach po poronieniu, po porodzie przy niedostatecznym zwijaniu się macicy, przy mięsakach śródmiaższowych. Extr. Hydrastis zaś i hydrastynina, działające przeważnie na ośrodki naczynioruchowe, podają się w krwawieniach mięsączkowych. Wprowadzona przez Freunda stypticynę w działaniu swem zbliżona jest do alkaloidu Hydrastis. Stypticyna v. Cotarninum hydrochloricum produkt alkaloidu opium — narkotyny — przedstawia proszek, koloru siarki, łatwo rozpuszczalny w wodzie, podawanym bywa w proszku, roztworze, pigułkach, tabletkach, podskórnie w dawce pojedynczej 0,025—0,05 parę razy dziennie: Zwykłe formuły:

Rp.: Stypticini 0,05

Sachari 0, 5

Mfp Dt.dos № XV

S. 4—5 razy dziennie.

Rp.: Stypticini 1,5

Pulv et succi liq. 9.5.

Ut f. pil. № 30

S. 4—5 razy dziennie pigułka.

B. wypróbował działanie stypticyny w klinice d-ra Czempina. W 45 przypadkach — przypadki po porodach i poronieniach zostały z prób wykluczone, jako a priori nie poddające się działaniu nowego środka. B. podawał stypticynę wyłącznie w pigułkach lub tabletkach po 8—15, najwyżej 20 pigułek. Skuteczność działania występowała już po wymienionych ilościach. Dłużej leku nie podawano, aby nie zaciemnić obrazu działania ze względu na ewentualne samowolne ustanie krwawień. Według spostrzeżeń B., nowy lek okazał się działającym najskuteczniej, w meno- i metro-ragiach, powstających wskutek zmian zapalnych w tkance łącznej okółomaciecznej, w przydatkach macicy lub dołączających się do zbroceń w położeniu. Również wynik skuteczny, lecz nie zawsze, następował w krwotokach mięsączkowych u dziewięć, w krwawieniach następujących po rękoczynach, usuwających przydatki maciczne, w ostrej rzeżączce, w zaostrzeniach chronicznego kataru błony śluzowej macicy (end. haemorrhagica) w krwawieniach klimakterycznych. Natomiast w krwawieniach, zależnych od endom. fungosa dodatniego działania niezauważono.

Objawy poboczne występowały nie często i w stopniu słabym: (silne bóle głowy, nudności, rozwolnienie). W ogóle na 45 przypad-

ków rezultat dodatni otrzymano w 30. Wynik mniej pomyślny, niż w spostrzeżeniach, dotychczas podanych.

W każdym razie stypticyna pożądanie powiększa zapas wstrzymujących krwawienia maciczne środków. *Sunderland.*

III. Choroby weneryczne i skórne.

174. Dr. Niels R. Finsen. **Leczenie wilka zapomocą promieni chemicznych ześrodkowanych.** (Traitement du lupus vulgaire par les rayons chimiques concentrés). Le Sem. Méd. № 59. 1897.

Opierając się na stwierdzeniu zabójczej dla drobnoustrojów własności promieni słonecznych (Downes, Blunt etc.) oraz na próbach dokonywanych pojedynczo przez Thayer'a, Otterbein'a, M. Mehl'a, Lahmann'a nad skutecznością pomienionych promieni w leczeniu wilka (lupus v.) autor rozpoczął leczenie tej choroby za pomocą chemicznych promieni światła ześrodkowanych. Ponieważ promienie ultraczzerwone, czerwone, pomarańczowe oraz żółte, będąc ześrodkowane, wywołują oparzenia miejsc ciała, na które działają, autor wyklucza je, przepuszczając snop światła (słonecznego lub elektrycznego) przez wodę, barwioną błękitem metylenu lub amoniakalnym roztworem siarczanu miedzi. Wykluczenie pomienionych promieni niewiele zmniejsza zabójczą własność światła, ponieważ zależna ona jest od promieni najsilniej łamiących się. Promienie słońca w tym celu najzupełniej dają się zastąpić przez światło elektryczne: wyniki leczenia są równie dodatnie. Różnią się natomiast znacznie przyrządy, jakich autor używa dla ześrodkowywania promieni słonecznych od przyrządów do wyzyskiwania światła elektrycznego. W pierwszym razie wystarcza soczewka wklęsło-wypukła (50—40 ctm. diam.), napełniona roztworem siarczanu miedzi amoniakalnym i oprawiona w ramki widelkowe w ten sposób, że może mieć ruchy na osi pionowej oraz poziomej. Promienie elektryczne (o sile 35—50 Ampères) autor przepuszcza przez aparat (szczegółowo przez autora opisany) z systematem soczewek (by rozproszone promienie ześrodkować), przyrządami do wody destylowanej (10 litr.), do roztworu amoniakalnego siarczanu miedzi wreszcie z cylindrem (filtre-lumière) dla umiarkowania stopnia ciepłoty światła o zmiennej średnicy, zależnie od wrażliwości leczzonego osobnika na ciepło.

Skóra, mięśnie, ścięgna, nerwy, chrząstki a nawet kości są przepuszczalne dla promieni światła wogóle, krew jednak obiegająca tkanki przeszkadza przenikaniu promieni chemicznych przez nie i utrudnia leczenie; z tego powodu autor zmniejsza, o ile możności, dopływ krwi do miejsca, wystawianego na działanie promieni, zapomocą aparatu uciskającego (płytki szklanej mniej lub więcej wypukłej, przytwierdzonej zapomocą wstążeczek). Leczenie zapomocą światła autor stosował głównie w postaci toczenia pospolitego (lupus vulgaris), wystawiając na działanie promieni jedną część zajętej okolicy za

drugą wciągu kilku dni do kilku tygodni po 2 godziny codziennie, dopóki zmiany chorobowe nie ustępowały. Autor otrzymywał świetne wyniki: po upływie pewnego czasu podniesione brzości zmienionej skóry opadały, czerwonosć znikła, na miejscu owrzodzeń zjawiała się delikatna blizna. Z 59 przypadków toczenia, leczonych tym sposobem, w 23 otrzymano wyleczenie zupełnie bez nawrotu, 30 są jeszcze w toku leczenia, polepszenie widoczne, mniej lub więcej znaczne, u 6 wreszcie chorych zaprzestano kuracyi z przyczyna niezależnych.

Wielką niedogodnością tego zabiegu jest powolność (acz nie zawsze) w zjawianiu się stanu polepszenia: autor sam wspomina o przypadkach, gdzie prawdziwy skutek kuracyi udało się zauważyć dopiero po 3—4 miesiącach, odkąd jednak autor zaczął używać silniejszego światła elektrycznego (do 80 Ampères) oraz zastosował soczewki kryształowe, skutki dodatnie występują znacznie szybciej (np. bacillus prodigiosus ginie w ciągu minuty, a niektóre miejsca toczenia wielkości grochu znikają po 20 minutowem stosowaniu promieni w ten sposób); tak niezwykłą skutecznością autor przypisuje kryształowi, przepuszczającemu promienie ultra-fioletowe, pochłaniane przez szkło zwykłe w znacznej ilości; promienie te posiadają własność par excellence bakteryobójczą i większą, niżli promienie chemiczne wi-
Czesław Wegierski.

175. Burwinkel z Zabern. O zaszczepieniu przymiotu za pośrednictwem lapisu. (Deut. Med. Woch. № 6. 1898).

Na posiedzeniu Tow. Lek. w Paryżu Fournier przedstawił chorego z dwoma typowemi owrzodzeniami szankrowemi na przedramieniu; owrzodzenia te zaszczepiono nieumyślnie laseczką lapisu. Podobny przeniesienia przymiotu przypadek spostrzegali i Burwinkel.

Rzecz dotyczyła 24-letniego włościanina, pozostające w klinice szpitalnej z przyczyny wilka nosa. Cały wierzchołek tegoż, skrzydła i przegroda były wyżarte; kikut nosa i wargę górną przedstawiały jedną powierzchnię owrzodziłą, przyczem żadne środki przeciwko mniemanemu wilkowi nie skutkowały. Wreszcie obrzęk gruczołów szyjowych nasunął przypuszczenie o możliwości w danym przypadku owrzodzenia syfilitycznego. Leczenie swoiste przeciwprzymiotowe rozpoznanie to potwierdziło; owrzodzenie nosa zagoiło się szybko.

Wywiady nie wykazały tu ani gruźlicy, ani przymiotu. W 12-ym roku życia młody ów parobczak, dotąd zupełnie zdrowy, leczył się od polipa nozdrza prawego; lekarz przyżył polip wielokrotnie lapisem. Od tego czasu zaczęło wytwarzać się w nozdrzu prawem owrzodzenie, szerzące się zwolna coraz bardziej.

Nasuwa się pytanie, jak długo może być żywotny zarazek przymiotowy, znajdujący się na narzędziach chirurgicznych? Besnier przypuszcza czas bardzo krótki tylko, powołując się na to, że w prze-

ciwnym razie mielibyśmy byli wiele przykładów podobnego zakażenia w czasie przedantyseptycznym. *St. Stanisławski.*

176. Dr. Kornfeld. **Przyczynę do objawów klinicznych cierpień gruczołu krokowego.** (Wien. Med. Woch. № 52. 1897).

Zapalenie przewlekłe gruczołu krokowego, którego przyczyną jest długotrwała rzeżączka, objawia się często li tylko wzmożonym parciem na mocz. Objaw ten jednak spotykamy również u osób cierpiących na neurastenię, hypochondrię lub też na długotrwałe zaburzenia dyspeptyczne; skutkiem tego przy istnieniu jednoczesnem cierpień powyższych z zapaleniem przewlekłym gruczołu, trudno nieraz dociec przyczyny nienormalnej częstości moczenia. Wzmożone parcie na mocz występuje często przy rozpoczynającym się przeroście gruczołu krokowego, gdy nie można nawet jeszcze skonstatować powiększenia objętości tegoż. Ta okoliczność, że przy leżeniu w łóżku wzmaga się potrzeba moczenia, a pod wpływem ruchu zmniejsza się lub zupełnie znika, służy nam do postawienia rozpoznania rozpoczynającego się przerostu. Cierpienia ostre, połączone ze znaczną gorączką (reumatyzm, tyfus, zapalenie płuc etc.), mogą — jak widzimy z przykładów przytoczonych przez autora — przytłumić ostre sprawy rzeżączkowe, uporeczywe zapalenie gruczołu krokowego, lub też objawy starsze przerostu tegoż, połączonego nawet z powikłaniami (cystitis, cystopyelitis).

W większości jednak przypadków ostre sprawy gorączkowe wywołują pogorszenie objawów cierpień gruczołu krokowego. Są one nawet nieraz przyczyną wystąpienia tychże objawów, które mogły nie być dotychczas przez chorego spostrzegane lub też mogły wcale nie mieć miejsca. Daje się to zauważyć często przy przeroście starszym gruczołu. W przebiegu cierpień gruczołu krokowego występuje często ostre zatrzymanie moczu, do czego powód dają wszelkie nadużycia i nieumiejętne wprowadzanie instrumentów. Zatrzymanie moczu wystąpić może również przy ostrem zapaleniu przerośniętego gruczołu krokowego, jak to widzimy z podanego przez autora przykładu. *H. Uliński.*

III. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

177. **Przyczynki do aseptyki. Z 27-go kongresu chirurgów niemieckich.**

Mikulicz w referacie o najnowszych ulepszeniach w aseptyce podaje sposób, kontrolujący dostateczną sterylizację materiałów opatrunków i wygodnej tam, gdzie wyjałowieniem zajmuje się personel pomocniczy. Do wewnętrznej ściany naczynia, w którym się wyjaławia — przytwierdza się kawałek papieru z wydrukowanym wyra-

zem np. „wyjałowiony“. Druk zamazuje się rozczynek jodu w jodku potasu. Koniec wyjaławiania ujawniony będzie przez zniknięcie zabarwienia i ponowne ukazanie się druku.

Należy się starać uniknąć zakażenia rany: 1) z powietrza, 2) z otaczającej ranę skóry, 3) z rąk operującego. Co do 1) radzi M. jaknajmniej mówić przy operacjach. Bakteryologiczne badanie 48 zdrowych jam ustnych wykazało w 33% gronkowce jadowne. Przez mówienie nad szalkami Petriego udało się otrzymać jadowne hodowle odpowiednio do trwania mowy. Przy mówieniu i oddechaniu operującego cząsteczki z jamy ustnej zawierające staphylococci mogą się unosić w powietrze i zakażać rany. M. używa stale przy operacjach maski, nakładanej na usta. Co do 2) trzeba przybrać w pomoc asystenta, gdyż wyjałowienie absolutne skóry jest niemożliwe. Jedwab dla szwów skórnych pogrąża M. w eterze jodoformowym, w skórę wciera pastę airołową. Co do 3) ponieważ ręka wyjałowiona przy pomocy alkoholu i gorącej wody w trakcie operacji zanieczyszcza się na nowo—poleca M. użycie rękawiczek, co w 31% pozwala utrzymać ręce wyjałowionymi do końca operacji. Posmarowanie końców palcy jodyną utrzymuje w zupełności aseptykę rąk.

Perthes podaje parę uwag w kwestyi rękawiczek, używanych przy operacjach. Za najlepsze uważa rękawiczki z materiału nieprzemakalnego (gummiseiden), wprowadzone przez Zoega-Manteuffla, które są nadzwyczaj cienkie, tak że wyczuwa się przez nie dotknięcie włosa, i trwałe, wytrzymujące doskonale wyjałowianie parą. Rękawiczki z innych materiałów pozostają jałowe, dopóki są suche. Zwilgoczone zanieczyszczają się drobnoustrojami.

Döderlein badał rękawiczki operacyjne z punktu bakteryologicznego. Gorąca woda i alkohol wyłajawiają skórę rąk pozornie, gdyż, ściągając powierzchowny naskórek, zachowują nietkniętymi drobnoustroje głębszych warstw. Pod wpływem wilgoci i ciepła — drobnoustroje mogą przeniknąć z głębszych warstw naskórką przez rękawiczki na ranę i ewentualnie zakazić ją. Z rękawiczek bawełnianych przesiąkniętych krwawą sekrecją rany w czasie operacji D. przenosił krople płynu na żywy i znajdował masy zarodników. Porafinowanie rąk i rękawiczek, polecane przez Menge (patrz Kronika № 6) nie okazało się dostatecznym. Złemu zaradza tylko nieprzemakalny materiał rękawiczek. Pod rękawiczkami gumowemi rozmiękczony naskórek okazał się zupełnie jałowym — pod warunkiem, żeby przez czas operacji rękawiczki nie były zmieniane. *Sunderland.*

178. **Solutio anaestheticum Schleich.** Pod nazwą „Sol. anaestheticum Schleich“ pojmuje się mieszaninę z chlorków kokainy, morfiny i sodu, którą się w wodzie rozpuszcza i do znieczulania nacieczeniowego podług metody Schleicha używa.

Wspomniane sole miesza się w rozmaitym stosunku:

1) *Sol. anaesth. Schl.* I (mocny).

Cocain mur. 0,2

Morph. mur. 0,025

Natr. chlor. 0,2

- 2) *Sol. anaesth. Schl.* II (normalny).
 Cocain mur. 0,1
 Morph. hydroch. 0,025
 Natr. chlor. 0,2
- 3) *Sol. anaesth. Schl.* III (słaby).
 Cocain mur. 0,01
 Morh. mur. 0,005
 Natr. chlor. 0, 2.

W powyższych formułkach kokaina powinna być zastąpiona przez tropococainę, która właściwszą jest w tym razie ze względu na swą stałość, mały stopień jadowitości, brak własności drażniących tkanki.

Każda z przytoczonych mieszanin na krótko przed użyciem rozpuszcza się w 100 cm. gotowanej, przekroplonej wody i zastosowuje się dopiero po ostygnięciu.

Firma Mercka przygotowuje odpowiednie pastylki, z których każda rozpuszcza się w 100 cm. H. K.

179. Dr. J. Beyer z Drezna, przeprowadził w jednym przypadku badania nad **gojeniem się ran pod działaniem pary wodnej**, wychodząc z tego punktu widzenia, że ta ostatnia nadaje się tak dobrze do wyjaławiania narzędzi chirurgicznych i materiału opatrunkowego. Przypadek, jedyny, jak dotąd, w piśmiennictwie lekarskiem, dotyczył pewnego 16-letniego mężczyzny, leczonego przed skierowaniem go do autora w ciągu dosyć długiego już czasu z małym skutkiem na zapalenie ropne gruczołów lewej jamy pachowej. Podczas badania stwierdzono przede wszystkim znaczne ograniczenie ruchów ramienia lewego: chory wykonywał niem np. ruch odsiebny tylko pod kątem, nie przekraczającym 15°. Zgłębnik, wprowadzony do przetoki, powstałej w lewej jamie pachowej, sięgał w głąb tkanek w kierunku ku obojczykowi na 12 niemal cm., nie dotykając jednak nigdzie kości obnażonej; z przetoki wreszcie wydzielala się ropa obficie nawet bez wywierania ucisku. Leczenie w przypadku powyższym rozpoczęto od stosowania choremu codziennie łaźni parowej, trwającej za każdym razem około minut 10 oraz kąpieli ciepłej z oblewaniem: samą ranę opatrywano gazą airolową, którą wypełniano przetokę szczelnie. Po niejakiem czasie, w obec wytwarzania się ropni wędrujących, bądź z tyłu a brzegu dolnego łopatki, bądź z przodu w kierunku mostka, przeprowadzono cięcie w postaci **I** wzdłuż drugiego żebra na lewo od mostka, a po wypuszczeniu ropy w ilości obfitej, połączono ranę na stałe z przetoką pachową. Od czasu tej wtórnej operacji poddawano chorego podczas zmiany każdego opatrunku działaniu dobywającej się strumieniem pary wodnej; przy czem operowany siedział z obnażoną klatką piersiową w odległości półmetrowej od zbiornika, wytrzymując w ciągu minut 20 działanie pary, ogrzanej do 53° C. Wanna (27° R.) i oblewanie wodą oraz wypełnianie rany i przetoki gazą airolową kończyły opatrunek. Ponieważ jednak ropienie zmniejszało się nader nieznacznie, a przetoka nie goiła się również, po upływie więc niemal miesiąca wypadło doko-

nać jeszcze jednego cięcia, które przeprowadzono na zewnątrz od brodawki lewej ze względu na zatrzymującą się tamże ropę; ranę tę zapomoćą drenu połączono z dwiema poprzedniami. Niebawem też zauważono w przebiegu gojenia się zwrot nader pomyślny; ropienie zmniejszyło się prawie odrazu, wydzielina przestała cuchnąć, stan chorego ogólny uległ poprawie znacznej, a rany i przetoka zaczęły się wypełniać stopniowo ziarniną. Po trzech miesiącach na miejscu dwóch cięć ostatnich otrzymano bliznę, ruchy czynne w stawie ramieniowym powróciły niemal zupełnie, przetoka pochwowa zwęziła się znacznie i skróciła o połowę, a zgłębnik, wprowadzony do kanału, wywoływał krwawienie, co dowodziło, że kanał ów wypełnia się ziarniną. Po upływie trzech tygodni jeszcze głębokość przetoki nie przewyższała 4 ctm., choremu zaś, prócz opatrunku, jak wyżej, wlewano w głąb tejsze balsam peruwiański. Obecnie operowany jest na wyzdrowieniu, sam zaś przetoka zwęziła się o tyle, że koniec zgłębnika wprowadza się z wielką trudnością i sięga w głąb na 1 za ledwie ctm.

Autor mniema, że w danym przypadku miano do czynienia z ropniami, powstałymi pod mięśniem piersiowym, które, przyłączywszy się do sprawy zapalnej w gruczołach chłonnych, dały początek wytworzeniu się owej przetoki głębokiej; zastosowane przed opatrunkiem każdym kąpiele, a zwłaszcza okadzania parą wodną miejscowo, działając pobudzająco na krwiobieg, sprzyjały wytwarzaniu się ziarniny i powstrzymaniu dalszego drobnoustrojów chorobotwórczych rozwoju, dzięki też czemu przypadek powyższy uwieńczony został ostatecznie przez wynik pomyślny.

(Deut. med. Wochenschr. № 9. 1898).

K. N.

180. Krönlein przytacza ciekawe ze spostrzeganych przezeń przypadków **raka przetyku** sprawozdania. Od roku 1881 do 1896 rozpoznano cierpienie owo na klinice w Zurychu 61 razy, przyczem 56 przypadków dotyczyło mężczyzn. Jak poucza tamtejsza statystyka szpitalna, jedno spostrzeżenie raka przetyku wypada na 15 przypadków raka narządów innych, resp. na 300 przypadków chirurgicznych w ogóle. Co do umiejscowienia się guza należy odróżniać trzy tegoż odmiany: raka jamy noso-przetykowej (2 przyp.), przetyko-gębnej (cav. pharyngo-orale 30 przyp.) i przetyko-krtaniowej (29 przyp.), nadto nowotwory odmiany ostatniej gnieźdzą się bądź na ścianie przedniobocznej, bądź na tylnobocznej lub też zajmują przestrzeń pozakrtaniową. O rokowaniu w tego rodzaju przypadkach mówią najlepiej wyniki podjętych w celach leczniczych zabiegów. Przedewszystkiem tedy w 32 przypadkach uznano operację za bezcelową, bo spóźnioną zupełnie; z pozostałych 29 chorych, którym przetyk wraz z nowotworem wycięto, 11 zmarło niebawem po operacyi; 16 padło ofiarą nawrotu, 2-ch wreszcie wyzdrowiało na dobre. Jeden z dwojga owych szczęśliwców żyje już lat dwa, nie ma nawrotu, miejscowo zaś nie doznaje żadnych zaburzeń czynnościowych; drugi zmarł w lat siedm po operacyi na raka, co jednak nie może być pożytywane za nawrót. Pomimo tych nie bardzo zachęcających wyników, uważać

trzeba wycięcie zajętego przez raka przelyku za rękoczyn, usprawiedliwiony całkiem, bo choć widoki na wyleczenie doszczętne są, jak dotąd przynajmniej, nie wielkie, w każdym jednak razie operacya przedłuża życie na okres mniej więcej siedmiu miesięcy. Jak zaś owo życie urobi się po dokonanych przez chirurga zabiegu, to już od wielu zależnem jest warunków.

(Beitr. zur Klin. Chir. Bd. XIX. H. 1).

K. N.

181. Łazarzew opisał szczegółowo w № 2 „Chirurgii“ przypadek **exophthalmus pulsatilis**, wyleczony za pomocą operacyi. Jako przyczynę wysadzenia gałki ocznej rozpoznał autor rozerwanie tętnicy szyjowej wewnętrznej (art. caros. int.) w zatoce jamistej (sinus cavernosus), co zresztą bywa najczęstszą przyczyną tego cierpienia; wykluczył autor stanowczo varicoaneurisma art. ophthalmicae oraz aneurysma art. carot. int. in sina cavernoso. Gdy podwiązanie tętnicy szyjowej wspólnej (in trig. carot.) nie usunęło wysadzenia gałki ocznej, a zmniejszyło jedynie, w stopniu niewielkim, tętnienie, i żyły nadal pozostały rozszerzone, zdecydował się autor wykonać podwiązanie żyły ocznej górnej (v. ophthalmica sup.) w oczodoie. Mimo, że przebieg pooperacyjny był powikłany poważnemi objawami mózgowemi, chora wyzdrowiała i pozbyła się prawie zupełnie szpecącego ją wysadzenia gałki ocznej.

W. Ż.

182. Curtis spostrzegł następujący ciekawy przypadek: dwudziestodwuletni mężczyzna skarżył się od dłuższego czasu z powodu krwimoczny, parcia na mocz i t. d. Wziernikowanie pęcherza wykazało guz umiejscowiony w pobliżu ujścia prawego moczowodu. Wobec tego wykonano cystotomiam suprapubicam i wycięto część błony śluzowej pęcherza wraz z przylegającą doń warstwą mięśniową. Bliższe zbadanie wyciętego kawałka wykazało, że na błonie śluzowej pęcherza utworzyło się **owrządzenie** spowodowane obecnością **distoma haematobium**. Chory po operacyi szybko wrócił do zupełnego zdrowia.

(Brit. med. journ. 1897. Paźdz. 9. Refer. w Centr. f. Chir. 13, 1898).

W. Ż.

183. Jovanović opisał (Srpski arhiv za celokupno lekarstvo 1897. № 10) przypadek **przetoki pęcherzopochwowej z wypadnięciem** przez nią górnej połowy pęcherza, który wskutek tego sterczał w pochwie i sromie na podobieństwo guza, wielkości jabłka, mocno zaczerwienionego, miękkiego i niezwykle bolesnego na dotyk. Pęcherz wypadnięty udało się wprowadzić przez 4-centymetrową, owalną przetokę.

(Streczcz. w Centralbl. f. Chir. 13. 1898).

W. Ż.

184. Herschell utrzymuje, iż na **badaniu krwi** oprzeć można **rokowanie przy zapaleniu wyrostka** robaczkowego. Nieznaczna leukocytoza, przemijająca po kilku dniach, świadczy, iż cierpienie było łagodne i ograniczone. Znaczna leukocytoza, trwająca bez zmiany około tygodnia, każe przypuszczać, iż mamy do czynienia z rozległym otorbieniem zbiorowiskiem ropy bez tendencyi do wessania. W takich razach wskazana jest natychmiastowa operacya. Leukocytoza, wzma-

gająca się z dnia na dzień, dowodzi, iż sprawa się szerzy i chory jest w niebezpieczeństwie.

(The Lancet. 11. XII. 97).

F. S.

NOWE LEKI.

Ichthalbin. Ponieważ ichthyol z powodu swego nieprzyjemnego smaku i zapachu mało się nadaje do dłuższego wewnętrznego użycia, próbował Sack (Deut. Med. Woch. 23.—1897), przygotować związek ichthyolu z białkiem, któryby tych stroa ujemnych nie posiadał. Preparat ten przedstawia się pod postacią szarobrunatnego proszku, pozbawionego smaku i zapachu, który nie rozpuszcza się w żołądku i dopiero w kiszkiach podlega rozkładowi na pepton i zasadę ichthyolu. Ichthalbina przeznaczoną jest wyłącznie do wewnętrznego użytku. Działanie jej polega: 1) na wpływie na wszystkie sprawy zapalne i wysiękowe, połączone z rozszerzeniem naczyń, nawet na najodleglejszych miejscach na obwodzie; 2) na regulowaniu ruchu robaczkowego; 3) na pobudzaniu łaknienia; 4) polepszeniu stanu ogólnego chorego i powiększeniu wagi ciała. Stosowanie ichthalbinu wskazane jest we wszystkich tych przypadkach, gdzie potrzeba wprowadzać do przewodu pokarmowego przez dłuższy przeciąg czasu łagodny środek tonizujący i wyjąłwiający; we wszystkich zatem dermatozach, mających charakter odruchowy i troficzny, połączonych z zaburzeniami w trawieniu, naprzykład w pokrzywie *ex ingestis*, w *pruritus partialis et universalis* bez podstawy anatomicznej, w *lichen scrophulosus*, i t. d.

Nowy ten preparat podaje się w dawce od 1,0—2,0 od dwóch do trzech razy na dzień *per se* przed jedzeniem.

Zewnętrznie stosują ichthalbinę w pęknięciach i w guzach hemoroidalnych, przy silnem swędzeniu. W przypadkach tych stosują ten środek jako proszek.

H. K.

IV. LISTY z PARYŻA.

Paryż, w kwietniu 1898 r.

Posiedzenie Akademii medycznej z dnia 22 i 29 marca. — Zebrania: Szpitalnego Towarzystwa Lekarskiego (*Société médicale des hôpitaux*) z 18 i 25 marca i Towarzystwa chirurgicznego z 22 i 30 tegoż miesiąca.

W Akademii medycznej profesor Pinard podał historię choroby dwudziestopięcioletniej kobiety, która w szóstym miesiącu ciąży poczuła nagle gwałtowny ból w brzuchu. Bezpośrednio potem nastąpiły wymioty. Po czterech dniach choroby, nie widząc polepszenia, wstąpiła do szpitala. Ciepłota prawidłowa, tętno 120. Objaw, ten jako też ból bardzo dolegliwy w punkcie Mac-Burney'a naprowadziły na domysł zapalenia wyrostka robaczkowego. Jakoż po odpowiedniem nacięciu wypłynęła znaczna ilość bardzo cuchnącej ropy.

W nocy poród przedwczesny, nazajutrz chora zmarła. W krwi dobytej ze sznurka pępkowego, znaleziono bacterium coli.

Oddawna już nie notowano przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego wklajających ciążę. W ostatnich kilku latach jednak zwrócono na nie uwagę. Pinard zebrał z piśmiennictwa i z osobistych spostrzeżeń 45 przypadków, 30 z nich operowano. Appendicitis w czasie ciąży zdarza się we wszystkich okresach. Ciąża częstokroć zostaje przerwana. Dziecko umiera w kilka dni po wybuchu choroby wśród objawów septycznych, pochodzących prawdopodobnie z zakażenia płodu przez bacterium coli. Niekiedy tworzy się mały ropień wyrostkowy podotrzewnowy, wtedy po przedwczesnym porodzie bywają przypadki wyzdrowienia matki. Zdarza się to rzadko.

Rozpoznanie wogóle jest bardzo trudne a jednak wczesne rozpoznanie jest rzeczą bardzo ważną, gdyż Appendicitis ciężarnej należy jak najprędzej operować. Czy przed operacją wypróżnić macicę? Nie, bo w niektórych przypadkach płód rozwijał się dalej po operacji szczęśliwej. Nadto jeśli spotka się kobietę lub dziewczynę mającą skłonność do zapalenia wyrostkowego, winno się nie zwlekać z operacją, gdyż w razie jej zajścia w ciążę, gdy appendicitis rozwinię się silnie, niebezpieczeństwo będzie o wiele groźniejsze.

Dieulafoy poparł zdanie Pinarda spostrzeżeniem, iż bact. coli dobyte z zamkniętej jamy wyrostkowej, i zaszczerpione świniom morskim, okazało się o wiele jadowitszem, niż to, które znalazł poza ową jamą.

Linossier i *Lannois* zdali sprawę z dwuletnich swoich prób zastąpienia przez salicylan metylu salicylanu sodu w leczeniu gościa. Ma on nad swym współzawodnikiem tę przewagę, że nawet w dawkach wielkich nie wywołuje zawrotu głowy ani szumu w uszach. Lemoine używał go kilka razy w ilości 24 gramów dziennie i nie spostrzegł zatrucia. Nadto salicylan metylu usmierza ból szybciej. Pod innymi względami działa w goście ostrym jak salic. sodu. — W gościec podostrym natomiast skuteczność jego jest o wiele większa. Według *Siredeya* jest on tu świetnem lekarstwem. Z działaniem ogólnem salicylanów łączy działanie miejscowe—szczegół ważny wobec wybitniejszego umiejscowienia choroby w tym przypadku. Okazał się również skutecznym w wielu nerwobólach i rwie kulszowej; w zapaleniu nerwów pochodzenia tyfusowego, gruźliczego, wyskokowego. Dawka średnia: 4 gramy.

Linossier i *Lannois* powstają przeciw zastępowaniu salicylanu metylu przez naturalną esencję *Wintergreena*, której skład jest niestały, a także przeciw używaniu pomad. Zmieszany z wazeliną lub z tłuszczem salicylan metylu bywa wchłaniany bardzo powoli. Najlepszą metodą jest stosowane przez nich i dawniej i teraz pędzłowanie, po którem winno nastąpić jak najszczelniejsze owinięcie wata.

Na posiedzeniu z 29 marca rozbierano pytanie o wpływie wina na powstanie marskości wątroby. Zgodzono się, iż trudno je rozwiązać, zważywszy, że używanie wina idzie najczęściej w parze z używaniem napojów wysokowych. *Reclus* mówił o *eukainie* β przygotowanej i zalecanej przez *Silera* z *Berlina*. Warta ona więcej niż *eucaina*,

(której próbował używać), ale mimo to nie dorównywa pod względem użyteczności kokainie

Laborde zakomunikował dokument profesora Jakuba Stuarta z Londynu wykazujący, iż usunięcie przymusu rewizji lekarskich wśród angielskiej prostytutki, oddziało korzystnie: ilość chorób wenerycznych w tem środowisku zmniejszyła się. Omawiano sprawę obowiązkowego szczepienia ospy.

Championnière opowiedział przypadek, w którym zastosowana została zupełnie nowa zasada chirurgiczna. Mianowicie włożenie w mięsień i zestawienie tam na stałe grupy drutów metalowych celem ułatwienia naprawy uszkodzonej tkanki mięśniowej. Przytoczył na poparcie przykład: pewien mężczyzna przerwał ścięgno mięśnia trójgłowego nad rzepką. Ścięgno i mięsień tak skurczyły się, iż niepodobniestwem było myśleć o zbliżeniu. Pierwsza próba zeszczenia wypadła bardzo miernie. *Championnière* włożył wówczas w trójgłowiec, nad przerwaniem, grubą podwójną nicią srebrną prostopadle do włókien mięśniowych. Powstał w ten sposób rodzaj zapory wewnątrz mięśniowej. Dwa grube druty równoległe zostały oprowadzone do rzepki i naokoło wspomnianej zapory do mięśnia. Następnie umocowawszy je w dwóch punktach stałych: kostnym i mięśniowym wyprężono je i związano.

Między drutami połączono za pomocą katgutów wszystkie resztki ścięgna i mięśnia. Te nie były napięte. Nałożono opatrunek stały, bez przyrządu unieruchamiającego. W cztery dni po pierwszym opatrunku rozpoczęto ruchy bierne. Po miesiącu chory opuścił szpital. W siedem miesięcy później widział go *Championnière* znowu. Poddał kolano zbadaniu radiograficznemu. Naprawa mięśnia dokonała się w zupełności. Chory chodził, nie kulejąc, wszelkie ruchy nogi wykonywał zupełnie swobodnie. Druty przestały już pełnić funkcję linii oparcia, tkwiły zresztą bez żadnej ujemy w organizmie. Pod wpływem płynów mięśniowych jednak uległy pewnym zmianom: jeden był przerwany w trzech, drugi w dwóch miejscach. Referent postanawia na przyszłość używać trwalszych drutów platynowych.

W „Szpitalnem Towarzystwie Lekarskiem“ Vincent mówił, o dostrzeżonej przezeń nowej odmianie wrzodząco-błonowego zapalenia gardła (ang. *ulcero-membr.*) w cechach swych bardzo zbliżonej do defteryty, różniącej się atoli co do drobnoustrojów chorobotwórczych. Są to laseczniki długie na 10—12 μ . z częścią środkową wydętą i końcami cienkimi, odbarwiają się metodą Grama, i spirylle cieniučne, trudno barwiące się. Hodowli ich Vincent nie mógł otrzymać. Lemoine dołączył tu kilka swoich spostrzeżeń i zalecał podobnie jak Vincent wyodrębnienie tej odmiany chorobowej.

Thoinet i Jerzy Brouardel podali *cechę bardzo wyraźną różniącą lasecznik Ebertha od bacillum coli*. Pierwszy nigdy nie rozwija się w rosole, zawierającym więcej nad jeden centygram kwasu arsenowego na litr, drugi przeciwnie. Petulle i Ribard zastanawiali się nad próbami tak zwanej *chrymoterapii w gruźlicy* płucnej. Słowo chrymoterapia pochodzi od „chrymos“ — wielkie zimno. Pictet pierwszy, opierając się na tem, że zimno wywołuje potężną reakcję organizmu,

i wskutek tego wzbudza bardzo żywy apetyt; poddał się działaniu temperatury — 60° w celu wyleczenia się z dyspepsy. Osiem posiedzeń, każde trwające dziesięć minut, uleczyły go zupełnie. Letulle stosował bardzo niską temperaturę w gruźlicy w sposób jednak odmienny. Co rano i przed wieczorem przykładał na pół godziny w okolicy nad żołądkiem i przy wątrobie woreczek z dwoma kilogramami stałego kwasu węglowego. Oziębially one skórę, oddzieloną grubą warstwą waty, zniżając jej ciepłość do 25°. Rezultaty prób były dość pomyślne, choć trudno orzec tu jeszcze cokolwiek stanowczego.

Dnia 25 marca Thoinot i Brouardel starali się określić mechanizm działania *przeciwjadowego miąższu nerwów na strychninę*. Zgodzono się, iż tenże, podobnie jak mąka kartoflana, sproszkowany węgiel, miąższ szpinaku i inne substancje zatrzymuje po prostu mechanicznie wielką część trucizny, tak że przepuszczona jej cząstka zasłaba jest, aby oddziałać zabójczo. Beclère opisał rzadki przypadek *porażenia dziecięcego* ze współudziałem nerwu twarzonego.

W „Towarzystwie chirurgicznem“ była bardzo zajmująca dyskusja nad zbozeniami umysłowemi po operacyach chirurgicznych. Weszło niemal w zwyczaj oskarżać chirurgów w razie objawów obłędu, szczególnie po wyjęciu jajników lub innej operacyi narządów płciowych. Tymczasem przypadki psychozy pooperacyjnej prawdziwej są niezmiernie rzadkie. Zamęt umysłowy daje się poznać na długi czas przed zabiegiem chirurgicznym, chirurg więc winien w tym względzie zasięgnąć wiadomości, jeśli chce odeprzeć w przyszłości obarczające go zarzuty. Walther, Richelot i Monod przytoczyli szereg przypadków, gdzie w pierwszej chwili można było przypisać obłąkanie lub zbożenie umysłowe interwencyi chirurgicznej, gdzie jednak, w istocie, objawy chorobowe istniały już przedtem. *W. Bugiel.*

V. SPRAWOZDANIE

z posiedzenia Warszaw. Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie dnia 29-go marca.

Przed porządkiem dziennym: 1) **Guranowski** przedstawił odlew gipsowy i fotografię stereoskopową wady wrodzonej przewodu słuchowego zewnętrznego, polegającej na rozdwojeniu tego przewodu na całej przestrzeni. Przedni kanał kończy się ślepo, tylny dochodzi do błony bębenkowej. Brak w danym przypadku wady rozwoju muszli usznej.

2) **Szteyner** przedstawił chorego, dotkniętego od 2 lat mięsakiem czarnym wielkości śliwki na powiece górnej oka prawego. Prócz niego znajdują się jeszcze dwa mniejsze guzy na powiece dolnej i fałdzie przejściowej.

Na porządku dziennym: **Ciechomski** mówił o ropniach wątroby pochodzenia urazowego. Przypadki tego rodzaju należą do rzadkości. Uszkodzenia wątroby podskórne mogą być 3 rodzaje: 1) rozerwanie mięszu razem z osłoną jej; 2) rozerwanie mięszu bez uszkodzenia osłon i 3) wylew krwawy, do mięszu jedno lub kilkuogniskowy. C. opisuje dokładnie dwa przypadki ropni, spostrzegane i leczone przez siebie. Z pośród objawów ropni wiele przypomina w początkowym okresie objawy pęknięcia wątroby i szok. Krwotok wewnętrzny, ból w okolicy wątroby, promieniujący do barku prawego, rzadziej wymioty, żółtaczkę. Najważniejszym zabiegiem rozpoznawczym jest próbne przekłucie, które daje możliwość wczesnego wykonania operacji w razie potrzeby, ponieważ przy znacznym wylewie krwawym skrzep nie może się wessać i przemienia się z biegiem czasu w ropień. Przy różniczkowym rozpoznaniu należy mieć na uwadze ropień podprzeponowy, bąblowca wątroby oraz ograniczone ropne zapalenie otrzewny. Leczenie uszkodzeń wątroby niezbyt rozległych w początkowych okresach polega jedynie na zabezpieczeniu od pogorszenia i możliwych powikłań; przy większych pęknięciach i połączonych z niemi obfitych krwotokach należy utworzyć jamę brzuszną, by opanować krwotok. Ranę wątroby można zaszyć całkowicie lub przyszyć ją do otrzewny ściennej, a więc wykluczyć z jamy otrzewny. Nakoniec C. rozpatruje różne sposoby operowania ropni podprzeponowych, które można stosować w ropniach wątroby. Wreszcie C. podaje dane z piśmiennictwa, dotyczące ropni wątroby pochodzenia urazowego.

W dyskusyi prof. **Brodowski** zwraca uwagę, że w przypadkach C. nie było właściwie ropni wątroby, ponieważ płyn mętnawy, jaki wydobyto z uszkodzeń wątroby, zawierał ledwo trochę białych ciałek, natomiast był na oko surowiczym, zawierał ciałka czerwone krwi i nie dał hodowli przy szczepieniach. Były to więc tylko torbiele w rodzaju tych, jakie spotykamy w mózgu po wylewach krwawych (cysta apoplectica). Wylew krwawy może dać początek ropniowi lecz jedynie wskutek zakażenia i przytem krew nie przeistacza się bezpośrednio w ropę, lecz zostaje zastąpiona przez tę ostanią. B. wytyka pewne usterki językowe: przeciwdar (zamiast uderzenie odbite), uraz podskórny wątroby (zamiast — bez uszkodzenia powłok), otrzewnowy (z. otrzewniowy).

Ciechomski odpowiada, że rozpoznał ropień wątroby, bo pod drobnowidzem znaleziono ropę, a przebieg choroby był gorączkowy. Co do usterek językowych, to większość z nich należy do pytań nieustalonych.

Prof. **Brodowski** powiada, że po wylewach krwi bywa gorączka, zależna od wessania wytworów rozpadu krwi.

Szteyner zwraca uwagę, iż w opisie przypadków z piśmiennictwa C. pominął przypadek Matlakowskiego.

Posiedzenie d. 18-go kwietnia 1898.

Przed porządkiem dziennym: 1) **Neugebauer** przedstawił 28-letnią żydówkę, która rodziła 6 razy, ostatnio przed 10-ma dniami; posiada

ona 4 sutki, 2 prawidłowe i 2 nad poprzednimi w samych pachach bez brodawek. Takie sutki dodatkowe (succenturiatae, aberrantes) spotyka się i w większej ilości. N. przedstawiał przed kilku laty chorą z dziesięcioma sutkami (polymastia). W podobnych przypadkach można myśleć o atawizmie lub o przypadkowym przeistoczeniu gruczołów łojowych skóry. Przedstawiona chora zgłosiła się z powodu nieustawicznego mlekotoku, nie dającego powstrzymać się żadnymi środkami. Chora chce sama karmić, pomimo znacznej utraty pokarmu i dolegliwości, spowodowanych przez to; dlatego też nie można zastosować tu antypiryny, kamfory, tartari vitriolati i t. p.

2) **Mintz** przedstawił chorego z uchyłkiem przełyku. Przy picciu płyny zatrzymują się w uchyłku a zgłębnik dochodzi za ledwo do głębokości 28 ctm. M. prześwietlił uchyłek przy pomocy lampki elektrycznej na posiedzeniu, przyczem pokazała się plama świetlna na wysokości juguli sterni, czyli została prześwietlona część uchyłka, nie pokryta przez serce. **Mikołaj Bruner** dokonał zdjęcia Röntgen'owskiego tego uchyłka, przyczem znaleziono przesunięcie serca nieco na prawo.

Na porządku dziennym **Grundzach** mówił o pewnej postaci zaburzeń ruchowych żołądka i kiszek zwłaszcza po laparotomii. Bezwład kiszek po operacyi lub urazie daje obraz chorobowy bardzo podobny do obrazu niedrożności mechanicznej kiszek lub zapalenia otrzewny; różnica polega na niskiej ciepłocie przy porażeniach kiszek, oraz na braku bólów samoistnych. Bezwład żołądka polega na porażeniu nerwu współczulnego żołądka. Leczenie tych postaci powinno polegać na usunięciu wszelkich napojów, stosowaniu małych ławatyw z alkoholem i eterem, wlewań podskórnych, podawaniu pecherza lodowego na dołek i brzuch, usunięcia opatrunków uciskających, stosowania prądu elektrycznego stałego i przerywanego, przepłukiwania żołądka.

W dyskusyi **Szteyner** zwraca uwagę, że porażenie żołądka i kiszek po operacyi zdarza się obecnie o wiele rzadziej niż dawniej, zapewne z tej racyi, że chirurdzy stosują teraz bardzo rzadko opium i inne środki uspokajające, a często uciekają się do środków czyszczących. Stosowanie środków czyszczących daje pomyślne wyniki nawet w zapaleniu otrzewny, do której Mac Cosh wstrzykuje po operacyi roztwór siarczanu magnezu, a do wewnątrz podaje kalomel.

W odpowiedzi **Grundzach** zgadza się na uwagi Steynera i konstatuje fakt, że porażenia żołądka i kiszek zdarzają się obecnie rzeczywiście rzadziej wskutek większej staranności przed operacyą i po jej dokonaniu.

Posiedzenie dnia 19-go kwietnia.

Przed porządkiem dziennym: 1) **Gabszewicz** przedstawił 38-letniego mężczyznę, który przybył do szpitala S-go Rocha z bólami głowy i z bolesnym guzem w okolicy guza czołowego prawego. Guz ten poprzednio był już przecięty i zawierał dużo ropy. W szpitalu

znaleziono na miejscu guza przetokę i oraz duży ropień na górnej powiece. Przy operacji G. znalazł kość w pomienionem miejscu ścięczałą i wytrepanował w niej otwór, wielkości miedzianej dziesiątki; w otworze było trochę ropiastego płynu oraz białe kawałki cholestearyny. Po usunięciu torbieli pozostała wielka jama nad przekrwioną oponą twardą; jama przy dalszem leczeniu zmniejszała się bardzo powolnie.

2) **Szteyner** przedstawił mężczyznę, wyleczonego z niezdrożności jelit wskutek skręcenia (3 półobrotu) okrężnicy zagiętej. S. przyszył okrężnicę do ściany brzusznej dla uniknięcia powrotów choroby.

3) **Henowski** (ze Zwolenia) przedstawił narzędzie do tamponowania macicy (tamponator) własnego pomysłu.

4) **Dobrowolski** przedstawił chorego z ogromnym polipem ucha, który wyrasta z prawej jamy bębenkowej i stopniowo powiększa się od 3 lat. Ropotok z tego ucha trwa już bardzo dawno.

Na porządku dziennym: **Ciągliński** mówił o dezynfekcyi i profilaktyce w praktyce lekarskiej. Profilaktyka ze strony lekarza powinna polegać na odkażaniu jego własnego ciała, ubrania, poczekalni i gabinetu lekarskiego, nie mówiąc już o narzędziach, któremi byli badani chorzy. Odkażanie ciała nie należy sprowadzać jedynie do mycia rąk mydłem po badaniu chorego gorączkowego, lecz trzeba oczyścić twarz i włosy, zwłaszcza w przypadkach błonicy. Najlepiej w tym celu używać sublimatu 1:1000 do twarzy i 1:500 do włosów i rąk. Są gotowe pastylki zawierające po 0,5—1,0 HgCl₂, bardzo dogodne do zastosowania. Odkażanie ubrania po powrocie od chorych lub po przyjęciu ich w domu C. uskutecznia w ten sposób, że całkowite ubranie zamyka do szczelnej szafy, mającej $\frac{3}{4}$ metra sześć. i zapelnia ją przez rurkę w jej dnie formaldehydem, powstałym przez spalenie 15—30,0 alkoholu metylowego w lampce Barthela, połączonej z rurką. Po 10 minutach szafa jest nasycona formaliną, a po 12 godzinach — ubranie zupełnie wyjałowione i niezniszczone. By zabezpieczyć się od przenoszenia choroby od jednego chorego do innego, C. proponuje, by lekarz ubierał się u chorego w fartuch, dostarczony do domu chorego w blaszanem pudle z formaliną przez przedsiębiorców. Gdyby takie postępowanie weszło w ogólne użycie, to uniknęlibyśmy przenoszenia chorób. Co się tyczy mieszkania lekarza, to należy zmywać resztki płwociny 1% sublimatem i potem cały pokój na całą noc poddać działaniu formaldehydu.

W dyskusyi **Dobrzycki** zwrócił uwagę, że fabrykant Witt w Warszawie wyrabia lampki formalinowe; jednak lampka Barthela jest lepsza.

Gepner (syn) zwraca uwagę na artykuł w ostatnim numerze Deut. Med. Woch. podług którego działaniu formaliny podlega tylko powierzchnia przedmiotów; nie przenika ona do wnętrza przedmiotów i nie może przeto być używana z pożytkiem do odkażania np. ubrania.

Leszczyński stosuje formalinę w przypadkach, uważanych dawniej za nieuleczalne w chorobach zębów. Do odkażania mieszkań za najlepsze uważa wprost rozlewanie czystej formaliny. Do odkażania

narzędzi formalina w stosownych naczyniach jest bardzo odpowiednia.

Groszlik zaznacza, że każdy z nowych środków przeciwniepalnych przed należytem wypróbowaniem był uważany za niezawodny. Przeciwnie formalinie podniosły się w ostatnich czasach różne głosy, między innymi Janet znalazł, że zgłębniki o małym świetle nie odkażają się w formalinie.

Kramszyk (Julian) stosował w swoim mieszkaniu formalinę po płonicy z dobrym skutkiem. W jednym przypadku na mieście odkażanie formaliną mieszkania zawiodło oczekiwania, bo płonica powróciła. Ostrożności, proponowane przez C. dla uniknięcia zarażenia się i przeniesienia choroby K. uważa za przesadzone: dość jest poprzestać na tem, co robi K., t. j. pozostawać u zaraźliwie chorego jaknajkrócej, nie siadać, nie dotykać się żadnych przedmiotów w pokoju, badać przez ręcznik, wchodzić do pokoju chorego w kałoszach i umyć potem ręce, aby być spokojnym co do tego, że nie przeniesie się zarazy. Prócz tego K. nie przyjmuje z zakaźnymi chorobami w swem mieszkaniu. Fartuchy K. uważa za nieodpowiednie, zwłaszcza w domach nieinteligentnych.

Bruner (Mikołaj) jest zadowolony z działania formaldehydu, musi on przenikać do głębi, jeśli taka tkanka jak mózg, twardnieje w nim bardzo dobrze. Przyrząd Witta spełnia należycie swe zadanie. Alkohol metylowy zaleca się do użycia bez acetonu, nie dlatego, jak twierdzi C., że go czuć bardzo, lecz dlatego, że aceton przeskadza wytwarzaniu się aldehydu. Lampa Barthela działa wszystkiego 20 minut. Odkażanie formaldehydem jest zbyt kosztowne. Do odkażania mieszkania najodpowiedniejszym jest ogrzewanie formaliny nad lampką. Ubranie najprędzej odkaża spray formalinowy.

Bączkiewicz zaznacza, że zarzut niedostatecznej dbałości z uwagi na możliwość przeniesienia zarazy tyczy się chirurgów i akuszerów narówni z innymi lekarzami. Choć przeniesienie na tej drodze choroby nie było nigdy zaznaczone, jednak jest ono zupełnie możliwe. Z tego względu ostrożności winny polegać na zetknięciu się z wszelkimi wydzielinami chorego. Częstymi roznośicielami chorób zakaźnych są sklepiki, w których są chorzy na chorobę zakaźną, ponieważ zwykle nie jest zrobione dla oddzielenia kupujących od styczności z osobami i rzeczami, używanymi przez chorego.

Szwajcer pręczy, aby istniało wielkie niebezpieczeństwo rozszereżania chorób zakaźnych, zwłaszcza przez lekarza. Przekonał się on o tem w szpitalu zapasowym. Natomiast zgadza się on zupełnie na pogląd Bączkiewicza. Fartuchy w praktyce nie będą miały należytego zastosowania.

Ciągliński nie odpowiada na pytania, dotyczące się sposobu szerzenia się chorób zaraźliwych, ponieważ nie wchodzi to w zakres odczytu. Co się tyczy profilaktyki, to nie rozumie postępowania Kramszyka, który unika chorych zaraźliwych na mieście i w domu; jest to wprost niewykonalny sposób postępowania, nadewszystko zaś stoi w sprzeczności ze względami ludzkości i obowiązkami lekarza. C. nie rozumie, dlaczego projekt wprowadzenia fartuchów spotkał taką opo-

zycę. Nie potrzeba przecież jeździć po mieście z tobołami fartuchów, lecz winny one być dostarczane do chorego wrazie potrzeby, zwłaszcza w późniejszych okresach choroby, kiedy jest bardzo zaraźliwa.

Najmniej spodziewał się C. opozycyi, że środki zapobiegawcze są niepotrzebne; liczył on raczej na dyskusję na temat niedostateczności proponowanych przez siebie środków zapobiegawczych. Brunrowi C. odpowiada, że spostrzeżenia jego co do czasu, potrzebnego do spalenia 200 ctm. sz. alkoholu metylowego w lampie Bartheta są mylne; potrzeba na to nie 20-tu lecz 50-ciu minut.

W. Miklaszewski.

VI. Organizacya pomocy lekarskiej w gminach.

W kwestyi poruszonej przez kol. Biernackiego organizacyi pomocy lekarskiej w gub. Lubelskiej otrzymujemy co następuje:

Szanowna Redakcyo!

Z powodu uwag kolegi Biernackiego z Lublina w artykule o projektach organizacyi służby zdrowia w gminach Królestwa Polskiego, pomieszczonym w zeszycie 7 *Kroniki*, raczie zamieścić kilka słów niżej podpisanego.

Pomijam niektóre niedokładności artykułu, jak wniosek, że w gub. Lubelskiej rzeczywistość wyprzedziła najśmielsze projekty, mamy bowiem jakoby jednego lekarza na 11,980 ludności, co wynika z błędnych informacyi o ilości lekarzy, z nieuwzględnienia lekarzy, nie zajmujących się praktyką, oraz z hurtownego rachunku. Wskutek tego ostatniego zatartą została ta np. okoliczność, że w pow. biłgorajskim wypada jeden lekarz na 26,000 (wszystkich lekarzy w powiecie 4, z których 3 urzędujących). A żadną jest pociechą dla biłgorajan, że za to pow. lubelski ma 1 : 5000. Nieco mniejsze są różnice dla innych powiatów. Przy takich obliczeniach można dojść do wniosku, że gub. warszawska ma jednego lekarza na 2—3000 ludności, co przecie, chociaż w zgodzie będzie z działaniem arytmetycznym, niezgodnym będzie z istotą rzeczy. Nie będę długo zastanawiał się nad ostrożnym, co prawda, wnioskiem Sz. kol. B., że kto wie, czy w gub. lubelskiej, z racyi powyższego rachunku, nie można by uznać gminy jako jednostki lekarskiej, to jest ustanowić lekarzy po jednym na gminę. „Zalety takiego systemu byłyby duże, gdyż gmina stanowi jednostkę samodzielną administracyjnie, okręg sądowy zaś jest tylko skupieniem gmin w pewnym określonym celu“ — powiada kol. Biernacki. O kilka wierszy niżej sam sobie przeczy, bo mówi: „wówczas gminy, czy jedna, czy 2, czy 3 lub 4, mogłyby według warunków miejscowych zespolić się dla utrzymania lekarza“. Wszak i tak i tak zawsze to będzie skupieniem gmin w pewnym

określonym celu, po cóż więc stwarzać nową jednostkę lekarską, kiedy istnieje ich i bez tego kilka — gminna, parafialna, sądowa, a stworzenie nowej w niczem rzeczy nie uprości.

Bardzo niewyraźnie mówi kol. B. o zależności przyszłych lekarzy gminnych od gmin. Powiada tylko, że gminy powinny mieć w tym względzie większe prawa, niż je określa nawet projekt kol. Dolińskiego, który przecie powiada, że wybór lekarza, zależny od gmin okręgu sądowego, ma się odbywać z przedstawionej im listy kandydatów. Czego więcej chce kol. B. — nie wyjaśnia bliżej, bo mówi również tylko o możliwości gmin zawierania kontraktów. Czy to ma być licytacja in minus?

Są to jednak drobiazgi więcej formalnej natury. Co mocno musiało zadziwić ogół lekarzy prowincjonalnych, to to, że w kol. Biernackim spotyka pierwszego zasadniczego przeciwnika szpitalików gminnych, czy okręgowych (na okrąg sądowy). I jakież motywy? „Czy będzie on w stanie zastąpić nasze szpitale miejskie? Czyż można przypuszczać, aby tam dokonywały się laparotomie, zdjęcia katarakty, leczenia elektrycznością i hydroterapia? Zapewne, w pewnych zakątkach przydać się one mogą, ale i tutaj także względna obfitość szpitali i miejsce w szpitalach naszych każe wykluczyć szemat, a zastosować się do warunków miejscowych“. Z urządzenia nadto szpitalików gminnych „może nastąpić dla biednej ludności nawet i krzywda“ (!), gdyż „gminy, obciążone nowym podatkiem lekarskim, nie będą w stanie brać na swój koszt kuracyi biednych swych chorych w szpitalach miejskich i, z daleko większą niż teraz niechęcią, będą wydawały kartki na to, odsyłając ich do szpitalików miejscowych“. A lekarz gminny w takich warunkach (to jest mając szpitalik), nie jest w stanie wykonywać wszelkich operacyi chirurgicznych, akuszeryjnych“ i t. d.

Rozpatrzmy zarzuty, mając na uwadze zalecane przez Sz. autora zastosowanie się do warunków miejscowych. Szpitaliki gminne są niepotrzebne, bo tam nie będą dokonywane laparotomie, ani nie znajdzie nasz chory leczenia elektrycznością i zabiegów hydropatycznych. Co do laparotomii, zdjęcia katarakty, wiadomą jest rzeczą (wiadomą i kol. B.), że operacye te zaczęto wykonywać w prowincjonalnych szpitalach miejskich za bardzo świeżej naszej pamięci, a nie zaryzykuje chyba kol. B. twierdzić, że przed tym terminem były one niepotrzebne. Dlaczego nie może być przeprowadzonym w szpitaliku gminnym leczenie elektrycznością, nie rozumiem, co zaś do racjonalnej, porządnie przeprowadzonej hydroterapii, zdaje mi się, zgodzi się ze mną czytelnik, że ta wykonana być może tylko w specjalnych po temu zakładach, w tym zaś zakresie, w jakim stosuje się na prowincyi w szpitalach miejskich, z równym skutkiem może być przeprowadzona i w gminnym. Czy wreszcie działalność szpitali kończy się na dokonywaniu w nich poważnych operacyi? Czy bez narażania swego sumienia lekarskiego może lekarz prowincjonalny dokonywać mniejszych choćby operacyi, polegających na zwykłych tylko incyzjach, w dzisiejszych warunkach, pozostawiając chorego zaraz po operacyi własnemu losowi, to jest brudnym ręką, brudnym szmatem,

całemu otoczeniu w brudzie? Takie np. zapuszczone zapalenia gruczołu mlecznego, takie zapalenia tkanki łącznej, odsyłane zostają do miast dlatego tylko, że lekarz nie może zapewnić choremu dalszej kuracji, która w większym stopniu, niż sama operacja, stanowi o losie chorego. Nakłonić naszego chłopca do wyjazdu do miasta na kilka tygodni również nie jest rzeczą łatwą. To gubernialne miasto jest dla niego krainą tak odległą, szpital zaś, który w jego wyobrażeniu ma jakieś apokaliptyczne formy, czemś tak strasznym, że na decyzję wyjazdu wpływa już tylko zrezygnowane na wszystko bohaterstwo. Ta część chorych, w większości przypadków, staje się łupem pokątnego lecznictwa, z utworzenia więc szpitalików gminnych ono ponieśże straty, a nie szpitale miejskie, o co tak obawia się kol. B.

Dziwi mnie twierdzenie z naciskiem kol. B., że „w takich warunkach“, t. j. w szpitaliku gminnym, nie jest w stanie lekarz dokonywać operacji akuszeryjnych. Zawyczaj do rodzącej lekarz musi jechać sam i upewniam Sz. autora, że musi dokonywać operacji w warunkach o całe niebo gorszych od przypuszczalnie najgorszego szpitalika. Tu niema już i gawędy o szpitalu, bo wzywani jesteśmy wtedy, kiedy już periculum in mora. Wreszcie i w zakresie akuszeryi lekarz bywa postawiony w atrykłopotliwym położeniu, z którego łatwo by go wyprowadził szpitalik. Toż to są fakty, że chorą w kilkanaście godzin po porodzie przywożono do mieszkania lekarza celem wyjęcia pozostałego łożyska. Czy taką chorą wolno narażać na nową trzymilową podróż do miasta dla dokonania operacji, po odbytej już 10 wiorstowej? czy można pozwolić po dokonanej u siebie operacji wracać chociażby do domu? ¹⁾

Trudno mi jest zgodzić się ze zdaniem kol. B. o ofiowości szpitali i obfitości miejsc w szpitalach. Dotąd słyszeliśmy narzekania na brak szpitali, również niema w nich obfitości miejsc, skoro dla braku łóżek chorzy lokowani są nawet na podłodze.

Twierdzi dalej kol. B., jakoby gminy, wysyłając swoich biednych chorych do szpitali, wydawały jakieś kartki, mające zapewniać chorym leczenie na koszt gmin. Bynajmniej tak nie jest. Żadnych kartek gmina nie wydaje, a jeżeli która to robi, to całkiem bez potrzeby. Szpital przyjmuje każdego chorego, byle by miał legitymację co zaccz, paszport lub książeczkę legitymacyjną, a nie pyta, kto zań będzie płacił. Co pewien czas szpital zwraca się do właściwych gmin z rachunkiem za kurację chorych. Gmina ściąga koszty od interesowanych, lub płaci z funduszków gminnych, jeśli chory jest majątkowo nieodpowiedzialny. Tak wygląda manipulacja kancelaryjna. Gdyby jednak nawet, z racji istnienia szpitalika gminnego, gminy zwracały tutaj pewien procent swych chorych, omijając miejskie dla uniknięcia kosztów, jak tego obawia się kol. B., toż słuszna, żeby no-

¹⁾ W roku zeszłym poruszaliśmy kwestję szpitalików gminnych i rozdzieliliśmy wtedy, by połączyć je pod względem administracyjnym z przytułkami.

wonałożony podatek zmniejszył mieszkańcom gmin wydatków gdzieindziej. Inaczej, naturalnie, będzie to dla nich jeden podatek więcej.

Potrzeba szpitalików na głębokiej prowincyi jest dla każdego prowincjonalnego praktyka tak widoczna, że dziwnem mi się wydaje spieranie się o taki pewnik. Sukienka, skrajana dla naszych stosunków przez kol. B., jest stanowczo zaciasna, że użyję Jego własnego określenia.

Przyjmijcie wyrazy poważania, jakie dla Was żywi

S. Klarner.

Bełżyce, gub. Lubelska 10 kwietnia 1898.

KRONIKA BIEŻĄCA.

W sprawie kasy pożyczkowej.

—j. z.— 15-go z. m. upłynęło dwa miesiące przeznaczone przez inicjatora na dyskusję w kwestyi ustawy.

W ciągu tego czasu projekt został wydrukowany i rozesłany prenumeratorom *Kroniki lekarskiej* i *Gazety lekarskiej* a zatem około 1000 lekarzom.

Sądzimy, iż czas ten był wystarczający aż nadto na rozejrzenie się w ustawie i uwagi nad nią. Dotąd jednak w prasie lekarskiej głosu zasadniczego w kwestyi kasy nie spotkaliśmy.

Nie sądzimy, aby brak dyskusyi w danym razie dowodził, iż kasa projektowana jest nie na dobre lub że nie odpowiada ściśle potrzebom naszego ogółu lekarskiego, głosy, jakie w tym kierunku słyszeliśmy, przeczą temu wymownie.

Ponieważ jednak żywa dyskusya nad ustawą jest zdaniem naszym nieodzowną rzeczą po zamknięciu jej na szpaltach pism, uważamy za konieczne wszezać ją w kole osób bliżej interesujących się tą kwestyą.

W tym celu, w początkach przyszłego miesiąca redakcyja nasza rozeszła zaproszenia do lekarzy, mieszkających w Warszawie, z prośbą o przybycie na specjalne posiedzenie, celem ostatecznego sformułowania ustawy i podpisania podania o jej zatwierdzenie.

Na posiedzenie zaproszeni będą również prawnicy i przedstawiciele ze sfer finansowych dla wydania opinii o ustawie.

W ten sposób myśl, poruszoną w naszym piśmie, chcemy urzeczywistnić możliwie szybko.

Co się tyczy kasy pogrzebowej sądzimy, że należy włączyć ją do kasy zaliczkowo-wkładowej, jako jedną z jej czynności i w tym celu wygotujemy, po porozumieniu się z projektodawcą, odpowiedni wniosek.

— z. — Wyznaczono komisję do opracowania projektu budowy nowego szpitala Ś-go Rocha. Projektuje się sprzedanie dzisiejszego gmachu i wybudowanie szpitala w miejscu bardziej odpowiednim. Z naszego punktu widzenia, najodpowiedniejszym byłoby nabycie i przerobienie szpitala Ś-go Łazarza, posiadającego plac nader obszerny. Szpital zaś dla skórnych i wenerycznych, możnaby przenieść po za miasto, w celu zaś dostarczenia chorym przychodnim pomocy urządzić specjalne ambulatorya we wszystkich szpitalach. Do kwestyi tej wrócimy niebawem.

— z. — Pracownia do badań za pomocą promieni Roentgena została otwarta w szpitalu Ś-go Ducha. Kierownikiem jej został kol. M. Bruner, którego kandydaturę, najodpowiedniejszą na to stanowisko, w swoim czasie gorąco popieraliśmy.

Korzystać w pracowni mogą wszyscy lekarze szpitalni.

Kol. Bruner od lat 2 prowadzi już prywatną pracownię; nadto w Warszawie ma pracownię tego rodzaju kol. Bychowski.

— s. — Czytelnicy nasi przypominają sobie zapewne treść sprawy o obelgę wyrządzoną Dr. Szacherskiemu w Pułtusk (patrz *Kron. Lek.* Nr. 2. 98). Otóż obecnie, jak widać z ogłoszenia zamieszczonego w dzisiejszym numerze *Kroniki*, pan Bełczykowski w uznaniu swej winy i czując się w obowiązku publicznie przeprosić niestuszenie pokrzywdzonego kol. Sz. i stosując się do jego woli złożył rs. 200 na korzyść niezamożnych uczniów gimnazjum Pułtuskiego.

— z. — Kol. Alfred Sokołowski, złożył wspaniały dar na rzecz kasy wdów i sierot po lekarzach z okazji śmierci przedwcześnie zmarłej małżonki. Ofiarował mianowicie rs. 6000 wynoszący udział należowski, na własność kasie.

— z. — Zjazd w Poznaniu wywołuje cały szereg przygotowań, które dobrze świadczą o zabiegliwości komitetu. Zgłoszono już kilkadziesiąt prac i referatów. Z medycyny wewnętrznej wybrano jako temat „Istota nerwic czynnościowych“, referentem ma być kol. E. Zieliński, korreferentem kol. E. Biernacki.

Nie wątpimy, że kwestya ta wywoła zajmującą dyskusję.

— z. — Rada m. Petersburga postanowiła uczcić zmarłego prof. Krassowskiego, przez nadanie jego nazwiska jednemu z przytułków położniczych.

— z. — Jako pogłoskę notujemy za „Wraczem“, że komisye egzaminacyjne przy uniwersytetach mają być skasowane według projektu nowego ministra oświaty.

— z. — W Kijowie otwarto towarzystwo neuropatologów i psychiatrów.

— k. — Pierwszy kurs wydziału lekarskiego w Odesie ma być otwarty w jesieni roku przyszłego.

— z. — Liczba kobiet-lekarzy w Ameryce zwiększa się corocznie, w roku 1870 było 527, w r. z. było już 4500. Niektóre z kobiet-lekarzy doszły do dużej praktyki.

— z. — Według *Lancet'u* stan lekarski coraz bardziej upada

we Włoszech, głównie skutkiem wysokich podatków, jakimi jest obłożony.

— z. — W parlamencie Pruskim niedawno podnoszono kwestję obowiązkowych wykładów historii medycyny na wydziałach lekarskich. Przeciwnikiem projektu był prof. Virchow. Wywodów prof. V., który główny nacisk kładł na brak słuchaczy podzielić nie można, historia bowiem wyrabia pogląd jasny na postęp w medycynie i stopniowy rozwój nauki.

— z. — Wspominaliśmy niedawno o 72-letnim lekarzu, który w uniwersytecie Warszawskim uzyskał dyplom lekarski, w Montpellier w tym samym czasie złożył doktorat Rossi w 76 roku życia.

— z. — Szkół lekarskich liczą Stany-Zjednoczone Ameryki Północnej 148, między nimi 58 wydziałów lekarskich właściwych. Wymagania od wstępujących do szkół są bardzo skromne: zasady gramatyki języka angielskiego, trochę łaciny, arytmetyka, algebra i fizyka. Nie dziwnego, że wobec tego zaledwie 10 szkół stoi na wysokości zadania, a profesorowie nie mają wogóle pożądaných kwalifikacyj, toż dotąd jeszcze 21 szkół ukończyć można z dyplomem po 2-letnich studiach, w Chicago (Medical College) kurs jest 3-letni. Oczywiście wśród wykształconego ogółu odzywają się głosy żądające reformy.

— k. — Jak rozprzestrzenione jest w niektórych okolicach państwa Niemieckiego partactwo lecznicze, dowodzi roczne sprawozdanie saskiej Rady Lekarskiej. W r. 1896 w Saksonii obok 1761 lekarzy, znajdowało się 745 osób zajmujących się lecznictwem. Z tych 220 uprawiało t. zw. leczenie siłami przyrody (Naturheilkunde), 106 środkami sympatycznymi, 97 homeopatya, 72 mięśniami, 46 magnetyzmem, 19 zajmowało się specjalnie wypędzaniem robaków i 9 Baumscheitowaniem. Pomiędzy owymi niepowołanymi lekarzami spotykamy cyrulików, tkaczy, krawców, szewców, stolarzy, robotników kąpielowych i t. d.

— k. — Prezesem „Conseil Municipal“ miasta Paryża na rok bieżący wybrany został Dr. Navarre, wieloletni członek tejże Rady.

Nadesłano do Redakeyi.

- Dr. S. Sterling: Zum Gebrauch der Phonendoskops.
(Odbitka z Münch. Med. Woch.)
- „ „ Die Salicylsalbe beim Gelenkrheumatismus.
(Odbitka z Münch. Med. Woch.)
- „ „ Ueber die Elsner'sche Methode des Nachweises
der Typhusbacillen.
(Odbitka z Centr. für Bakter.)
- Dr. Z. Ashkenazy: Masaż i ruchy. — Lwów, 1898.

Z m a r l i.

W Filadelfii b. profesor położnictwa w Jefferson Medical College
Dr. **Teofil Parvin**.

W Kiszyniewie Dr. **Efraim Lwow** b. wojskowy inspektor lekarski armii czynnej podczas ostatniej wojny tureckiej.

O D E Z W A.

— *Ósmy Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu od 8-go do 10-go sierpnia r. b.*

1. Stosując się do życzeń wielu Towarzystw lekarskich i przyrodniczych polskich przełożył komitet gospodarczy termin Zjazdu na miesiąc sierpień i to na **8, 9 i 10 sierpnia**.

2. Dział sekcji pojedynczych na Zjeździe jest następujący: 1) sekcya dla medycyny teoretycznej, 2) sekcya dla higieny i medycyny sądowej, 3) sekcya dla medycyny wewnętrznej, 4) sekcya dla chirurgii, 5) sekcya dla ginekologii, 6) sekcya dla okulistyki, 7) sekcya dla prasy lekarskiej, 8) sekcya dla weterynaryi, 9) sekcya dla nauk przyrodniczych ścisłych, 10) sekcya dla nauk przyrodniczych opisowych, 11) sekcya dla nauk rolniczo-przyrodniczych.

3. Wystawa przyrodniczo-lekarska obejmować będzie następujące działy: 1) Literatura przyrodnicza, 2) Hygiena, 3) Nauka lekarska, 4) Środki spożywcze i odżywcze, 5) Balneologia, 6) Bakteryologia, 7) Nauki przyrodnicze, 8) Antropologia i etnografia.

4. Wkładka dla członków i uczestników Zjazdu wynosi dla panów 20 marek, dla pań 5 marek. Wkładki należy przesłać wcześniej na ręce podskarbiego Zjazdu p. dyrektora *Więckowskiego*, Poznań, Rynek, Bank przemysłowców.

5. Szczegółowy program Zjazdu ogłoszony będzie w czerwcu roku bieżącego.

6. W sprawach Zjazdu, oraz z odczytami zgłaszać się należy do prezesa Zjazdu p. Dr. *Heliodora Święcickiego* (Pałac Działyńskich), lub do sekretarza jeneralnego p. Dr. *Artura Jaruntowskiego* (Wilhelmowska ul. 16). W sprawie Wystawy udziela bliższych informacji p. Dr. *T. Drobnik* (św. Marcin 79).

7. Ostateczny termin wszelkich zgłoszeń 15-ty czerwiec r. b.

8. Celem zapewnienia mieszkań raczą się szanowni członkowie i uczestnicy przyszedłego Zjazdu już teraz zgłaszać do Wydziału gospodarczego i to do p. Dr. *B. Kapuścińskiego* (Wilhelmowska ul. 11).

Pisma polskie prosimy o powtórzenie powyższej odezwy.



SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Bezład wzrokowy i jednooczne wielowidzenie — Dr. Kazimierza Noiszewskiego — str. 427.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

166. Prof. dr. A. Köhler — O szczepieniu naskórka na owrzodzeniach według Thiersch'a bez usuwania ziarniny — str. 433. 167. Dr. Victor Lieblein — Przypadek tętniaka głowy groniastego, wyleczonego za pomocą zastrzykiwań wysoko — str. 435.

II. Choroby kobiece.

168. Ludwik Mandl — O kierunku ruchu migawkowego w macicy u ludzi — str. 438. 169. Sigmund Gottschalk — O wpływie okresu połogowego na torbiele jajnika. Przyczynek do nauki o torbielach jajnika, zawierających gazy — str. 439. 170. Kahl-den — Apoplexia uteri — str. 441. 171. Flatau — Parę uwag o przyczynach nagłej śmierci intra partum — str. —442. 172. Dr. E. Clemenz — Cięcie cesarskie zachowane z otwarciem poprzecznym dna macicy podług Fritscha — str. 442. 173. Bakofen — O działaniu stypticyny przy krwawieniach macicznych — str. 444.

III. Choroby weneryczne i skórne.

174. Dr. Niels R. Finsen. — Leczenie wilka za pomocą promieni chemicznych ze-środkowanych — str. 445. 175. Burwinkel z Zabern — O zaszczerpieniu przymiotu za pośrednictwem lapisu — str. 446. 176. Dr. Kornfeld — Przyczynek do objawów klinicznych cierpien gruźli krokowego — str. 447.

III. Wiadomości pomniejsze str. 447 —177—184.

IV. Listy z Paryża — str. 452.

V. Sprawozdanie z posiedzenia Warsz. Tow. Lekarskiego — str. 455.

VI. Organizacja pomocy lekarskiej w gminach — str. 460.

Kronika bieżąca — str. 463.

Nadesłano do Redakcyi — str. 465.

Zmarli. — Odezwa. — str. 466.

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

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

Дозволено Цензурою, Варшава 1 Мая 1898 года.

KEMMERN

Wody siarczane i borowina.

Miejscowość oddalona o 86 wiorst od Rygi, drogą Żelazną Rygsko-Tukkumską. Sezon r. 1898 otwiera się z dniem 20 Maja i trwać będzie do 1-go Września. — Kąpiele słono-siarczane, siarczano-igliwiowe, siarczano-alkaliczne, z kwasem węglanym, parowe, alkaliczne, alkaliczno-solne, alkaliczno-igliwiowe, błotne i błotne rozeieńczone. Wody mineralne, kefir, kumys, mięsienie, frykety, kamera inhalacyjna, elektryzacya. Rocznie przyjeżdża więcej niż 2000 chorych, z różnemi cierpieniami reumatycznymi, syfilitycznymi, skórными i kobiecymi.

Miejscowość lesista, ogromny park nowo urządzone, wieczorem i rano muzyka. Biblioteka, czytelnia, zabawy dla dzieci. Wille w cenie 40—150 rubli za 6 tygodni. Pensyonaty z całkowitem utrzymaniem od 8 r. 20 k. tygodniowo.

Komunikacya z morzem za pomocą dylizansów, po 20 kop. tam i z powrotem. Z Rygi do Kemmern podczas sezonu chodzi do 12 pociągów na dobę, zatrzymujących się we wszystkich miejscowościach wybrzeża.

Osoby pragnące mieć szczegółowe wiadomości raczą się zwracać pod następującym adresem.

KEMMERN

powiat Rygski

Dr. Med. A. Sozin.

NAJSTRAWNIEJSZA

ze wszystkich wód mineralnych zawierających arsen.



Według chemicznego rozbioru uskutecznionego przez c. k. Profesora Chemii Lekarskiej, Radey Dworu Ernesta Ludwig'a woda ta w 10.000 części zawiera na wagę:

Kwasu arsenawego 0,061
Siarczanu tlenu żel. 3,734.

wyłączne prawo wysyłki posiada firma

Heinrich Mattoni

Francenšbad, Wiedeń, Karlsbad.

A p t e k a E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej w Warszawie.

Poleca następujące środki:

G r a n u l a e c.

à 0,0005

Atropn sulfur, Merck.
Digitalin, pur Germ. Merck.
Strichnin. arsenicos. Merck.
„ nitric Merc.
„ Strophantin, Merc.

à 0,001

Acid. arsenicos. pur. alb. et
ros.
Apomorphin. muriat. Merc.
Cocain. muriat. Merck.
Codein pur.
Chinin arsenicos. pur.

à 0,001

fer. arsenicos. pur.
Kali arsenicos. pur.
Nart. arsenicos. pur.
„ arsenicos. pur.
Morphin. acetic. pur.
„ muriatic pur.

à 0,001

Podophilini pur.

à gutt 1

Liquor. arsenic Fovleri
„ „ Pearsoni.
Tinc. Strophanti.

P i l u l a e

Extr. Cascar sagrad. fl. 0,5
c. Cacao obd.

ferri Carbonic. Valleti c.
argent obd.

ferri Carbonic. Valleti c.
Cacao obd.

Kreosoti fagi 0,05 c. Cacao
obd.

ferri Carbonic. Blaudii minor
aa 10, — 100 c. arg.
obd.*)

„ Carbonic. Blaudii minor
aa 10,0 — 100 c. Cacao
obd.*)

„ Carbonic. Blaudii major
aa 15,0 — 100 c. arg.
obd.*)

„ Carbonic. Blaudii major
aa 10,0 — 100 c. Cacao
obd.*)

pepsini 0,05 c. Cacao obd.

Drages i granulki cukrem powlekane, zarobione są zupełnie obojętnymi środkami, jak korzeniem ślazowym i wyciągiem lukrecyowym.

Wszelkie zamówienia na draże i granulki z żądaną kompozycją jaknajchętniej przyjmuję, lecz w ilości nie mniejszej jednego funta, ponieważ powlekanie cukrem (drażowanie), a tem samem staranne wykończenie mniejszych ilości tak pigulek jak i granulek jest niemożliwym

*) Zielone w rozłamie.

Za obelgę wyrządzoną W-mu doktorowi Szacherskiemu, czuję się w obowiązku publicznie Go przeprosić i stosownie do Jego żądania, na korzyść niezamożnych uczniów Pułtuskiego męskiego progimnazjum, na ręce Inspektora tegoż progimnazjum złożyłem rubli dwieście.

Pułtusk, dnia 22-go kwietnia r. 1898-go.

Karol Bełozychowski.

Sanatorium i zakład wodoleczniczy
Bystra obok Bielska, Szląsk polski.

Stacya kolei Dziedzice - Żywiec 2 godz. od Granicy.

450 m. n. p. z. w prześlicznej, lesistej okolicy. Ścisły internat. Najnowsze urządzenia wodolecznicze, elektroterapia, kąpiele elektryczno-świetlne, sala dla gimnastyki leczniczej, czynnej, biernej tudzież szwedzkiej, kuracje dyetetyczne i terenowe.

Z komfortem urządzone Sale wspólne: jadalna, konwersacyjna, bilardowa, fumoir i czytelnia.

Elektryczne oświetlenie wszystkich ubikacyj, water-closets, wodociągi i t. d.

Telefoniczne połączenie z Krakowem, Lwowem i Wiedniem.

WŁAŚCICIEL i KIEROWNIK:

D-r. LUDWIK JEKELES,

b. sekundaryusz c. k. szpitala Rudolfa we Wiedniu.

D-r. Med. F-r. Jankowski

ordynuje jak w latach poprzednich
od początku Maja u wód

NAUCHEIM.