

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** Od wydawców. I. *Higier* — W sprawie zaburzeń potowydzielniczych—str. 1. II. *Niedzielski*—W sprawie leczenia owrzodzeń podudzia—str. 7.

Dział sprawozdawczy: I. *Patologia i choroby wewnętrzne:* 1. *Ulrici H.*—O wpływie środków farmakologicznych na wydzielanie kwasu moczowego—str. 12. 2. *Schuder*—Przyczynę do etylogii duru—str. 13. 3. *Hirschfeld*—O ruchach limfocytów—str. 31. 4. *Castellani*—O stosunku ciała aglutynujących do uodporniających—str. 13. 5. *Belli*—Działanie zimna i powietrza skroplonego na bakterye—str. 14. 6. *Boas* — Przyczynę do rozpoznania raka żołądka—str. 14. II. *Choroby wieku dziecięcego.* 7. *Heptner*—Skład chemiczny żółci u dzieci—14. 8. *Blumenau* — O nadnerczu u dzieci—str. 15. 9. *Guliewicz*—O zapaleniach nerek w wczesnych okresach niemowlęstwa—str. 15. 10. *Marten Thiemich*—O nietrzymaniu moczu w wieku dziecięcym—str. 16. III. *Choroby ukł. nerwowego:* 11. *Chiari*—Glejakowate zwyrodnienie jednego szlaku i opuszki—str. 18. 12. *Westphal*—Dalszy przyczynę do nauki o tężyczce—str. 20. 13. *S Lion*—Nowy sposób leczenia padaczki—str. 22. IV. 14—25. *Wiadomości pomniejszych*—str. 22. V. *Zjazd chirurgów francuzkich*—str. 26. VI. *Notatki bibliograficzne:* 26. Księga jubileuszowa *T. Dunina*—str. 29. VII. *Odcinek.* Dr. B. Polikier. Kilka słów w sprawie szczepień ochronnych surowicy przeciwbłoniczej—str. 33. *Kronika bieżąca*—str. 37. *Ogłoszenia.*

Sommaire du Nr. 1. Dr. *Higier*. Sur les troubles de sueur — p. 1. Dr. *Niedzielski*. Sur le traitement d'ulceres de la cuisse—p. 7. Dr. *Folikier*—Quelques mots sur le serum antidypheritique—p. 29.

OD WYDAWCÓW.

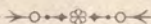
Kronika Lekarska w r. 1902, tj. 23 swego istnienia wychodzić będzie w tym samym formacie i objętości oraz na tych samych warunkach, co poprzednio.

Zwracamy uwagę sz. czytelników, że w r. 1901 prócz licznych prac oryginalnych i streszczeń obszerniejszych, wydrukowaliśmy około 700 referatów i wiadomości pomniejszych z prasy zagranicznej, uwzględniając równocześnie sprawozdania z towarzystw miejscowych oraz zagranicznych i podnosząc wszystkie kwestye, dotyczące bytu lekarzy i spraw bieżących, obchodzących ogół lekarzy. Rozszerzyliśmy nadto znacznie dział bibliografii polskiej i zagranicznej.

W tym samym zakresie będziemy wydawać pismo i nadal, zwracając

uwagę nie tylko na liczbę, ale i na dobór referatów i rozwijając wszystkie inne działy. W celu zapoznania kolegów z pismem naszym, numer niniejszy rozsyłamy wszystkim lekarzom warszawskim, a na żądanie franco i kolegom prowincjonalnym, dla których list zwrotny załączamy przy numerze dzisiejszym.

Sz. Kolegów, zalegających w opłacie prenumeraty upraszamy o uregulowanie jej jaknajszybsze, wszystkich zaś prenumeratorów o wnoszenie opłaty wprost do administracji dla uniknięcia zwłoki w otrzymywaniu pisma.



I. W sprawie zaburzeń potowydzielniczych w poliomyelitis anterior (paralysis spinalis infantilis) i posterior (herpes zoster)

Napisał

Dr. med. H. Higier.

Jak wiadomo, już w szóstym dziesiątku ubiegłego XIX stulecia Dupuy i Cl. Bernard spostrzegali u konia, po przecięciu nerwu spółczulnego szyjowego, bardzo żywe pocenie się i przekrwienie tej samej połowy twarzy. Pierwszy z tych objawów przypisywali zwiększonemu wskutek porażenia naczyń przyływowi krwi. Późniejsi fizyologowie objaśnienie to uważali za niezgodne z rzeczywistością, sądząc, że wydzielanie potu zależne jest wyłącznie od czynności swoistych nerwów wydzielniczych. I w samej rzeczy na kończynach odciętych można było jeszcze w kwadrans po operacji wywołać pot przy podrażnieniu pni nerwowych (Luchsinger).

Mniej wyraźne są wyniki badań nad klasyfikacją włókien potowych oraz stosunku wzajemnego i umiejscowienia anatomicznego włókien wywołujących i hamujących pocenie się. Gdy jedni autorowie zaprzeczają wogóle istnienia tych ostatnich, inni na zasadzie swych badań podają zupełnie dokładnie przebieg włókien obu rodzajów. Tak, według Adamkiewicza większość nerwów wzmagających pocenie (*pn. excitosudorales*) przechodzi wprost z rdzenia kręgowego w nerwy obwodowe, według Vulpian'a i Raymond'a połączone włókna hamujące (*pn. frenosudorales*) przechodzą w nerw spółczulny, który doprowadza je razem z wieloma włóknami naczy-

nioruchowemi do nerwów rdzeniowych; według Na wrockiego wpływ na wydzielanie się potu ma wyłącznie posiadać szlak spólczulny.

Nie ulega żadnej wątpliwości, iż początku szlaków potowych należy szukać w korze mózgowej, mało jednak obznajmieni jesteśmy z położeniem centralnem ośrodków, służących do wydzielania potu. Wybitny wpływ wzruszeń i wyobrażeń na wydzielanie potu, jednostronne zaburzenia potowydzielnicze w sprawach chorobowych jednej półkuli wskazują na istnienie ośrodków obustronnych, jednak doświadczalnie—przy podrażnieniu elektrycznem kory mózgowej—nie udało się dotychczas wywołać wydzielania się potu (Vulpian, Bloch).

Idąc w kierunku od pnia mózgowego do rdzenia, większość fizyologów zgodnie znalazła u zwierząt jeden ośrodek dla wszystkich 4 kończyn w rdzeniu przedłużonym, jedni z nich nadto (Na wrocki) uznają tylko ten ośrodek, inni zaś opisują liczne ośrodki potowe i w *medulla spinalis*, mianowicie w zgrubieniu szyjowem oraz lędźwiowem (Luchsinger), resp. rozsiane prawie wzdłuż całego rdzenia kręgowego (Adamkiewicz).

Niedawno H. Schlesinger¹⁾ w bardzo ciekawej rozprawie krytycznie oświetlił wielokrotnie poruszaną sprawę szlaków rdzeniowych i ośrodków potowych u człowieka, opierając się przytem na danych z piśmiennictwa oraz na spostrzeżeniach własnych. Dziwnym zbiegiem okoliczności, w pracy tej prawie nie niema o zaburzeniach w poceniu w dwóch tak częstych cierpieniach nerwowych, jak porażenie esencyjalne dzieci (*poliomyelitis*) i półpasiec (*herpes zoster*), gdy tymczasem zamieszczone są tam bardzo ściśle dane co do nieprawidłowości takich, zdarzających się w chorobach o wiele rzadszych, jak haemato,—syringo—i hydromyelia, choroba Morvana, guzy i urazy rdzenia kręgowego. Wynikało by ztąd, że w obu wymienionych wyżej cierpieniach albo bardzo rzadko zachodzi nieprawidłowe pocenie się, albo też mało zwracano na nie uwagi. A przecież t. zw. porażenie dziecięce i półpasiec, wywołując zmiany chorobowe, jakby w w doświadczeniach, ściśle ograniczone, wybornie mogą służyć do badań nad umiejscowieniem stanów chorobowych rdzenia kręgowego. Pierwsze z tych cierpień zupełnie słusznie już oddawna zostało ochrzczone nazwą anatomo-patologiczną: „zapalenie rogów przednich istoty szarej—*poliomyelitis anterior*“, a dla drugiego (półpaśca) zdaje się zy-

¹⁾ H. Schlesinger. Spinale Schweissbahnen und Schweisscentren beim Menschen. Sep. Abdr. aus der Festschrift zu Ehren v. Moritz Kaposi 1900.

skiwać coraz bardziej powszechne. prawo obywatelstwa nazwa: „zapalenie rogów tylnych istoty szarej — poliomyelitis posterior“ (Head, Brissaud²⁾).

Wobec tego, com wyżej powiedział, uważam za stosowne podać w krótkości 4 odpowiednie przypadki, które obserwowałem w ciągu dłuższego czasu. Szczególnie nadają się one do dyskusji nad omawianą sprawą dla powodów następujących: 1) nieprawidłowe wydzielanie potu było w nich bardzo wydatne, 2) nie dotyczyło ono zbyt małych dzieci—jak to zwykle bywa w porażeniach dziecięcych —, u których spostrzeganie ograniczonego nieprawidłowego pocenia się nie bardzo jest pewne i 3) w przypadkach moich były już skończone sprawy chorobowe, a pocenie było pozostałością po okresie ostrym, który przeszedł już dawno.

Jeżeli wśród ilościowych zmian potowydzielniczych (*hyperidrosis, anidrosis, secretio paradoxa*) będziemy odróżniali zmiany ogólne i miejscowe, przestankowe, napadowe i długotrwałe, to w spostrzeżeniach naszych *a priori* powinniśmy spodziewać się anomalii pocenia się umiejscowionych i trwałych, ponieważ przypadkom tym anatomo-patologicznie nie odpowiadają podrażnienia przemijające i rozlane natury czynnościowej. Rzeczywiście, nieprawidłowości te okazały się właśnie takimi i zdają się one, zaznaczam to już teraz, w zupełności stwierdzać prawdziwość wywodów Schlessinger'a i szematu ośrodków wydzielniczych, jaki on w ogólnych zarysach podaje.

Według autora tego w rdzeniu kręgowym należy odróżniać 4 pary terytoriów głównych, które po największej części mogą podlegać sprawie chorobowej jedno niezależnie od drugiego i które wskazują do pewnego stopnia na zgodność z t. zw. odcinkowemi (*segmental*) okręgami czuciowymi. Lecz terytoria potowe są bez porównania większe niż okręgi czuciowe pojedynczych odcinków i odpowiadają o wiele większej ilości tych ostatnich, razem wziętych. Otóż 4 terytoria potowe, wykazujące pewną samoistność,—od badań późniejszych należy oczekiwać dalszego podziału na strefy i ściślejszego uporządkowania,—są następujące: a) dla twarzy, b) dla kończyn górnych, c) dla górnej połowy tułowia, szyi, karku i uwłosionej części głowy, wresz-

²⁾ Ze półpascie nie jest cierpieniem nerwów obwodowych, jak to za Rombergiem powszechnie od lat kilkadziesiąt się powtarza, dowodził już w r. 1848 w swojej rozprawie doktorskiej późniejszy prof. berliński Baerensprung, pisząc w jednej z tez: *Zoster nervos non sequitur.*

cie d) dla kończyn dolnych. O znacznej rozciągłości pojedynczych ośrodków potowych świadczy to, że naprz. terytoryum potowe w rdzeniu dla kończyny górnej (najściślej zbadane u człowieka) odpowiada obszarowi, zajmowanemu przez okrąg czuciowy 5, 6 i 7-go odcinka szyjowego i 1-go piersiowego.

Mówiąc więc o ośrodku potowym, rozumiemy pod tem, że gruczoły potowe wymienionych części obwodowych (naprz. górnej połowy tułowia, szyi, karku, głowy) są w związku z nerwami, które zakończeniami swemi leżą w rdzeniu kręgowym jeden w pobliżu drugiego tworząc pewien ograniczony konglomerat komórek zwojowych (Ganglienzellen.)

Co się tyczy *wewnątrzrdzeniowych włókien potowych*, to te przebiegają bardzo blisko obok włókien naczynioruchowych dla tego samego odcinka ciała, lecz są od nich oddzielone; każda prztem połowa rdzenia kręgowego ma swój system włókien potowych, a wyłączone uszkodzenie tegoż wywołuje nieprawidłowości tylko po jednej stronie. Godnym jest uwagi stosunkowo rzadziej zdarzający się zbieg zaburzeń potowydzielniczych z objawami ruchowymi, niż z czuciowymi, bez względu na to, czy te drugie są umiejscowione z tej samej, czy z przeciwnej strony. Przy jednostronnem poceniu się, jako następstwie uszkodzenia szlaków długich, znajdujemy nieprawidłowe pocenie się z tej samej strony, co i zaburzenia ruchowe, a z przeciwnej, niż czuciowe.

A zatem w rdzeniu kręgowym znajdują się włókna i ośrodki potowe na całej jego długości, przyczem ośrodki grupują się w określonych miejscach. Od zajęcia odpowiednich włókien resp. ośrodków w istocie szarej rdzenia zależą prawdopodobnie rozmiary i postać nieprawidłowości potowydzielniczej, analogicznie do tego, jak zachowują się zaburzenia czucia przy zajęciu przewodników białych resp. ośrodków szarych. Pomimo ścisłego stosunku, jaki istnieje między drogami potowymi, a włóknami czuciowymi w substancji szarej rdzenia i rozgałęzieniach obwodowych, dane tutaj przytoczone pozwalają powątpiewać bardzo, czy na przebiegu od rdzenia aż do skóry włókna potowe idą razem z czuciowymi, ponieważ wybitne zaburzenia potowe spotyka się za równo przy zajęciu korzeni przednich i nerwów ruchowych jak i czuciowych nerwów skóry. Tak samo wątpliwem, chociaż dla dość wielu przypadków słusznem, jest przypuszczenie, iż podrażnienie włókien, resp. ośrodków potowych warunkuje nadmierne pocenie się (*hyperidrosis*), zaś porażenie albo zniszczenie ich—brak pocenia się (*anidrosis*).

Co się tyczy pochodzenia centralnego nerwów potowych i ich

przebiegu nazewnątrż rdzenia, to nieliczne, klinicznie stwierdzone fakty pod wieloma względami nie zgadzają się z rezultatami, otrzymanymi w doświadczeniach nad zwierzętami. Charcot lokalizował ośrodki potowe na przekroju poprzecznym rdzenia w podstawie rogu tylnego, to jest w substancji szarej pomiędzy rogiem tylnym a przednim, Adamkiewicz i Biedl¹⁾ przemawiali za boczną grupą komórek zwojowych rogów przednich. Według ostatniego autora, włókna potowe wychodzą z wzmiankowanych komórek rdzenia w przednich korzeniach centryfu gałnych i w pobliżu spłotu międzykręgowego za pomocą białego *ramus communicans* dochodzą do sznura społecznego. Włókna potowe dla twarzy, według Nawrockiego i Langley'a, znajdują się w 2—4-m korzeniach piersiowych, dla przednich łąp—w 4—9-m piersiowych, dla tylnych łąp w ostatnich piersiowych i górnych 4 lędźwiowych. Przeszedłszy przez społeczny sznur pograniczny (*sympathischen Grenzstrang*), włókno potowe opuszcza go, aby za pomocą szarego *ramus communicans* dojść: od *plexus cavernosus* do n. *infraorbitalis* (dla twarzy), od *ganglion stellatum* do *plexus brachialis* (dla kończyny górnej) i od ostatnich dwóch społecznych spłotów lędźwiowych i pierwszych dwóch krzyżowych do *plexus ischiadicus* (dla kończyny dolnej).

Z danych tych więc widzimy: 1) że włókna potowe przyłączają się do włókien czuciowych dopiero na obwodzie, 2) że nie odbywają one najkrótszej drogi, lecz idą długimi, wężykowatymi manowcami (tak naprz. włókna potowe dla twarzy wychodzą z rdzenia przedłużonego, ciągną się wdłuż całej części szyjowej mlecza kręgowego, opuszczają rdzeń na wysokości 2-go odcinka piersiowego, dochodzą do społecznego sznura pogranicznego, z nim idą dalej, i tą krętą drogą dochodzą wreszcie do nerwu trójdzielnego, w części zaś twarzowego, a z nimi dają już do gruczołów potowych skóry twarzy), i 3) że nerw społeczny stanowi dla włókien potowych tylko część ich przebiegu, rodzaj ulicy, przez którą czasowo przeciągają; dochodzą zaś one do sznura pogranicznego za pomocą białych, a opuszczają go za pomocą szarych gałązek łącznych, (*rami communicantes*).

W przeważającej liczbie spostrzeżeń, notowanych w literaturze, est mowa o terytoryalnym nadmiernym poceniu się, być może dla tego, że w przypadkach opisanych miało miejsce podrażnienie rdzenia (krwotoki i tworzenie się jam wewnątrz rdzenia, dyslokacja kręgów i rdzenia kręgowego, nowotwory, gruźlica, zranienia i uszkodzenia

1) A. Biedl. Ueber Schweissecretion. Wiener medic. Presse 14. 1899.

kolumny kręgowej oraz rdzenia). W moich przypadkach, które tu w krótkości podam, 2 razy była wybitna *hyperidrosis*, 2—*anidrosis*.
D. n.

Z klin. chir. szpit. Uniwersytetu Warszawskiego.

II. W sprawie leczenia owrzodzeń podudzia.

Napisał

Razimierz Niedzielski.

Ordynator kliniki.

Owrzodzenie podudzia jest bezprzecnie jednym z cierpień, napotykanym najczęściej i dla ubogich warstw ludności stanowi plagę istotną. Wywołane przeważnie rozcięciem żył na kończynach dolnych, zaniechywane często, lub długi czas leczone bez skutku środkami odnośnymi owrzodzenie przybiera nieraz wygląd i wymiary potworne; staje się wówczas dla lekarza zadaniem do pokonania trudnym, głównie ze względu na częstotliwość nawrotów.

Oдноśnych metod leczniczych terapia nasza posiada bez liku. Nie można twierdzić, by i tym razem powtarzała się zasada dawna: im więcej leków, tem mniejsza ich skuteczność. Sposoby leczenia, w ostatnich czasach zwłaszcza; opracowane nader umiejętnie i wsparte surowo przestrzegana aseptyką, doprowadziły już niejednokrotnie do nader pomyślnych wyników. Szablonowej kuracji, która polegała na splókiwaniu ogniska chorobowego karbolem i przykrywaniu gazą jodoformową, nie stosuje dziś nikt racjonalnie myślący, bo w arsenale środków posiadamy zabiegi, istotnie skuteczne. Tu należą: nożne kąpiele gorące, opatrunki wyjałowione, opatrunki wilgotne z płynu Burow'a, wycinanie żyłaków, pokrywanie powierzchni owrzodzenia czystego przeszczepionymi na sposób Thiersch'a płatkami naskórka, mechaniczne leczenie owrzodzeń *) opaską uciskającą Hermann'a i wiele innych, którym większej lub mniejszej doniosłości odmówić niepodobna. Metody te, wszelako mają tę jedną złą stronę, że dla

*) Dr. Hermann z Poznania: Ueber mechanische Behandlung von Wunden und Geschwüren besonders des Unterschenkels. (Wien. med. Wochenschr. № 22, 1901).

osiągnięcia skutku zupełnego wymagają bezwzględnie niemal przez czas jakiś wypoczynku konieczny, t. j. leżenia w ciągu tygodni kilku lub kilkunastu, co dla osobników, żyjących z pracy, jest rzeczą zazwyczaj niemożliwą. Chory taki, o ile naturalnie, dostanie się do szpitala, nie czeka na zagojenie doszczętne; osiągnąwszy poprawę, leczy się dalej ambulatoryjnie, chodzi i pracuje w ciągu dalszym, bo musi, konieczną utrzymuje brudno, bo zamiłowanie do czystości nie jest, bynajmniej, zaletą warstw szerszych naszego ogółu. W następstwie takiego stanu rzeczy sprawa chorobowa odnawia się i kurację, zwykle już mniej skuteczną, rozpoczynać należy napowrót; pacjent zniechęca się wreszcie, leczenie zarzuca zupełnie, póki sprawa wrzodziejąca nie przyjmie wymiarów zbyt wielkich, nie utrudni chodzenia na dobre, nie zniszczy całkiem energii do pracy. Wówczas chory zaczyna znowu swoje po szpitalach wędrówki, witany tamże niezbyt chętnie, bo i słusznie, poniekąd zatwardziali tego rodzaju owrzodzieńcy uważani są za bezużyteczny, a obciążający tylko szpital balast. To błędne koło, niezależne od stron obu, trwało i trwa sobie dotąd z nieznacznym dziś tylko zwrotem na lepsze i z tych właśnie względów arcypożądaną byłaby metoda taka, która, skracając do minimum okres leczenia, dawałaby wyniki pomyślne i trwałe. Wymaganiom tym, mniemam, odpowiada wcale dobrze zabieg chirurgiczny, polegający na dokonaniu głębokiego przecięcia skóry dokoła powierzchni owrzodzenia.

O metodzie tej, jakkolwiek bardzo prostej i skutecznej, pisano dotąd nader niewiele, a u nas, zdaje się, wcale. A jednak operacja to nie nowa i, prawdopodobnie, zapomniano o niej tylko na korzyść rękoczynów *Trendelenburg'a*, *Madelung'a* i *Schwarz'a*. Wyniki jednak tych pożytecznych, bez kwestyi zabiegów, o ile miałem sposobność przekonać się, nie wytrzymują porównania z doniosłością operacji, o której mowa, że już pominię niezwykłą łatwość i prostotę cięcia kolistego w zestawieniu ze zmuśnieniem wycianiem żyłaków, szczerpieniem naskórka i t. p.

Najwcześniejszą o cięciu kolistym wzmiankę znajdujemy w roku 1873 w pracy dra *Nussbaum'a* (z Bawaryi), zawierającej też kazuistykę oonośną²⁾; dodać winniśmy, że palmę pierwszeństwa przypisują tu sobie również francuzi, podając za twórcę metody dra *Dol-*

²⁾ *Nussbaum*. *Bayrisches ärztl. Intelligenzblatt*. 1873.

beau ¹⁾, a włosi nazywają ją wprost operacją Moreschiego ²⁾, Sposób ten polega na poprowadzeniu pod narkozą, lub jak obecnie pod znieczuleniem miejscowym, cięcia dokoła całego owrzodzenia. Cięcie to, więcej lub mniej koliste, na szerokość palca od brzegów ogniska odległe, prowadzi się aż do powięzi, przyczem przecina się, rzecz prosta, liczne naczynia krwionośne. Ranę ciętą wypełnić trzeba gazą szczelnie, aby powstrzymać krwotok, często z naczyń rozszerzonych bardzo obfity i zapobiedz nadto nazbyt wczesnemu zasklepieniu się brzegów. Operacji takich N. dokonał 60, otrzymując za każdym razem zagojenie owrzodzeń doszczętne i prędkie oraz bliznę mocną i sprężystą.

Rękoczyn ten niektórzy z chirurgów modyfikują różnie. Moreschi, prócz cięcia kolistego, podwiązuje żyły powyżej kostki; Starke ³⁾ przed dokonaniem cięcia nakłada opaskę Es march'a, sądząc, że tym sposobem skraca się znakomicie okres gojenia. Podobnie postępuje i prof. Helferich ⁴⁾ z Greifswald'u, który otrzymywał zagojenie najdalej po upływie siedmiu tygodni, nawet w przypadkach bardzo ciężkich. Od r. 1893 Schede ⁵⁾ łączy cięcie koliste z nakładaniem podwiązki podwójnej na żyły przecięte; chirurg ten u osobników przezeń operowanych nie spostrzegał nawrotu w ciągu latcałych.

W końcu o wynikach nader pomyślnych pisali ostatnio: Köhler ⁶⁾, Ruini ⁷⁾, Schweninger ⁸⁾ i Marcelle ⁹⁾. Schweninger zakładaną do głębi cięcia gazę nasycą uprzednio 1½% roztworem półtorachlorku żelaza i pozostawia gazę na przeciąg 2—3 dni. Operowany, rozumie się, leży w łóżku i dostaje okłady z wody goulardowej.

Już podczas pierwszej zmiany opatrunku zauważyć można na powierzchni owrzodzenia zmiany dosyć wybitne. Ilość obfitej przedtem wydzieliny płynnej zmniejsza się wyraźnie i ta ostatnia staje się

¹⁾ La France médicale 1875.

²⁾ C. Mariani. Incisione circolare unica come cura radicale delle varici e delle piaghe varicose agli arti inferiori. (Gazz. degli ospedali e delle clin. № 141, 1900).

³⁾ Starke. Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1884.

⁴⁾ Unruh. Inaugural-Dissertation 1888.

⁵⁾ Jahrbücher der Hamburger Staatskrankenhäuser 1893.

⁶⁾ Samml. klin. Vorträge 1899.

⁷⁾ G. Ruini. Rivista Veneta science mediche 1898.

⁸⁾ Charité-Annalen. (Schmidt's Jahrbücher str. 59, 1888).

⁹⁾ Journ. médic. de Bruxelles. Vue d'ensemble sur la éléveloppement et la traitement des varices des membres inf. № 4 i 7.

bardziej gęstą. Ziarnina narasta wcześniej i w krótkim przeciągu czasu dorównywa nawarstwieniem swem poziomowi brzegów. Z drugiej strony cięcie operacyjne nabiera coraz więcej wyglądu rany ziejącej, bo brzegi jej wewnętrzne przysuwają się stopniowo ku brzegom owrzodzenia, którego obraz zmniejsza się szybko, porastając gdzie niegdzie, już po dniach kilku, naskórkiem. Sprawa gojenia posuwa się też nie raz tak żwawo, że blizna zaciąga owrzodzenie wcześniej, niż ranę, wytworzoną od cięcia, a wynik taki stwierdza się zwykle w ciągu czterech do sześciu tygodni. Dr. Lewi¹⁾, który widział wiele takich przypadków na klinice prof. Schweninger'a, utrzymuje, że od cięcia kolistego goiły się pięknie nie tylko owrzodzenia świeże, lecz i ogromne, stare, ohydne ulcera varicosa, że nawroty po rękoźynie tym występowały bardzo rzadko, że w końcu, operacja ta dla ludzi biednych, którym zależy na czasie, istnem jest dobrodziejstwem. Tenże autor przytacza z praktyki własnej trzy przypadki odnośne; u dwóch osobników otrzymano tam wygojenie doszczętne po upływie miesiąca, w spostrzeżeniu trzeciem sprawa skierowaną została na drogę nader pomyślną. Dodać należy, że cięcie koliste stosowano również i u chorych, dotkniętych pryszczycą przewlekłą, by zapobiedz przejściu w owrzodzenie. I w tych razach skutek po operacji był wyborny.

Mniej różowo zapatruje się na rzeczy Mariani. Nie szczędząc pochwał rękoźynowi, o którym mowa, Mariani nie tai jednak, że napotykał nieraz w okresie pooperacyjnym powikłania, jak np. obrzęki długotrwałe, bóle w bliźnie, dokuczające podczas chodzenia, raz jeden, wreszcie, rozległą, po dokonaniu cięcia, zgorzel skóry. Nadto metoda ta wobec istniejących w okolicy kostek owrzodzeń nie jest wykonalną prawie i w tych razach poprzestać wypadnie na cięciu niezupełnie kolistem, prowadząc je w pewnej części na łydce. Braki te, jednak nie mogą zmniejszyć wielkiej wartości zabiegu, a nie ma też na świecie operacji takiej, któraby wykluczała zupełnie możliwość powikłań.

W szpitalu Dzieciątka Jezus, na klinice chirurgicznej, spostrzegłem w ubiegłym półroczu drugim roku akademickiego trzy odnośne przypadki, w których operowano ze skutkiem nader szczęśliwym. Na sali, powierzonej mej opiece, leżała jedna z będących w mowie chorych, 69-letnia staruszka, G. Maryanna, przepisana w dniu 21 Grudnia r. z. na klinikę z jednego z oddziałów wewnętrznych, gdzie

1) Wracz № 35, 1900.

przebyła czas krótki, leczona na bezwład połowiczny (hemiplegia sin). Chora ta od lat 20 miała owrzodzenie na podudziu ^zprawem; z wywiadów wykryto niewątpliwy abusus in Baccho, ponadto nie bardziej godnego uwagi. Podczas badania, prócz wybitnych w ustroju zmian starczych, uderzała nader wyraźna miażdżycza naczyń; zauważono dalej utrudnioną wymowę, wreszcie—porażenie lewej połowy ciała, najbardziej na kończynie górnej wydatne. Na powierzchni przedniej podudzia prawego, mniej więcej w pośrodku, znaleziono typowe, stare, brudne owrzodzenie głębokie, o podłużnej, nieco węzowatej postaci, długie na 10 cm. Dokoła owrzodzenia widać wyraźnie przebiegające kręto gałęzie rozdętej zaskórnej żyły wewnętrznej (vena saphena int.), podobne do poskręcanych postronków. Chora oświadczyła, że owrzodzenie to, trwające już od lat tylu, leczone było w szpitalach rozmaicie, za każdym, wszelako, razem bez skutku. Na proponowaną przezemnie operację zgodziła się chętnie, nie tając jednak, że mało spodziewa się stąd korzyści, bo, jak wyrażała się „na tę nogę rady już niema“.

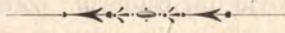
Po znieczuleniu skóry goleni zastrzyknięciami płynu Schleich'a dokonano (31/XII 1900) w sposób wiadomy cięcia kolistego. Ponieważ z rozszerzonych naczyń zięjących broczyło bardzo obficie, ranę ciętą ubito gazą szczelnie i nałożono opatrunek uciskający. Krwawienie powtórzyło się raz jeszcze podczas pierwszej zmiany opatrunku, którą wykonano po upływie dni czterech. Zresztą, przebieg pooperacyjny był tu zupełnie pomyślny i pod koniec siódmego tygodnia otrzymano zagojenie doszczętne. Rana operacyjna zablizniła się wcześniej, niż owrzodzenie. Jednocześnie, dzięki wytrwale stosowanemu mięsieniu i nieszczędzeniu preparatów jodu, w stanie ogólnym operowanej otrzymano również poprawę nader znaczną.

Już w pierwszej połowie lutego r. z. chora mogła podnosić się z łóżka i chodzić po sali, odzyskawszy mowę zupełnie. Miałem więc w tym przypadku zadowolenie podwójne, wzmożone doskonałym rękoczynu chirurgicznego wynikiem, na istniejącem bowiem od lat tylu ognisku wrzodziejącem wytworzyła się mocna i sprężysta blizna. D. 11 marca r. b. wypisałem operowaną, jako wyleczoną zupełnie. Również dobre wyniki od cięcia kolistego stwierdziłem w dwóch innych, operowanych przezemnie przypadkach, a dodać należy, że w jednym z nich walczyć wypadło z niepospolicie trudnymi warunkami miejscowymi, owrzodzenie bowiem zajęło u chorej dół podkolanowy i łydkę.

Pomimo niewielkiej liczby ogłoszonych tego rodzaju spostrzeżeń i braku badań odpowiednich, nie trudnem jest, sądząc, wytłomaczyć so-

bie działanie w mowie będącego cięcia na zagojenie owrzodzeń. Wpływ ten sprowadza się przedewszystkiem do usunięcia niekorzystnych dla miejscowego odżywiania i napięcia warunków, które, jak wiadomo, wywołują i podtrzymują sprawę chorobową i są główną przyczyną nietrwałości blizny. Po unicestwieniu napięcia, skóra, okalająca ognisko owrzodzenia, podsuwa się doń i ułatwia w taki sposób zagojenie wcześniejsze. Twarda i mało podatna przedtem skóra nabiera elastyczności i staje się przesuwalną, a odzyskanie zalety tej jest czynnikiem, najskuteczniej, może, od nawrotów broniącym. Ostatnie zależą, głównie, od niepodatności i zrostów blizny z tkankami głębszemi, na skutek czego każdy ruch mięśni lub ścięgien, szarpnięcie bliznę, drażni ją i rozrywa. Do następstw takich zwalniające cięcie koliste może nie dopuścić zupełnie.

Dalej, w sprawie uporządkowania krwiobiegu miejscowo, cięcie koliste powinno również zdziałać wiele dobrego. Cięcie takie, rzecz można, pełni tu rolę drenu, niszcząc zastoje i usuwając przesieki. Zniweczenie, zależne od cięcia, wielkiej ilości naczyń powierzchownych jest też bodźcem skutecznym ku wzmoczeniu się odżywiania tkanek z głębi, a wpływ zbiorowy warunków tych musi zaznaczyć się korzystnie w kierunku wyrównania krwiobiegu kończyny, a więc i prędszego zagojenia się jej owrzodzeń.



III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. *Patologia i choroby wewnętrzne.*

1. Ulrici H. O wpływie środków farmakologicznych na wydzielanie kwasu moczowego. (Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 46, 5 i 6).

W badaniach dotychczasowych nad wymienioną w nagłówku kwestyą, nie uwzględniano zazwyczaj ogólnej przemiany materii, z czem tworzenie kwasu moczowego stoi w ścisłym związku. Ulrici badania swe przeprowadzał przy zupełnej równowadze azotowej i fosforowej. Według jego badań, z powyższymi zastrzeżeniami dokonanych, kwas bendźwinowy (8 gr. p. d.) nie wpływał wyraźnie na przemianę azotową, w 1-szym dniu jednak zmniejszał ilość kwasu moczowego, poczem następowało nieznaczne zwiększenie jego ilości. Toż samo działanie miał kwas gallusowy (8 gr. p. d.). Kwas chinowy, wbrew twierdzeniu Weissa, również nie miał wpływu na prze-

mianę azotową, tanina (3 gr.) wywoływała nieznaczne zwiększenie ilości kwasu moczowego, salicylan sodu (3—5 gr. p. d.) działa w tym kierunku wybitnie, zwiększając ilość kwasu moczowego 40 — 50%, w doświadczeniach jednak tych ostatnich autor nie zauważył w czasie podawania salicyglu zwiększenia leukocytów w stosunku do erytrocytów.

J. Z.

2. Schüder. **Przyczynę do etyologii duru.** Z. f. Hyg. 38.

Autor z piśmiennictwa o durze brzuszny za ostatnie lat 30, zacerpnął dane co do przyczyn 638 epidemii duru i dowodzi, że w 70,8% przyczyną była zakażona woda, w 17% mleko, inne środki spożywcze, w 3,5%, przeniesienie z osób można było stwierdzić w 3,3% przypadków u pielęgniarki i personelu lekarskiego.

Na tej zasadzie autor uważa wodę za źródło najgłówniejsze zarazy, co zaś do zarażenia personelu otaczającego chorych, radzi szczepienia zapobiegawcze.

J. Z.

3. Hirschfeld H. **O ruchach limfocytów.** Berl. klin. Woch. 45.

Według Schultze'go limfocyty w przeciwieństwie do białych ciałek wielojądrowych nie są obdarzone ruchem; autor, badając krew leukemika według metody Deetjen'a zauważył co następuje: w krótkim czasie po wypuszczeniu krwi wszystkie bezbarwne ciała krwi tracą postać okrągłą i wypuszczają krótkie wyrostki, stopniowo ruchy są coraz żywsze i występują postaci podobne do tych, jakie widzimy w ciałkach wielojądrowych. W ruchach tych biorą udział z małymi wyjątkami wszystkie bezbarwne ciała krwi, w tej liczbie i limfocyty, choć ruchy ich są mniej ożywione; i one więc w pewnych warunkach posiadają ruchy ameboidalne.

J. Z.

4. Castellani. **O stosunku ciał agglutynujących do środków uodporniających.** Z. f. Hyg. XXXVII.

Jedni z badaczy w kwestyi poruszanej w nagłówku są zdania że agglutynacja i odporność są identycznymi pojęciami, inni natomiast są wprost przeciwnego zdania. Castellani na zasadzie doświadczeń chciał wyjaśnić kwestyę i doszedł do wniosku, że oba czynniki jednakowo zachowują się względem chloroformu, kwasu karbolowego ciepłoty i t. p., ale na podstawie badań Krusego nad immunizacją królików lasecznikami dyzenteryi, które to badania dowiodły, że niema żadnej równoległości między czynnikami agglutynującymi i uodporniającymi, oraz na zasadzie spostrzeżenia, że surowica potyfusowa wywołuje agglutynację nie tylko laseczników duru, ale i innych, chociaż uodporniająco na nie działa—należy wnioskować, że niema związku bezpośredniego między obu substancjami.

J. Z.

5. **Belli. Działanie zimna i powietrza płynnego na bakterye.** Rif. med. Münch. Med. Woch. № 50).

O działaniu gorąca na bakterye mamy już niejakię pojęcie, natomiast o działaniu zimna dotąd nie było danych dokładnych. Skroplenie powietrza dozwala obniżyć temperaturę do 180—190°.

Doświadczenia pierwotne robił już Macfadyen, Belli jednak dopiero zbadał większość drobnoustrojów chorobotwórczych pod względem wytrzymałości na zimno.

Z badań jego, nader sumiennych, wynika, że nawet w ciepłocie 200°C. wstrzymuje się tylko rozmnażanie zarazków, ale żywotność ich pozostaje bez zmian. Jest to fakt tak doniosły, że wymaga nowych badań potwierdzających. J. Z.

6. **Boas. Przyczynę do rozpoznania raka żołądka.** Arch. f. Verdk. VII, 4 i 5.

Autor na zasadzie 141 przypadków raka żołądka, obserwowanych przez siebie, podaje obraz tej choroby niezmiernie pouczający. Przedewszystkiem zaznacza, że przebieg jest nieraz ostry, szczególnie w przypadkach z krwawieniami, które niekiedy rodzą przypuszczenie, że mamy do czynienia z wrzodem. Co się tyczy łaknienia, autor zwraca uwagę, że nie zawsze występuje brak, często łaknienie jest nieznacznie upośledzone lub weale. Przebieg zależy również od umiejscowienia raka; naturalnie rak odźwiernika, sprowadza zwężenie wraz z następczem rozszerzeniem, częściej zresztą następuje tu rozpad. Na przebieg raka mają wpływ i komplikacje ze strony innych narządów, a przedewszystkiem kiszek. Boas w 4% tylko owych przypadków zauważył rozwolnienia, podczas gdy inni (Müller i Tri pier) notują aż 50%; w większości znacznej widział przeciwnie zaparcie stolca. Białkomocz spotykał rzadko, również rzadko cukier w moczu, za to, zgodnie z Senatorem, stwierdził częste występowanie indykanu w zwężeniu odźwiernika rakowem. J. Z.

II. Choroby wieku dziecięcego.

7. **F. K. Heptner. Skład chemiczny żółci u dzieci.**—(Chemiczkiej sostaw żelczy u djetjej). Rozprawa doktorska. 1900.

Po doświadczeniach przygotowawczych z żółcią wołu i człowieka dorosłego, autor przystąpił do rozbioru chemicznego żółci niemowląt. Wszystkiego dokonał 8 analiz w pracowni prof. Gundobina, posiłkując się trupami dzieci Domu Wychowawczego i Szpitala Dziecięcego im. Księcia Oldenburskiego. Wiek dzieci: u 4-ga 1—3 mies., u 4-ga od 12—18 miesięcy. Wnioski autora:

Pęcherzyk żółciowy ma raczej kształt podłużny, niż gruszkowaty, który jest właściwością wieku późniejszego.

Pojemność pęcherza żółciowego powiększa się stopniowo w ciągu pierwszego roku życia; powiększenie to szybko wzmagą się w 2-gim i 3-cim r. życia, później powoli i w stosunku do wagi wątroby.

Stosunek pojemności pęcherza żółciowego do ciężaru wątroby w początkach pierwszego roku jest dwakroć, w połowie zaś pierwszego r. trzykroć większy, niż w latach następnych.

Budowa drobnowidzowa ścian już w pierwszym miesiącu życia wykazuje zupełny rozwój wszystkich 4-ch warstw.

Obfitość dobrze rozwiniętych gruczołów śluzowych w pęcherzyku żółciowym niemowląt wyjaśnia większą zawartość śluzu w żółci tych ostatnich.

B. P.

8. F. Blumenau. **O nadnerczu u dzieci.**—(O nadpociecznych żelazach u dzieci). Rozprawa doktoryz. 1900.

Po przytoczeniu danych z anatomii i fizjologii nadnerczy u dzieci i dorosłych według różnych autorów (Zandera, Lorey'a i innych), autor opisuje pomiary i wagę tych narządów, dokonane na 75 trupach (z nich 50 dziecięcych), dodając jednocześnie robione pomiary i wagi nerek. Materyał pochodził z Domu Wychowawczego w Petersburgu, szpitala Elżbiety dla dzieci, szpitala ks. P. Oldenburskiego i Obuchowskiego. Znaczną część stanowiły trupy niemowląt bardzo wyniszczonych.

Z wniosków autora przytaczamy następujące:

Budowa nadnerczy u dzieci już w niemowlęctwie jest ukończona i w grubszych zarysach nie wiele się różni od budowy nadnerczy dorosłych.

Nadnercza wyrabiają, prawdopodobnie, pewne niezbędne dla noworodka ciała wzmacniające, a także regulujące i zobojętniające szkodliwe produkty wzmoczonej przemiany materii.

Waga jako też i wymiary nadnerczy zarówno u dzieci jak i u dorosłych ma znaczne wahania i nie zależy widocznie od właściwości choroby i nie zawsze od stopnia wyniszczenia ustroju. Najczęściej lewe nadnercze więcej waży od prawego. Według wszelkiego prawdopodobieństwa, różnice w pomiarach i wadze tych narządów (w jednakowym wieku) zależą od stopnia wypełnienia krwią tych gruczołów. Stosunek wagi ciała do wagi nadnerczy zmniejsza się stopniowo z wiekiem, również stosunek wagi nadnercza do wagi nerki.

B. P.

9. W. O. Gulkiwicz. **O zapaleniach nerek we wczesnych okresach niemowlęctwa.**—(O nefritach w ranniem grudnom wozrastje). Rozprawa doktoryz. 1899.

Praca anatomopatologiczna. Po obszernem uwzględnieniu odnośnej literatury autor podaje obszerny opis 22 danych autopsji, dotyczących zapalenia nerek u niemowląt Ces. Domu Wychowawczego w Petersburgu. Wiek dzieci: od 1 m. 12 dni do 8 mies. Wnioski:

1) zapalenie nerek napotyka się u dzieci dość rzadko (około 9⁰/₀). 2) u ssawców przeważnie dotknięty bywa nabłonek kanalików kręconych, przytem nieraz bywają i ogniska z nacieczeniem okrągło-komórkowem. 3) zapalenia nerek w Domu Wychowawczym napotyka się najczęściej w zapaleniu płuc, następnie w zap. kiszek i gruźlicy. 4) Wpływ zapaleń ropnych ucha jest niepewny. 5) Nieraz głównym czynnikiem etyologicznym bywa wrodzona słabość nerek. 6) Zap. nerek przebyte w niemowlęctwie jest, prawdopodobnie, jedną z przyczyn groźnego przebiegu w ostrych chorobach infekcyjnych. 7) Pierwotne glomerulo-nephritis jest wątpliwe. 8) Przy jednakowych objawach klinicznych zmiany w nerkach mogą być niejednakowe. 9) Wpływ zaziębień można uznać. B. P.

10. Dr. Martin Thiemich, prywatdocent. **O nietrzymaniu moczu w wieku dziecięcym.** (Ueber Enuresis im Kindesalter. Berliner klinische Wochenschrift. № 31).

Nietrzymanie moczu nabiera charakteru patologicznego, wtedy gdy występuje u dziecka, które już przez dłuższy przeciąg czasu przyzwyczajone było do czystości. Jeżeli w takich razach dają się wykluczyć organiczne cierpienia systemu moczopłciowego, lub nerwowego, to uważać należy taki stan u dziecka za cierpienie charakteru czynnościowego, o ile nie występuje podczas jakiejś choroby gorączkowej (np. anginy), przemijając wraz z tą ostatnią. Istnieje obecnie dość rozpowszechniony pogląd, według którego nietrzymanie moczu u dzieci uważane jest za objaw neurozy miejscowej, bądź to dotyczącej aparatu mięśniowego pęcherza, bądź to polegającej na nadczułości dna pęcherza i jego błony śluzowej lub, jak chce Mendelsohn, na porażeniu aparatu mięśniowego, zamykającego pęcherz. Autor występuje przeciw takiemu pogładowi i uważa nietrzymanie moczu u dzieci za objaw nie miejscowej, a ogólnej neurozy, mianowicie hysteryi. Na poparcie swego twierdzenia przytacza następujące dane. Dzieci, podlegające temu cierpieniu, pochodzą przeważnie od rodziców usposobionych neuropatycznie, wobec czego z jednej strony gra tutaj rolę dziedziczność, z drugiej zaś niedbałe lub wprost nieostosowne wychowanie. Niekiedy daje się nawet stwierdzić, że jedno z rodziców cierpiało w dzieciństwie lub nawet w latach późniejszych na to samo. U bardzo wielu dzieci z tego rodzaju objawów występują z czasem zaburzenia, uznawane bez wątplenia za historyczne, jak niemożność chodzenia i stania (Astasia-Abasia) po niewinnym upadnięciu podczas biegnięcia, porażenia lub kurecze historyczne, wreszcie ogólne skargi na ból głowy, kłucia w boku, zmęczenia z zupełnym brakiem odpowiednich zmian organizacyjnych.

Dalej, ten wielokrotnie stwierdzony fakt, że w pensjonatach, szkołach i t. d. powstają epidemie nietrzymania moczu, również przemawia za poglądem autora. Daje się to objaśnić oczywiście przez

naśladownictwo zupełnie tak samo, jak epidemiczne powstawanie afonii lub kurezów histerycznych i podobnie, jak ostatnie, bywa usuwane przez odosobnianie. Wogóle, jeżeli brać pod uwagę stosowaną z powodzeniem terapię w nietrzymaniu moczu, to również najwyraźniej występuje analogia pomiędzy tym objawem chorobowym a histeryą. Zarówno tu, jak i tam, środki farmakologiczne mają skutek bardzo nieznaczny, a główną rolę odgrywa w terapii poddawanie pośrednie przy pomocy np. odosobniania w przypadkach nietrzymania moczu, powstałego na skutek naśladownictwa lub przy pomocy leczenia prądem faradycznym w innych przypadkach. Ostatni sposób leczenia uważano oddawna za bardzo skuteczny i objaśniano jego skuteczność tem, że bardzo silny prąd faradyczny, stosowany na okolicę pęciową, działa wzmacniająco na pęcherz moczowy. Okazuje się jednak, że osiąga się ten sam skutek, stosując np. pędzelek lub szczoteczkę faradyczną na ramiona lub plecy. W licznych przypadkach udało się autorowi po jednym 2—3 minutowem posiedzeniu przy stosowaniu prądu faradycznego w pomieniony sposób uleczyć długotrwałe nietrzymanie moczu: w innych przypadkach trzeba było faradyzację taką powtórzyć, a nawet dziecku zapowiedzieć, że w razie ponowienia się objawu, zastosowane będą prądy jeszcze silniejsze. Należy przytem podczas elektryzacji przemawiać do dziecka łagodnie, że jest to wprawdzie bardzo nieprzyjemne leczenie, ale bardzo skuteczne, że ból zaraz ustanie, i starać się, ażeby dziecko nie miało o tem pojęcia, jako o karze. Jest to punkt bardzo ważny, gdyż jak wiadomo, wszelakie kary cielesne pozostają w tem cierpieniu bez skutku. W większości przypadków można w ten sposób osiągnąć wyzdrowienie, a fakty te dowodzą historycznego pochodzenia tego cierpienia. W ten sam sposób patrzeć należy na zbawienne skutki podskórnego zastrzykiwania strychniny w udo lub mons Veneris. Działa tu nie strychnina, a suggestya zabiegu bolesnego, czego dowodem są fakty, że szprycka *P r a v a* za napełniona fizyologicznym roztworem soli kuchennej daje te same rezultaty. Dobre wyniki leczenia omawianego objawu chorobowego przez wycięcie współistniejących rozrostów adenoidalnych w gardzieli, również w przeważnej ilości przypadków objaśnić się dają przez suggestyę, choć nie można przeczyć, że operacya ta miewa w ciężkich przypadkach, gdzie rozrosty są bardzo znaczne, wpływ bezpośredni na ogólny stan dziecka i może się pośrednio przyczynić do ustąpienia objawu nietrzymania moczu. Dalszą analogią pomiędzy histeryą i nietrzymaniem moczu stanowi np. fakt, wielokrotnie stwierdzony przez doświadczenie, że lekarz, któremu raz jakiś sposób leczenia się nie udał, nie może już liczyć na skuteczność nowych zabiegów i powinien ustąpić miejsca innemu lekarzowi, który często przy pomocy tych samych środków, które w rękach tamtego były bezskuteczne, dopina celu. Najlepszym środkiem, zarówno w porażeniach i kurczach histerycznych, jak i przy nietrzymaniu moczu jest odosobnienie pacyenta, co w codziennej praktyce wcale nie jest łatwem do przeprowadzenia, ale w przypadkach bardzo uciążliwych pozostaje jako ultimum refugium. W przypadkach zwy-

kłych nieocenionym środkiem bywa bolesna faradyzacja, skuteczna nawet w nawrotach tego cierpienia.

Co do etyologii nietrzymania moczu, ważnym, choć nie wyłącznym i stanowczo zbyt przecenianym momentem jest onanizm. Pozatem, jeżeli dziecko z usposobieniem neuropatycznym dowiada się przypadkowo, że ktoś z rodziny cierpiał na nietrzymanie moczu, to już samo zwrócenie jego uwagi na akt oddawania moczu wystarcza, ażeby objaw ten wystąpił. Dzieje się to przez nieświadome jakieś wyobrażenie o bardzo wielkiej intensywności, połączone z silnym afektem i dla tego też tylko te metody leczenia będą miały jakąś wartość, które zdolają przeciwstawić wyobrażenia i efekty o intensywności, przewyższającej tamtą, a więc wszelkie procedury, działające suggestywnie i jednocześnie bolesne.

Poza nietrzymaniem moczu w dziedzinie aparatu moczopłciowego zdarza się u dzieci objaw zbyt częstego (co $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny) oddawania moczu, który zarówno ze względu na swą zmienność, jak i na skuteczność terapii suggestyjnej również należy uważać za histeryczny.

M. Bornstein.

III. Choroby układu nerwowego.

11. Prof. Chiari. Glejakowate zwyrodnienie jednego szlaku i opuszki węchowej w przypadku glejaka mózgu. (Gliomatose Entartung des einen tractus et bulbis olfactorius bei Glioma cerebri. Deutsche med. Woch. № 41 1901),

Z anatomopatologicznego instytutu w Pradze. Przypadek dobrze zbadany i, jak się zdaje, jedyny. W glejaku w prawym zrazie czołowym i ciemieniowym znaleziono szlak i opuszkę węchową po tejże stronie znacznie obrzmiałą i całkowicie zastąpioną przez tkankę glejakową.

Wiadomo, że *Rindfleisch* pod nazwą glejakowatego zwyrodnienia rozumie nowotworzenie neuroglii bardziej rozlane, czem się różni od guzów glejakowatych zwykłych, ograniczonych. Otóż opisywano rozprzestrzenienie guzów glejakowatych mózgu na nerwy mózgowe * V, VII VIII pary (Sokolow, Henneberg). Lecz objaśnienie w tych przypadkach musi być odmienne (Sternberg). Właściwemu zwyrodnieniu glejakowatemu mogą ulegać tylko te nerwy, które są częściami ośrodków nerwowych, tj. n. wzrokowy z siatkówką i szlak węchowy z opuszką. Otóż, zdaje się, że glejakowate zwyrodnienie szlaku i opuszki węchowej nie było dotąd opisane.

Klinicznie przypadek dotyczył 52 letniego leśnika, zmarłego na od, dziale Stransky'ego 9 lutego 1900 r. Chory był alkoholiczkiem od lat 7 cierpiał na padaczkę i stopniowo rozwijającą się demencyę. Był 3 krotnie w zakładzie dla obłąkanych. Pod koniec życia napady padaczkowe ustały, demencya wzmagała się. Podczas badania źrenice oddziaływały leniwo na światło. Język i górne koń-

czynny drża, chód ataktyczny, odruchy kolanowe osłabione. Na dwa dni przed śmiercią napad apoplectiformis, sopor, wymioty i śmierć. Rozpoznanie kliniczne było: *epilepsia, dementia, insultus apoplectiformis ante dies duos. Arteriosclerosis.*

Anatomicznie znaleziono na podstawie tylnej $\frac{3}{4}$ gyrus rectus subst. perforata anterior i uncus postr. prawej wystające i twardsze. Od uncus dexter wzdłuż gyrus hippocamp dexter aż do prawej po lowy; mostu i do przedniego brzegu półkuli mózdku sięgający wyrostek z miękkiej szaro-czerwonawej masy. Średnio-tylna część gyr. orbitalis i przedni kraniec gyri temporalis infim. po stronie prawe grubsze i twardsze. Tuberc. ciner. i prawa strona chiasm. nerv. optici. wypuklejsze. Tractus i bulbus olfactorii po str. prawej 4 razy grubszy niż lewy, twardszy i z garbowatą powierzchnią.

Na przekrojach po miesiącu przechowywania w 10% roztworze formaliny stwierdzono, że glejak podstawił się na miejsce miąższu kory i białej istoty w zrazach czołowym i ciemieniowym, że przechodził na wielkie zwoje, wstawiając się w przednią część caps. externa, claustrum i jądro soczewicowate, wypychając corp. str. dextr. na wewnątrz i do góry, a insulam Reili na zewnątrz i do góry i wystawał w przedni róg bocznej komórki oraz na podstawie mózgu. Miejscami znajdowano w nim czysty o gładkich ścianach i surowczym płynie, a w części wystającej na podstawie znaleziono świeże ognisko apoplektyczne. Ependyma rozszerzonej komórki nie była zgrubiała, a ependyma przedniego rogu bocznej prawej komórki była wciągnięta w sprawę nowotworową. Granice nowotworzenia nie były ściśle odgraniczone w mózgu, a tylko czerwono-szaro zabarwione.

Do badania drobnowidzowego użyto skrawków z różnych okolic, a także zbadano tractus et bulbus olfactorius dexter, a dla porównania i sinister, prócz tego błonę śluzową nosa. Barwiono metodą von Giesona, a specjalnie neuroglję metodą Oscara Fischera, gdyż metoda Weigerta nie okazała się dostateczną. Otóż w tractus et bulbus olfactorius dexter badanie drobnowidzowe wykryło całkowitą substytucję tkanki glejowatej. Tkanka ta szczególnie na powierzchni okazała się bardzo gęstą z małą bardzo liczbą komórek, wówczas gdy gdzieindziej ich dosyć. Lecz komórki wogóle małe z małą ilością protoplazmy. Na skrawkach badanych w celu specjalnym metodą Fischera występował jasno związek komórek i włókien neurogli. Jako ślad pierwiastków nerwowych pozostały tylko pojedyncze corp. amyloidea. Lewy szlak i opuszkę węchową znaleziono normalnymi.

Na pytanie, jak objaśnić genezę glejowatego zwyrodnienia szlaku i opuszki węchowej autor stanowczo odrzuca przypuszczenie prostego wrośnięcia guza z okolicy subst. perfor. anter. lecz tłumaczy zwyrodnienie tractus i bulbus olfactorius drogą szerzenia się nowotworowego bujania neurogli w tym organie, podobnie jak w coraz dalszych częściach mózgu, dokoła pierwotnego ogniska.

Rzeczniowski.

12. Prof. A. Westphal. **Dalszy przyczynek do nauki o tężyczce.**
(Weiteres Beitrag zur Lehre von der Tetanie. Berlin. klin.
Wochen. Nr. 33).

Autor przytacza 2 przypadki tężyczki, zasługujące na uwagę ze względu na komplikację w postaci padaczki, na ich przebieg i symptomatologię. Pierwszy przypadek dotyczy młodej kobiety, u której dokonano operacji wycięcia wola z pozostawieniem pewnej jego cząstki. Mimo to jednak w 3 dni po operacji wystąpiły typowe napady tężyczki w górnych i dolnych kończynach, bez utraty przytomności, codziennie się powtarzające. Z objawów tężyczki dały się stwierdzić objaw *Chvostek'a* (t. zw. *Facialisphänomen*), a czasami i *Trousseau*, bóle i parastezye w dotkniętych kończynach, obfite poty, swędzenie skóry i apatyę, tępość pod względem psychicznym. W 1/2 roku później do napadów tężyczkowych przyłączyły się padaczkowe, i odąd powstały dziwne stany mieszane i przejściowe od jednego rodzaju napadów do drugiego, a nawet podczas jednego i tego samego zdołał autor u swej pacjentki stwierdzić mieszaninę objawów obu chorób. Takich spostrzeżeń, które dowodzą bliskiego pokrewieństwa tych dwu postaci chorobowych, było dotąd bardzo niewiele. Napady padaczkowe komplikują najczęściej te przypadki tężyczki, które występują po wycięciu wola (*Tetania strumipriva*), tj. te, w których bezwątpienia duże znaczenie etyologiczne mają wpływy toksyczne: przemawiałoby to również za toksyzmem pochodzeniem padaczki. Co się tyczy objawów psychicznych, to tępość, apatya, brak pamięci należy przypisać w takich, jak omawiany przypadkach, wpływowi wycięcia gruczołu tarczowego (*Cachexia strumipriva*). Pozatem występowały u danej pacjentki stany pomieszania, połączone z gwałtownymi wybuchami: napady te zjawiały się jednak tylko po atakach epileptycznych z zupełną utratą przytomności, albo po atakach mieszanych, po czystych zaś napadach tężyczkowych nigdy miejsca nie miały, należy je więc uważać za przejściowe popadaczkowe zaburzenia świadomości.

Z rzadkich objawów, spostrzeganych w tym przypadku, wymienić należy przedewszystkiem obustronną kataraktę. Według teorii *Peters'a* zależy ten objaw w tężyczce od spastycznego skurczu mięśni ocznych wewnętrznych, zarządzających akomodacją, wskutek czego następuje czasowo utrudniony dostęp materiału odżywczego do soczewki i rozwija się katarakta. Wobec tego, że w swoim przypadku autor podczas napadów tężyczkowych nigdy żadnego zwiężenia źrenic, ani wogóle objawów ocznych stwierdzić nie był w stanie, sądzi więc, że tu katarakta według teorii *Peters'a* objaśnioną być nie może. Autor sądzi wraz z *Uthoffem*, że katarakta i tężyczka winny być ze sobą powiązane etyologicznie i wyraża przypuszczenie, że katarakta, jak i inne spotykane w tej chorobie zaburzenia odżywcze (na włosach, paznogiach) stoi w związku przyczynowym z działaniem toksyn, wytwarzanych w tej chorobie przez organizm.

Dalej na uwagę zasługują w danym przypadku wyniki badania elektrycznego. Autorowi udało się stwierdzić u swej pacjentki, że skurcz podczas otwierania prądu dodatniego (*AnOZ*) występuje wcześ-

niej od skurczu z powodu zamykania tegoż prądu (AnSZ), albo jeżeli ma to miejsce jednocześnie, to pierwszy skurcz jest silniejszy od drugiego; pozatem raz widział autor skurcz mięśni przy otwieraniu prądu ujemnego (KaOZ). Ostatni objaw Mann uważa za charakterystyczny dla tężyczki, a pierwszy spotykał tylko w tej chorobie u dzieci.

Co do *przebiegu* choroby w danym przypadku zwrócić należy uwagę na 2 fakty interesujące. Po 1-e podczas ciąży pacjentki kurcze zupełnie ustały, po 2-e: zarówno napady, jak i objawy psychiczne uległy szybkiej i wybitnej poprawie na skutek leczenia tyreoidyną, które, jak tego zresztą dowodzą spostrzeżenia innych autorów, ma bezsprzecznie wpływ dobroczynny w przypadkach tężyczki, powstałej na skutek zmian w gruczole tarczowym.

Drugi przypadek dotyczy kobiety 42-letniej, która od kilku lat znajduje się w klinice psychiatrycznej ze względu na psychozę epileptyczną. Pacjentka o twarzy, szyi i wargach jakby nabrzmiałych, o wzroku apatycznym i tępym, pod względem psychicznym jest w wysokim stopniu ograniczoną i nie orientuje się ani w czasie, ani w przestrzeni; od czasu do czasu miewa pozatem ataki zupełnej ameneyi i silnego podniecenia z zupełną prawie utratą przytomności. Istnienie gruczołu tarczowego z powodu znacznego obrzmienia szyi stwierdzić się nie daje. Obok tego pacjentka wykazuje cały szereg objawów tężyczki, jako to: charakterystyczne przykurczenie rąk, sino-czerwony wygląd, posiniałe paznogie, wzmózona mechaniczna pobudliwość nerwów (Chvostek), wzmaganie się przykurczeń w dłoniach przez ucisk na sulcus bicipitalis internus (Trousseau). Wyróżnia się ten przypadek od zwykłych, przedewszystkiem przez tę okoliczność, że przykurczenia są stałe, choć intensywność ich jest zmienną—objaw spotykany dotąd tylko w dziecięcej tężyczce; dalej ciekawym jest brak tak stałego objawu, jak wzmózona pobudliwość nerwów na prąd elektryczny (Erb), ce zresztą stwierdza Frankl-Hochwart w przypadkach tężyczki, przebiegających chronicznie, i wreszcie nasuwające się przypuszczenie, że obrzmienie twarzy, ciężki, niepewny chód, monotonna mowa wskazują, być może, na komplikację z obrzękiem śluzowym (myxoedema). Ze względu na niemożność stwierdzenia, czy gruczoł tarczowy istnieje, zarówno jak i na nieudaną próbę leczenia tyreoidyną (bardzo przedko wystąpiły objawy zatrucia), związku z obrzękiem śluzowym rozpoznać nie było sposobu.

Oba te przypadki stanowią, według autora, jeszcze jeden ważny przyczynek do ustalenia w nauce mniemania, że napotykanne w ciężkich przypadkach tężyczki pierwotne objawy psychiczne po większej części zależą od innych chorób systemu nerwowego, tężyczkę komplikujących i ze względu na swój charakter przypominają wyraźnie objawy psychiczne, związane z padaczką. Należy przyjąć, że tężyczka i epilepsja występują tak często razem nie przez przypadek, a że obie choroby sprowadzić się dają do wspólnej przyczyny, a mianowicie do zatrucia przez anormalne produkty przemiany materii.

M. Bornstein.

- .13 Dr. M. Lion. **Nowy sposób leczenia padaczki.** (Nowy sposób leczenia padaczej). Wracz 1901 № 43.

Metoda autora stanowi jeszcze jedną próbę¹⁾ zastosowania organoterapii do leczenia padaczki. Zachętą do tego rodzaju próby były dla autora następujące okoliczności:

1) Stwierdzony w ostatnich czasach przez Wasserman'a i Takaki, Courmont'a, Doyon'a i Babes'a fakt, iż zdrowa substancja nerwowa posiada własności antytoksyczne i neutralizujące działanie jądów i alkaloidów padaczkotwórczych (np. strychnina, absynt).

2) Coraz więcej upowszechniające się przekonanie, że napady padaczki samoistnej mogą być następstwem samozatrucia.

Mając bardzo bogaty materiał w Samarskim ziemskim szpitalu dla obłąkanych autor wybrał 17 ciężkich przypadków padaczki i poddał je leczeniu za pomocą opocerebryny, środka otrzymanego z szarej substancji mózgu.

Najlepsze wyniki okazały się u chorych padaczkowych z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi. Chorzy, którzy, jako niebezpieczni dla otoczenia, musieli być całymi latami odosobnieni, po zastosowaniu cerebryny mogli w krótkim czasie powrócić na sale ogólne. Nie tak zdumiewające, lubo również bardzo zachęcające, wyniki otrzymał autor od działania cerebryny na siłę i częstość napadów drgawkowych. W takich zaś przypadkach, które były zupełnie bezskutecznie przez czas długi leczone bromem i gdzie cerebryna stosowana sama również nie dawała dodatnich wyników, tam skombinowane jednoczesne podawanie bromu i cerebryny przyniosło pożądane rezultaty.

Praca powyższa jest komunikatem tymczasowym. Autor zachęcony powodzeniem prowadzi w dalszym ciągu swoje badania i wkrótce ogłosi obszerną pracę w tej kwestyi. *K. Wistocki.*

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

14. Według nader umiejętnie dokonanych doświadczeń Schreiber'a, **połykanie** odbywa się skutkiem skurczu mięśni mylo-hyoideus i hyo-glossus, poczem następuje skurcz genio-hyoidei i thyreo-hyoidei, otwarcie przełyku następuje w 0,2 sekundy później, przepychanie pokarmów przez gardziel i przełyk następuje skutkiem skurczu constrictores pharyngis, mylo-hyoideus oraz zwiększonego ciśnienia.

¹⁾ Dotychczas próbowano przy padaczce najrozmaitszych preparatów organoterapeutycznych, stosując je na chybił trafił, bez żadnej naukowej podstawy; niektóre z nich, jak np. wyciągi z gl. thymus, gl. pinealis nie wywierały żadnego wpływu na przebieg choroby, inne zaś jak np. wyciąg z nadnerczy, lub wyciągi z narządów zawierających dużo nukleoalbuminy okazały się, według badań Mairat'a, wprost szkodliwe, zwiększając częstość i natężenie napadów (*przypisek sprawozdawczy*).

Co do przełyku, uwzględnić należy jego ruchy robaczkowe oraz ujemne ciśnienie w klatce piersiowej. Ruchy robaczkowe idą szybko od gardzieli z mięśniami prążkowanymi aż do części piersiowej z umiarem gładkiem, gdzie są powolniejsze.

J. Z.

15. Sawczenko i Melkich prowadzili badania nad drem powrotnym w 1900 r. w Kazaniu i doszli do wniosków, stwierdzających znaną teorię fagocytozy Miecznikowa na zasadzie bezpośrednich doświadczeń na zwierzętach i obserwacji na ludziach. (Ann. de l'Inst. Pasteur 6, 1901).

J. Z.

16. Howland w 2 przypadkach na 3 **duru brzuszego** wykrył **glomerulo-nephritis** i sądzi, iż powikłanie to jest częstsze, niż przypuszczamy. (Virch. Arch. 163, 2).

J. Z.

17. Pratt spostrzegł ciekawy przypadek **współistnienia purpura haemorrhagica i gruźlicy prosówkowej** u 25-letniego mężczyzny, który w ciągu 10 tygodni pozostawał w szpitalu. Plamy krwawnicowe wystąpiły na 7 tygodni przed śmiercią, poczem zauważono krwawienia z nosa, moczu krwawy i stolce krwawe. (C. f. in. Med. 49).

J. Z.

18. Dr. Gaston przedstawiał w paryżkiem towarzystwie dermatologicznem **chorego na trypra**, u którego przednia powierzchnia ściągnięta była małymi ropniami. Po zbadaniu drobnowidzowem ropy z owych wykwitów okazało się, że zawiera gonokoki. (La Sem. Méd.).

H. K.

19. Dr. Kuttner, który był przez czas dłuższy lekarzem po stronie boerów w wojnie południowo-afrykańskiej, podaje wiele ciekawych szczegółów z **dziedziny chirurgii polowej**. Kule dum-dum oraz inne pociski wybuchające używane były rzadko, boerzy używali ich niekiedy jako zdobycz, wziętą u anglików. Z pocisków artyleryjskich największe spustoszenia robiły szrapnele oraz małe pociski armaty Norvenfeld-Maxima, kule lydditowe nie były zbyt groźne.

Ból bezpośrednio po otrzymaniu rany pociskowej bywał zwykle początkowo nieznaczny, pocisku również nie spostrzegano i wielu rannych biło się dalej nawet po otrzymaniu kilku ran pociskowych. Krwawienie zewnętrzne bywa zwykle nieznaczne, autor spostrzegł nawet przypadki wyzdrowienia po ranach carotis i femoralis. Śmierć zatem wskutek krwotoku zewnętrznego w polu bywa rzadko. Złamania kości bywają zwykle powikłane. Uszkodzeniu stawów towarzyszy zwykle wylew krwawy. Pociski w stawach znajdują się rzadko. Rokowanie w przypadkach uszkodzeń stawów i kości jest tak pomyślnem, że autor raz jeden tylko robił amputację i raz resekcyję. Uszkodzenia czaszki spotykano bardzo często, szczególnie u anglików. Rany à bout portant powodują zazwyczaj pęknięcie sklepienia czaszki oraz znaczne uszkodzenia mózgowia. Trepanację radzi autor robić jedynie po postawieniu ścisłego wskazania i w warunkach zupełnej aseptyki. Uszkodzenia mleczca kończyły się zwykle niepomyślnie, chirurgia bywała w tych przypadkach bezsilną.

Rany serca bywały najczęstszą przyczyną śmierci na polu walki. Rokowanie w ranach płuc jest bardzo dobre; rany zadane małymi pociskami leczą się szczególnie dobrze. Objawy niepokojące znikają

po upływie 8 do 15 dni. Krwiopłucie występuje w połowie przypadków. Krwawy wylew zwykle miał miejsce, haemopneumothorax bywał natomiast rzadko. Leczenie tych przypadków jest par excellence wyczekujące, zupełny spokój, nawet wypuszczenie krwawego płynu jest zbyt bezużyteczne.

Co się tyczy uszkodzeń jamy brzusznej, to zauważył dr. K. rzecz doniosłą, że wiele ran jamy brzusznej leczy się bez interwencji chirurgicznej. Z 25 przypadków 11 zakończyło się śmiercią, z których 4 operowane, 14 zaś nieoperowanych wyzdrowiało. Autor tłumaczy to sobie tem, że kiszki wojaków zazwyczaj bywają puste, że pewna część pocisków przechodzi przez jamę brzuszną transito, nie dotykając kiszek, w innych znowu przypadkach, gdzie kiszka jest uszkodzona, przedziurawienie jest tak małe, że zasklepia się ono bardzo szybko przez zrosty lub przez zawrót błony śluzowej. Odgrywa tu w rokowaniu znaczną rolę daleki transport ранego. Autor stawia wskazanie do laparotomii jedynie w przypadkach krwotoków wewnątrzbrzusznych i to pod warunkiem, że stan chorego nie jest zbyt groźnym i budzi jeszcze pewne nadzieje. (Beitr. z Klin. Chir. XXVIII. 3).

H. K.

20. Doktorzy Dapter i Tanton obserwowali dwóch chorych, u których w następstwie zastrzyknięcia ręki, dokonanego w okolicy pośladowej, wystąpiły zboczenia ruchowe, czuciowe i troficzne w obwodzie rozgałęzienia nerwu udowego, które to objawy wskazywały na zapalenie nerwu, spowodowane uszkodzeniem jego. Zboczenia powyższe przypominały w zupełności objawy obserwowane przez Pitres'a i Vaillard'a w następstwie zastrzyknięcia połączonego z zetknięciem się igły z pniem nerwowym. Z powyższego wynika, że przy dokonywaniu zastrzyknięć należy unikać t. zw. przez Dapter'a i Tanton'a pasa niebezpiecznego. Według nich, kierunek nerwu udowego oznaczony może być w przybliżeniu linią, zaczynającą się na zewnątrz i na odległość szerokości dwóch palców od tylnego i górnego kolca biodrowego i kończącą się w miejscu przecięcia się fałdu pośladowego z linią środkową tylnej powierzchni uda. Boczne granice okolicy, w której nie należy dokonywać zastrzykiwań, winny być oznaczone dwiema liniami odległymi o 3 ctm. od kierunku nerwu; co się zaś tyczy granic górnej i dolnej pasa niebezpiecznego, to pierwsza odpowiada wyjściu nerwu na wysokości krętarza wielkiego kości udowej, druga zaś—fałdowi pośladowemu. Iniekcye dokonywane poza wyżej oznaczoną okolicą nie mogą uszkodzić ani pnia nerwowego ani też tkanek bezpośrednio go otaczających. W praktyce zwykle zastrzyknięcia śródmięśniowe dokonywują się w okolicy pozakrętarzowej (Smirnow) lub też w miejscu przecięcia się linii poziomej, przechodzącej ponad krętarzem wielkim na odległość szerokości dwóch palców z pionową oddzielającą wewnętrzną $\frac{1}{3}$ część pośladka od $\frac{2}{3}$ części zewnętrznych (Galliot). Ostatni punkt zbyt jest zbliżony do nerwu udowego, co się zaś tyczy okolicy pozakrętarzowej, to obfituje ona w naczynia i nerwy, przytem nie ma dostatecznie grubej warstwy mięśniowej. (La Sem. Méd., 1901, Nr. 39).

H. U.

21. Krause ogłasza przypadek, dotyczący 48-letniego chorego,

który na wielkanoc 1897 r. dostał na skutek urazu w górny brzeg lewego oczodołu neuralgii nerwu trójdzielnego o bardzo ciężkim przebiegu. Rezekcyja poszczególnych gałązek tego nerwu nie tylko nie usunęła neuralgii, ale wywołała napady t. zw. padaczki odruchowej. Chory ze względu na szalone bóle twarzy i ciężkie napady padaczkowe był zupełnie nie zdolnym do pracy i chciał się życia pozbawić. Dopiero zupełne wycięcie zwoju G a s s e r a usunęło zarówno neuralgię, jak i padaczkę: w przeciągu 5 tygodni nie miał ani jednego napadu. Czas pokaże, czy leczenie będzie trwałem. (Neurolog. Centr. Nr. 23, 1901).

M. B.

22. J a h r m ä r k e r ogłasza **przyczynę do paraliżu postępowego u kobiet**. W przeciągu 20 lat leczyło się w klinice marburskiej 54 kobiet z paraliżem postępowym, co w stosunku do ilości mężczyzn stanowi 1:7. W ostatnim dziesięcioleciu ilość chorych kobiet się zwiększyła. Przeważnie pochodziły chore z niższych klas ludności. Pod względem etyologicznym wybitną rolę grały niedza i troski, w $\frac{1}{3}$ przypadków bezwątpienia przymiot, a rzadko tylko obarczenie dziedziczne. Przeważnie chore były w wieku od 40—50 lat. Wpływ klimakterii uważa autor za nieznaczny. W większości przypadków przeważało osłabienie umysłowe; zdarzające się stany podniecenia nie dosięgają takiego stopnia, jak u mężczyzn. W częstości ataków porażennych i w zmianach makroskopowych żadnej różnicy na korzyść kobiet, w porównaniu z mężczyznami, autor dopatrzeć się nie mógł.

Przeciętne trwanie choroby 2 $\frac{1}{2}$ roku. (Neurolog. Centralbl. Nr. 23, 1901).

M. B.

23. M o e b i u s mówił w tem samym zgromadzeniu o **leczeniu surowicą choroby Base d o w a**. Z polecenia autora przygotował M e r c k w Darmstadt'cie surowicę krwi z baranów, pozbawionych gruczolu tarczowego i nazwał ją antytyreoidyną. Zastrzykiwanie tego środka pod skórę nie osiągnęło pożądanego skutku, natomiast podawanie go po 5 g. w winie wywołało w 2-ch przypadkach choroby Base d o w a zmniejszenie się wola o 2,5 cm., a w jednym poprawę w objawach ogólnych, jak zmniejszenie się częstości tętna i drżenia górnych kończyn. Należy czynić w tym kierunku dalsze doświadczenia. (Neurolog. Centralbl. Nr. 22, 1901).

M. B.

24. M a n n opisuje przypadek, dotyczący 7-letniej dziewczynki, u której stwierdzono **afazję czuciową** wzaz z nieznaczną parafazją — wszystko na tle histerycznym. Ścisłe odosobnienie, zimny prysznic i elektryzacja wraz z jednocześnie prowadzonymi ćwiczeniami mowy zdołały dziecko po 2 $\frac{1}{2}$ miesiącach zupełnie uleczyć. (Neurolog. Centralbl. Nr. 23, 1901).

M. B.

25. Na ostatniem zgromadzeniu psychiatrów i neuropatologów ze środkowych Niemiec, odbytem w Jena, ogłosił S i e f e r t 4 przypadki **rozszianego zwyrodnienia rakowatego ośrodkowego systemu nerwowego**. We wszystkich 4 przypadkach chodziło o mniej lub więcej liczne wtórne przerzuty rakowe w mózgu, rozszerzanie się raka po oponach i zniszczenie obwodowych części substancji mózgowej i rdzeniowej przez twory rakowate, umiejscowione w oponach. W jednym przypadku

znajdowały się opony w dość ciężkim stanie zapalnym (Meningitis carcinomatosa) przy jednoczesnym zniknięciu elementów rakowatych. (Neurolog. Centralblatt № 22, 1901). M. B.

V. Zjazd chirurgów francuskich.

Czternasty kongres chirurgów francuskich odbył się w dniach 21—26 października 1901.

Rozbierano na nim dwa zasadnicze pytania: *chirurgię śledziony i chirurgię skrofut*. Jeneralnym sprawozdawcą pierwszego pytania był Fevrier z Nancy. Uznał on, że chirurg w czterech grupach przypadków może uczestniczyć w leczeniu śledziony: w urazie (podskórne pęknięcie, rana, przepuklina urazowa), w razie wrzodu, w splenomegalii i naroślach, tudzież w przemieszczeniu. We wszystkich grupach najlepszy zabieg stanowi splenektomia, jedynie w leczeniu śledzionowej (grupa trzecia) nie wydaje ona żadnego rezultatu, odsetka śmiertelności wynosi w tym wypadku 100%, tak że dana choroba stanowi poprostu *noli me tangere*.

W urazach stosowano splenektomię od r. 1885 46 razy na 56; dobrych wyników było 23, zejść śmiertelnych 23. W splenomegalii zimniczej na 117 przypadków wycięcia było 31 zejść śmiertelnych, 86 wyleczeń. Śmiertelność wynosiła przeto 26%.

Wnioski Fevrier'a zostały przyjęte przez kongres. Zajęto stanowisko niechętnie przeciw próbnemu przekłuciu torbieli śledzionowych, przenosząc nad nie cięcie otwarte.

O *chirurgii gruczołów gruczołowych* referował Andrzej Broca. W fazie ropienia wydaje mu się najbardziej wskazanem wstrzykiwanie eteru jodoformowego. W ogromnej większości przypadków metoda ta, poparta równocześnie leczeniem ogólnem, wystarcza. Jeżeli wrzód jest napół gorący, czyli wywołany nie tylko przez laseczniki, lecz i przez inne drobnoustroje, wtedy wypada go przeciąć i wyskrobać.

Wycięcie gruczołu bywa wskazanem, według referenta, w razie przetok. Zwłaszcza, gdy przetok tych jest kilka, godzi się podejmować rękoczyn śmiało. Kłopotliwą jest rzeczą, że w 40—50% niestety doznaje się recydywy, ale już 50—60% innych przypadków, gdzie jej niema, dodaje otuchy chirurgowi.

W dyskusji Berger zaznaczył, iż woli zamiast eteru jodoformowego naftol kamforowy, pierwszy bowiem spowodował parę groźnych wypadków w jego klinice. Co do usuwania gruczołów, należy uciekać się doń dopiero, gdy wszystkie inne próby lecznicze nie zostały uwieńczone skutkiem. Daje ono bowiem nie tylko 30% recydyw, ale i blizny niekiedy o charakterze keloidalnym. Wreszcie przedstawia częstokroć pewne niebezpieczeństwo.

Demouss podniósł, iż należy odróżniać metody leczenia dzieci i dorosłych. U pierwszych zabieg chirurgiczny bywa bardzo rzadko wskaza-

ny, u drugich natomiast należy go stosować częściej, zwłaszcza z tej racy, że zazwyczaj próbowano już co do nich rozmaitych środków.

D u c r e t z Lille oświadczył się za interwencją chirurgiczną wobec dorosłych. Weigau 12 lat dokonał on w tych przypadkach 76 wytrzebień gruczolów, zawsze bez żadnego powikłania. Aby nie mieć nawrotu, należy według niego operować *larga manu*, i usuwać nie tylko gruczolę, ale także skorupę okologruczolową i okoliczne tkanki.

D e l o r m e w czasie, gdy był lekarzem wojskowym w szpitalu Val-de-Grâce, był zdumiony częstotścią gruźlicy gruczolowej u żołnierzy, pochodzących z wybrzeża francuskiego. Ilekroć gruczolę znajdowały się w okolicy szyjowej, usuwał je. Metodę tę stosował zwłaszcza co do gruczolów podżuchwowych, w szczególności co do gruczolu węglowego. W pachwinie usnwał je także, pod pachą zaś tylko wtedy, kiedy były nie zbyt rozległe.

M a u c l a i r e zwrócił uwagę na zranienie *venae jugularis internae* podczas operacji gruczolów szyjowych. M é n a r d jednak z Berck-sur-Mer oświadczył, że na 250 rękoczynów wypadek ów zdarzył mu się tylko trzy razy. Założył na żyłę szczypce, zachowując je przez 48 godzin, po zatem nie było żadnych następstw.

Zgodzono się w końcu, iż pierwszeństwo w każdym razie należy zostawić wstrzykiwaniom modyfikującym.

Z innych komunikatów wymienić należy przedewszystkiem te, które dotyczą *znieczulania*. P é r a i r e dał *statystykę usypiań*: na 2000 uspień chloroformem miał tylko jeden przypadek śmierci. M a l h e r b e zalecał użycie chlorku etylu do krótkich operacji; przykładając szczelnie do nosa kompres z 2—4 gr. chlorku i nie pozwalając choremu oddychać powietrzem, otrzymywał po 20—40 sekundach zupełną narkozę, trwającą 3—4 minut. Stosowanie kompresu można potem powtórzyć, co pozwala razem uzyskać narkozę, 15—20 minutową.

G u i n a r d wprowadził *modyfikację znieczulania kokainowego* drogą lędźwiową. Zauważył, że bóle głowy, towarzyszące stale owemu znieczulaniu, znikają, gdy wydobyć wpierw z kolumny pachowej pewną ilość płynu mózgodzeniowego. Stosuje obecnie stale tę metodę, z tą zmianą, że do wydobytego płynu wkłada kilka kropel skoncentrowanego roztworu chlorhydr. cocaini.

Dzięki wspomnianej zmianie nie miał ani jednego wypadku przy znieczulaniu kokainowym.

T u f f i e r podniósł znaczenie *hemo—i cytodyagnostyki* w chirurgii. Pierwsza, wykazując zwiększenie ilości białych ciałek krwi, pozwala na rozpoznanie *appendicitis*, wtedy kiedy nie wie się, czy choroba jest właściwie zapaleniem wyrostka, czy dudem brzuszynym. Podobnie raz pozwoliła ona T u f f i e r'owi wykluczyć osteosarkomat i wykryć natomiast ropienie kości.

Cytodyagnostyka pozwala chirurgowi orzec, czy istnieje złamanie stosu kręgosłupa lub kontuzya jego zawartości. W tym wypadku bowiem płyn mózgodzeniowy będzie zawierał ciałka krwi.

L e t o u x (z Vannes) spostrzegł 4 przypadki *teżca*, wszystkie wy-

leczył wstrzyknięciem 10 cm.³ surowicy przeciwężcowej do każdej półkuli mózgu.

De la n g r e zdał sprawę z prób nad podskórnem wstrzykiwaniem wazeliny. Zaczął od siebie: 20 grudnia 1899 zastrzyknął sobie wazelinę pod bliznę po czyraku: wynik był tak zadawalający, że De la n g r e przeszedł do innych chorych. Ciekawy był przypadek następujący: Pewnej kobiecie, operowanej z powodu włókniaka sutki, usunął zniekształcenie zapomocą wazeliny. W 7 miesięcy później kobieta ta zmarła na zapalenie płuc; sekcyja wykazała, że wstrzyknięta masa za chowała się doskonale.

Najczęściej wynik bezpośredni był wyborny: 4 razy tylko De la n g r e musiał powtórzyć wstrzyknięcie, aby uzupełnić skutek pierwszego. W 3 przypadkach miał ropienie wywołane danym ręko-czynem.

Le D e n t u przedstawił *statystykę operacji raka sutki*, dokonanych przezeń w ciągu 25 letniej praktyki prywatnej. Dotyczy ona 53 wypadków, w tej liczbie tylko 31 zejść śmiertelnych wskutek nawrotu. Z pozostałych 22 chorych 2 zmarły wskutek choroby nie mającej nic wspólnego z rakiem, 20 żyje. Pośród nich 3 operowano niedawno, 7 przed mniej niż trzema laty, 10 przed więcej niż trzema laty. W tej cyfrze znajdujemy 3 operowane przed 13—14 laty, z przed 12—13, 1 przed 11, 2 przed 5, 1 przed 4½, 1 przed 4 laty. Z pomiędzy 31 zmarłych 16 żyło po operacji więcej niż 3 lata, a mianowicie: 4 żyły 3—4 lat, 6 cztery do pięciu, 1 sześć do siedmiu, 1 siedem do ośmiu, 1 osiem do dziewięciu, 1 dziewięć, 1 dziesięć, 1 trzynaście lat.

Redard dał *statystykę niekrwawego leczenia wrodzonego zwichnięcia kłębu*. Na 50 przypadków zwichnięcia było 7 razy obustronne. Z ostatnich Redard otrzymał w 14 przypadkach całkowite naprowadzenie do stawu, stwierdziła je radioscopia. Pewna część tej czternastki trzyma się do dziś dobrze, choć w niektórych razach minęło już 3 lata od zabiegu. W 26 przypadkach dało się osiągnąć tylko przemieszczenie (w grupie obustronnych zwichnięć prawdziwe naprowadzenie doszło do skutku tylko 2 razy na 7), ale jak autor wyznaje, daje ono wyniki bardzo zadawalające pod względem praktycznym. Nawrotów w pierwszej grupie było trzy.

Rachet opisał *12 przypadków znacznego zwięźnienia cewki moczowej* uleczonego przez autoplastykę skórną. Po uretrotomii zewnętrznej mięścił on między dwiema wargami nacięcia cewkowego płat skórnny wykrojony w krocze. Brzegi jego przyszywał do warg nacięcia, koniec zaś przytwierdzał do przedniego węzła rany. Przez 8—10 dni drenował pęcherz przez krocze za pomocą sondy zostającej na stałe i, w ten sposób unikając sączenia się moczu przez cewkę przednią, otrzymywał zrośnięcie się płata z brzegami rany.

W 8 przypadkach wyniki były pomyślne. Rzecz tembardziej godna zanotowania, że większość chorych była leczona poprzednio innemi metodami bez skutku. Reverdin z Genewy przytoczył przypadek zawrotu szabloniaka zwapnionego, Vidal i Pougrier zdali sprawę, każdy z osobna, z wyleczenia padaczki urazowej za

pomocą treparacyi. Gangolphe (z Lyonu) podnosił znaczenie rezekcyi zewnętrzznego trójnoga oczodołowego w chirurgii oczodołu i twarzy. Podał dwa przypadki, gdzie owa rezekcyja ułatwiła wysoce wycięcie raz mięsaka, drugi raz nabłoniaka oczodołu.

Morestin z Paryża poparł jedną ze swoich obserwacji twierdzenie Gangolphe'a. Następnie zalecał *chirurgiczne leczenie wilka* powołując się na 3 swoje bardzo piękne wyniki wycięcia wilka szyi. Maurycy Jourdan z Marsylii podzielał jego zdanie i przytoczył 8 swoich przypadków bez nawrotu, chociaż najdawniejszy nosi datę 1897.

Girard z Berna referował o uranostafilorafii, która przeważnie daje mu dobre wyniki, przepisał Terrier z Paryża o *gastroenterotemii* Hackera.

Na 25 rękopisów miał 24 powodzeń. Operowani w rozszerzeniu żołądka zostali wyleczeni stanowczo, wakowań uzyskali przedłużenie życia o 4—22½ zniiesięcy. Pantaloni z Marsylii zachwalał gastroenterostromię pomysłu Roux'a, padając iż na 25 zabiegów u niewakowalnych 24 pomyślne rezultaty, a jedną tylko śmierć (w gastritis alcoholica).

Faure przypomniał swój pomysł *leczenia porażenia twarowego za pomocą anatomozy spinofacialis*. Za granicami Francyi powtórzono kilkakrotnie jego operacyę z pomyślnym wynikiem.

Larger podał zaobserwowany na sobie przypadek „*palca sprężynowego*“ upadł z bicyklu na lewy łokieć i zadrasnął się na wysokości stawu między jedną a drugą falangą małego palca tam, gdzie przebiega nerw collateralis dorsalis exterior. Zdraśnięcie przemienia się szybko w małe zagłębienie znamienne dla neuroz odżywczych (mał perforant frenenskich autorów), równocześnie zjawiły się bóle wzdłuż końcowych gałęzi nerwu łokciowego na przedramieniu i ręce, gdzież klasyczny objaw sprężynowego palca. Po 6 miesiącach ranka zagoiła się i objaw sprężynowy znikł. Tu więc różnoległość między nim a trofoneurozą była już najwidoczniejsza.

Na tem zamykamy sprawozdanie o kongresie chirurgów francuzkich, zaznaczając iż wyróżniliśmy tylko komunikaty pewnej wartości.

W. Bugiel.

VI. Notatki bibliograficzne.

Księga jubileuszowa dr. m. Teodora Dunina ord. szp. D-ka J. ku uczczeniu 25-letniej działalności jego lekarskiej wydana przez jego byłych i obecnych uczniów. Warszawa, 1901. Cena rb. 5. Dochód przeznaczony na sanatorium dla suchotników.

Wydawanie ksiąg i wydawnictw w celu uczczenia zasług jest w dobie obecnej faktem dość częstym i ma nie tylko znaczenie hołdu, ale dla historyka piśmiennictwa stanowi pewien przyczynek do zobrazowania epoki. O ile uczczony w ten sposób jest przedstawicielem

jakiegoś kierunku w literaturze czy nauce, znaczenie to potęguje się, gdyż zarazem daje miarę o rozprzestrzenieniu danego prądu czy kierunku. Na tego rodzaju wydawnictwa należy więc zapatrywać się z dwojakiego punktu widzenia: 1) jako na hołd osobisty pewnego grona osób, które więcej lub mniej zawdzięczają uczczonemu 2) jako na objaw pewnego kierunku pracy, zmierzającego do wspólnego celu.

Co do punktu 1-go, wymyka się on z pod dyskusji publicznej, gdyż wdzięczność osobista nie może podlegać pozostawianiu ani naganom i forma uczczenia musi być uczestnikom pozostawiona do woli. Z tego punktu widzenia wychodząc, widzimy wydawnictwo pod względem typograficznym wspaniałe, grubą księgę o 530 stronach in quarto z portretem autora i kilkoma tablicami litograficznymi, oraz z życiorysem, skreślonym przez kol. Janowskiego, w którym to życiorysie kol. J. charakteryzuje działalność kol. D. w szpitalu, w redakcyi Gazety lekarskiej i na polu publicznym, oddając pochwały jego pracowitości na oddziale, stosunkowi do asystentów i zamilowaniu do pracy naukowej. Jest to, niewątpliwie, rzecz pisana przez ucznia z pochwałami dla nauczyciela, ale daje miarę właśnie dla tego wpływu, wywieranego przez Dunina na otoczenie najbliższe i zmusza do przeczytania tomu, zawierającego prace przez jego uczniów napisane, by znaleźć w nich właśnie owe zalety, o jakich autor życiorysu wspomina.

Książka jubileuszowa dowodzi, że zaczątki pewnej uczelni na oddziale Dunina datują nie od dziś, że usiłuje on w miarę sił i środków pracować w celu wykształcenia lekarzy praktyków o wyższych po nad normę zwykłą aspiracyach. Czy asystenci jego wyniesioną od niego metodykę rozwiną dalej i czy w dalszym ciągu tradycje z oddziału zaczerpnięte prowadzić będą — czas pokaże, bo są to wszystko, z małymi wyjątkami, młodzi jeszcze pracownicy. Przyznać jednak należy, że dziś warunki dla stworzenia uczelni takiej są coraz cięższe, gdyż trudność zarobkowania zmusza młodzież lekarską do szukania pracy doraźnej i do ograniczania godzin pracy w szpitalach.

Po tym wstępie ogólnym przejdźmy do prac pojedynczych.

1) K. Rzętkowski. *W sprawie przemiany materji przy (?) przewlekłym zapaleniu nerek.*

Autor badał przemianę materji u chorego z przewlekłym zapaleniem nerek i doszedł do wniosku, że przemiana materji u tego chorego była zbliżoną do prawidłowej, zatrzymywał się tylko $P_2 O_5$, wydzielenie azotu podlegało znacznym wahaniom, ilość, kw. moczowego była nieco niższą. Z tego badania pojedynczego autor wysnuwa daleko idące wnioski o żywieniu chorych na zapalenie nerek przewlekłe, na które to wnioski nie ze wszystkim godzi się nasze zapatrywanie na tę chorobę, tem bardziej, że nawet szczegółowe badanie jednego chorego kwestyi tak ważnej rozstrzygnąć nie może.

2) A. Pański. *Przypadek rozsianego ostrego zapalenia rdzenia po zaccadzeniu.*

Tytuł zawiera w sobie treść przypadku, opisanego starannie, nie możemy się zgodzić tylko na pogląd autora, że osoby śpiące bli-

żej drzwi i okien ulegają mniejszemu zatruciu tlenkiem węgla, gdyż w opisanych przez nas w Kron. Lekarskiej i w licznych przez Pogotowie stwierdzanych przypadkach zazadzeń zbiorowych było wprost przeciwnie.

3) W. Janowski. *Znaczenie rozpoznawcze i rokujące krwawych wymiotów.*

Autor na zasadzie znanych z piśmiennictwa danych daje p. t. powyższym rozprawkę kliniczną, rozbierając poszczególne choroby, w których przebiegu zdarzyć się mogą wymioty krwawe.

4) Tenże. *3 przypadki zapalenia nerwów wskutek otrucia arsenikiem.*

Na zasadzie 3 obserwowanych przez siebie przypadków tudzież danych z piśmiennictwa autor stara się nakreślić obraz kliniczny tego cierpienia.

5) J. Goldbaum. *O sztucznem żywieniu chorych* zawiera w sobie opisy żywienia za pomocą zgłębnika (w histeryi), za pomocą ławatyw odżywczych, oraz iniekcji podskórnych; nic nowego w tej rozprawce nie znajdujemy.

6) A. Landau. *Badania nad sprawnością nerek za pomocą błękitu metylenowego* autor przeprowadził na licznych materyale w szpitalu i dochodzi do wniosku, że metoda ta pod względem rozpoznawczym prawie żadnego znaczenia nie posiada.

7) W. Lehr. *O leczeniu nerwobólu kulszowego mięsieniem i bezkrwawemi naciąganiem.* Na zasadzie 48 obserwowanych przez siebie przypadków autor przemawia gorąco za ostrożnem stosowaniem metod tych, które dały mu dobre wyniki.

8) W. Palmirski. *O błonicy i surowicy przeciubłoniczej.* Jest to opis krytyczny otrzymywania oraz własności surowicy, zawierający wiele uwag praktycznych.

9) S. Nowaczek. *Przypadek skurczowego zwężenia przetyku.*

10. H. Landau. *Poszukiwania doświadczalne nad zachowaniem się żelaza w ustroju zwierząt i ludzi.*

Autor w 1-szej części streszcza literaturę przedmiotu, w 2-iej podaje własne doświadczenia, na zasadzie których dochodzi do wniosku, że sole żelaza nieorganiczne wchłaniają się głównie w dwunastnicy w nieznaczej ilości, żelazo wchłonięte gromadzi się w wątrobie, śledziony i szpiku kostnym, wydalanie żelaza odbywa się w coecum mniej przez nerki; dodane do pokarmu żelazo zwiększa ilość żelaza w wątrobie i śledziony, działanie preparatów żelaza polega na tem, że materyał do tworzenia hemoglobiny zwiększa się.

11) S. Kopczyński. *Z kazuistyki nowotworów i ropni mózgowia.* Autor podaje opisy kilku przypadków nowotworów i ropni mózgu, obserwowanych przez siebie.

12) S. Mintz. *O nadżerkach wybroczynowych żołądka.* Na zasadzie 2-eh przypadków autor rozpatruje to rzadkie wogóle cierpienie.

13) S. Trzebiński. *O operacyjnem leczeniu obrzęków przy (?) hydrops anasarca.* W przypadkach obrzęków nóg, które to obrzęki nie ustępują leczeniu wewnętrznemu, autor zaleca wkłuwanie trójgrań-

ca, stosowane zresztą oddawna przez wielu klinicystów, przeciwskazań jednak nie podaje.

14) S. Mutermileh. *Własności chemiczne i morfologiczne wysięków tłuszczowych*. Opis dokładnie zbadanego przypadku wylewu mleczka do opłucny.

15) W. Dąbrowski. *Badania nad zarazkiem ospy* doprowadziły autora do wniosku, że drobne ciała i większe koki, spostrzeżane przez niego, są etapem rozwoju tych samych drobnoustrojów, nie należących do grupy pierwotniaków i dających się hodować na agarze.

16) T. Jasiński. *Przypadek astazyi-abazyi*.

17) A. Puławski. *Neurastenia peryodyczna*.

18) Tenże. *Próba określania wartości odżywczej jedzenia w zakładzie leczniczym*. Nader sumienna praca, zawierająca dane odnośnie do żywienia chorych w Nałęczowie.

19) J. Pstrokoński. *Pierwotny mięsak żołądka*. Opis przypadku i wyników sekcji.

20) J. Markiewicz. *O przewlekłym unieruchamiającym zapaleniu kręgosłupa*.

21) J. Skłodowski. *2 przypadki ciężkiej niestrawności nerwowej*. Autor przemawia za ostrożniejszym kierowaniem chorych z cierpieniami żołądka do chirurgów i zaleca dokładne i wszechstronne badanie chorych, przekonały go bowiem 2 przytoczone przypadki, że chorzy z nerwicami kwalifikowani byli do leczenia operacyjnego bez potrzeby.

22) M. Halpern. *W sprawie leczenia tętniaków aorty za pomocą podskórnych wstrzykiwań żelatyny*. Autor miał wyniki ujemne stosowania żelatyny, co przypisuje temu, że chorzy nie zachowywali spokoju i odpowiedniej diety.

23) J. Świętochowski. *Przyczynek do nauki o migrenie*. Stosując metodę żywienia białkową, autor w swoich przypadkach, w których stwierdził migrenę na tle zaburzeń w wydzielaniu soku żołądkowego, miał dobre wyniki.

Jak widzimy z krótkiego przeglądu powyższego, *księga* zawiera 23 prace z różnych dziedzin medycyny wewnętrznej, prace te różnej są wartości, kilka z nich zaledwie stanowi prawdziwy dorobek naukowy, w każdym jednak razie świadczą one o wyższych po nad zwykły poziom aspiracyach autorów, uważających się za uczniów Dunina, a tem samem o kierowniku oddziału, który chce i umie zachęcić do pracy samodzielnej.

Józef Zawadzki

(jz.) A. Sokołowski. *Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. 1. Choroby tchawicy i oskrzeli*. Warszawa 1902.

Pracę tę, której obszerną ocenę podamy wkrótce, autor z powodu 25-lecia swej działalności i 20 lecia ordynatury szpitalnej poświęcił współtowarzyszom zajęć szpitalnych, b. asystentom oddziału.

VII. O D C I N E K.

Kilka słów w sprawie szczepień ochronnych
surowicy przeciwbłoniczej

Skreślił

Dr. B. Polikier.

Stosowanie surowicy przeciwbłoniczej w celach zapobiegawczych była kilkakrotnie przedmiotem obrad w Towarzystwie Pedyatrycznem w Paryżu w pierwszej połowie roku 1901.

Najpierw na posiedzeniu z dnia 12 marca L. Guinon i Mathé opisali epidemię błonicy, która w końcu r. 1900 wybuchła na 3-ch salach oddziału d-ra Voisin (epileptycy i idyoci), oraz w przyległej szkółce, do której oprócz epileptyków i idyotów uczęszczały dzieci dotknięte gruźlicą kości i wadami rozwojowemi. Po zastosowaniu różnych środków zapobiegawczych, między innymi wstrzykiwań surowicy pozostałym dzieciom (53) udało się stłumić epidemię. Na temże posiedzeniu oświadczył Villemin, że na oddziale „Enfants Malades” spozstrzegął toż samo na mniejszą skalę. Po zachorowaniu czworga dzieci zastrzyknięto pozostałym 28 surowicę, poczem żadne nie zachorowało.

Następnie d. 14 maja Netter, opierając się na faktach, opisywanych przez rozmaitych autorów w różnych krajach i na spostrzeżeniach własnych, jakkolwiek przyznaje, że jego obserwacje nie są jeszcze ukończone i że ochronne wstrzykiwania surowicy niezbyt długo są skuteczne, ogłasza wniosek, iż „należy bez wahania przystąpić do iniekcij profilaktycznych w każdym przypadku pojawienia się epidemii błonicy w zbiorowisku dzieci, więc w internacie, szkole, żłobku, przytułku i że, stosując tę metodę co 3 tygodnie można radykalnie szerzeniu się epidemii zapobiedz.

W podobnym duchu przemawiał d. 11 czerwca Barbier (z Lille), który we wszystkich przypadkach zapalenia gardzieli z szarawymi pęcherzykami (angine herpétique), ilekroć znajdzie lasecznika Löfflera, uważa sobie za obowiązek przystępować do iniekcji.

Również prof. Ausset z Lille w każdym przypadku błonicy zaleca wstrzykiwanie rodzeństwu, nie widząc w tym zabiegu żadnego niebezpieczeństwa.

Wreszcie Comby i Sevèstre (który przyznaje, że dzięki wstrzykiwaniom mogą występować nieznaczne dolegliwości), oraz Moizard przemawiali gorąco za użytecznością wstrzykiwań ochronnych, powołując się na odnośne spostrzeżenia, we Francyi i po za Francją.

Wobec tego członkowie towarzystwa, obecni na posiedzeniu, jednomyślnie uchwalili: *Towarzystwo pedyatryczne, stwierdzając, że wstrzykiwania ochronne nie są niebezpieczne i w znacznym stosunku*

działają ochronnie w ciągu kilku tygodni, zaleca je w zbiorowiskach dzieci i w rodzinach, gdzie dostateczna opieka naukowa jest niemożliwa.

Podając w skróceniu treść powyższych obrad, opisanych w organie wzmiankowanego towarzystwa i zastrzegając sobie ewentualnie obszerniejsze omówienie i szczegółowy rozbiór tej sprawy na innym miejscu, uważamy tymczasem za stosowne oświadczyć, że na mocy osobistego przekonania, opartego już to na własnych spostrzeżeniach, dotyczących wogóle błonicy z ostatnich lat kilkunastu, już to na uwzględnieniu z punktu widzenia możliwie przedmiotowej krytyki dostępnej nam literatury tego przedmiotu, zarówno polskiej jak i obcej uznać musimy zalecanie wstrzykiwań ochronnych za niedostatecznie naukowo uzasadnione i w obecnym stanie rzeczy co najmniej za przedwczesne. Jakkolwiek w wymienionej dyskusji brali udział poważni pedyatrycy, o których sumiennosci i doświadczeniu nikt wątpić nie ma powodu, nie przemawia to jednakże za nieomylnością ich zbiorowej uchwały.

Według naszego zdania, trudno dziś orzec coś stanowczego o wartości ochronnej wstrzykiwań ochronnych surowicy przeciwbłonicy choćby z tego względu, że ostatnimi czasy nie było (zwłaszcza w większych miastach) żadnej groźniejszej epidemii, wobec której porównywanie wyników na leczonych wstrzykiwaniami profilaktycznymi i nie leczonych mogłoby być do pewnego stopnia miarodajne. Pomijając ten fakt, że sami zwolennicy wstrzykiwań ochronnych są tego zdania, iż uodpornienie trwa zaledwie 3—4 tygodnie, że i bakteriologiczna strona kwestyi posiada jeszcze niektóre zasadnicze punkty sporne i ostatecznie niewyjaśnione, że bądź co bądź spostrzegano nie raz uboczne objawy po iniekcjach i t. p., nie możemy nie uznać poniekąd za ryzykowne stosowania na szerszą skalę t. j. u osobników zdrowych wszelkiego rodzaju surowic zarówno jak i innych przetworów, otrzymywanych z ustroju zwierzęcego tam, gdzie nie zostaje dokonana sekcyja zwierzęcia, od którego surowicę, wyciąg narządów i t. p. się otrzymuje. Co do tej ostatniej kwestyi, zaiste, rzecz dziwna jak mało bywa uwzględniana. Wśród ogromnej ilości prac, które miałem sposobność czytać w ciągu ubiegłych 10-ciu lat, zaledwie w jednej znalazłem o niej wzmiankę, jeśli się nie mylę, u Behringa w czasie, kiedy tenże robił swoje doświadczenia jeszcze na baranach. A przecież zdaje się, że żadne tego rodzaju środki ostrożności nie mogą być zbyteczne, gdy chodzi o zredukowanie do możliwego minimum prawdopodobieństwa wprowadzenia zarazka lub toksyn do ustroju osobnika, poddającego się leczeniu. Jeśli przed kilkunastu laty w Niemczech komisya rzeczoznawców, opracowująca przepisy dla wyrobu krowianki, oświadczyła między innymi, że limfa ospowa wtedy dopiero może być oddana do użytku publicznego, gdy autopsya cielęcia (dokonana przez weterynarza), użytego do jej wyrobu, wykaże, iż zwierzę było zdrowe, to tembardziej pożądana jest rzeczą, ażeby surowica resp. inne środki, otrzymywane z ustrojów zwierzęcych, były wypróbowane nietylko ze względu na ich skuteczność, ale w granicach możliwych także ze względu na ich nie-

szkodliwość. Czy jednak fabryki i wogóle instytucje, wyrabiające wszelkie przetwory sero i organoterapii uwzględniają te dyzederaty i w jakim stopniu niewiadomo, a nawet wątpić można, gdyż podniosłoby to niezmiernie koszta produkeyi i co ipso cenę tych środków. Ten wzgląd jednakże nie może w niczem osłabić słuszności tych wymagań.

Jakkolwiek jesteśmy przekonani, że zarówno badacze, pod których okiem dokonywa się wyrób surowic, etc. jak i odnośne władze sanitarne wszędzie czuwają należyście nad sporządzaniem, przechowywaniem i przesyłką wszelkich tego rodzaju preparatów, uważamy jednak za pożądane, ażeby ogół lekarzy miał takie same przynajmniej pojęcie o sposobach, używanych w celu sprawdzania nieszkodliwości tych środków, jak o metodach sprawdzania ich skuteczności.

Jeśli jeden z wybitnych uczonych niemieckich wyraził się, że nam lekarzom trudno jest wypowiedzieć swoje zdanie o wartości szczepień ochronnych ospy (o której nikt chyba nie wątpi, kto przekonał się, iż najcięższe i śmiertelnie kończące się przypadki zdarzają się u osobników nieszczepionych), a to na tej zasadzie, że lekarze ciągną zyski z tej procedury, to i ten wzgląd mógłby nas w danej kwestyi czynić ostrożniejszymi i wszechstronniej o szczegółach informowanymi, ażeby, nie wypuszczając z rąk skalpela krytyki, nie przyczynić się do dyskredytowania nauki, gdyby nie istniał wzgląd ważniejszy, mianowicie: dobro ogółu, dobro ludzi, powierzających nam swoje zdrowie, a nieraz i życie.

Z tego powodu nie przestajemy w dalszym ciągu twierdzić, jak to zaznaczyliśmy przed kilku laty, że lekarz przystępujący w dzisiejszych warunkach do prób na ludziach z nowo zaleconą metodą leczniczą lub ochronną (a za próbę uważamy stosowanie środka o działaniu niedostatecznie naukowo i faktycznie uzasadnionym) ma obowiązek moralny wyrobić sobie w miarę możności własne niezależne przekonanie o wartości tej metody, oparte na dokładnem rozważaniu wszystkich pro i contra i nie uspokajając swego sumienia możliwością powołania się na szereg cyfr, nie zawsze krytycznie zestawionych lub na zdanie tej lub owej powagi, gdyż nietylko do powag, ale nawet do instytucyj naukowych stosuje się nieraz: *errare humanum est*.

Nie zapominam ani na chwilę, iż nie można wymagać, żeby każdy lekarz był w możności wyrobić sobie własne zdanie o wszystkich środkach (tak dziś licznych) na mocy krytycznej oceny najrozmaitszych głosów o każdym lub przekonać się osobiście o ich wartości. Pojmuję dobrze, iż musi tu pozostawać duże pole do wiary w sumiennosc i ścisłość faktów, przez innych podawanych. To też nie występuję bynajmniej przeciw stosowaniu wogóle nowych środków w praktyce lekarskiej, o ile one faktycznie przeszły przez próbny ogień krytyki. Jestem wszelako moralnie przekonany, że częstokroć więcej logiczną, mniej lekkomyślną i sumienniejszą jest rzeczą zadowolenie się w praktyce prywatnej bodaj mniejszą ilością środków, dotąd używanych, znanych każdemu lekarzowi z kliniki lub z własnego doświadczenia, niż pozbawione hamulca krytyki uganianie się

za coraz nowszymi, wśród których bez dokładnej oceny i sumiennego zbadania niepodobna dziś orzec, które mają istotną wartość, a które zawdzięczają swe rozpowszechnienie zbyt wczesnemu przedostaniu się z laboratoryjów czysto naukowych na rynek przemysłowo-handlowy. Słowem chodzi mi o to, ażeby lekarz, przystępując do wstrzykiwań profilaktycznych, dobrze rozważył następujący dylemat: czy więcej ryzykuje w konkretnym przypadku, zachowując się względem nowego i stosunkowo mało zbadanego lub mało mu znanego środka tak, jak gdyby środek ten nie istniał—czy też stosując szablonowo tę metodę, która według t. zw. statystyki ma o tyle odsetek zmniejszać cyfrę śmiertelności w pewnej chorobie lub na tyle a tyle czasu uodpornić zdrowego osobnika (choć niewiadomo jakie jest prawdopodobieństwo, iż bez stosowania tej metody osobnik ten zapadnie na tę chorobę).*

Wracając tedy do wstrzykiwań profilaktycznych, nie możemy przyznać im racji bytu z tej zasady, że te dane, na które powołują się ich zwolennicy w obecnym stanie naszych wiadomości są stanowczo niewystarczające do wytworzenia sobie nawet względnie przedmiotowego zdania o ich działaniu profilaktycznym na ludzi, jak to zresztą postaramy się wykazać w innym miejscu. Tu tylko zaznaczymy, że sam Behring, który środek swój nazywa *mein Immunsirung u Heilmittel*, stosunkowo niedawno bardzo powściągliwie wyrażał się o stosowaniu tego środka w celach zapobiegawczych, że wielu nawet zwolenników leczenia błonicy surowicą zachowuje się wyczekująco. Następnie zestawienie z literatury około 6,000 przypadków wstrzykiwań ochronnych (Dreyer) wykazało, że więcej niż w 6% wystąpiła błonica u osobników leczonych rzekomo ochronnie. Co ważniejsza, mojem zdaniem, uodpornianie osobnika na 3—4 tygodni, jest wręcz złudzeniem i w najlepszym razie autosugestyą, gdy chodzi o błonicę, której okres inkubacyjny ma trwać do 8 dni, a może trwać i 3 do 4-oh tygodni. W końcu nadmienimy, że w Towarzystwie Lekarskiem w Bazylei w r. 1897 przy obradach nad środkami profilaktycznymi, (którymi miał się zająć departament sanitarny z inicjatywy Rady Związkowej) zwalczanie błonicy za pomocą iniekcji ochronnych spotkało się z surową krytyką. W tymże roku w Towarzystwie Pedyatrycznym w Moskwie w dyskusyi nad tą sprawą przeważna większość oświadczyła się przeciw wstrzykiwaniom profilaktycznym, Filatow zaś, (jakkolwiek sam jest zdania, że w pewnych warunkach działanie ich może być zbawienne), reasumując wyniki debatów, sformułował je w ten sposób, że ze względu na brak danych na razie, nie można dać ostatecznej odpowiedzi na pytanie, jaką wartość posiadają iniekcye zapobiegawcze w błonicy. Również Jakowlew dowodził, że sprawa ta wymaga dalszych badań; nieinaczej wyrażał się też Sokołow na mocy 2-letnich badań epidemiologicznych w bezpłatnych mieszkaniach domu Bachruszina.

Nie mam zamiaru przytoczyć tu wszystkich głosów, jakie w kwestyi tej słyszeć się dały, ani wyczerpywać wszystkich argumentów na poparcie słów naszych. Chciałem głównie podzielić się z kolegami kilkoma uwagami, które mi nasunęły się przy czytaniu wzmiankowanej uchwały Tow. Pedyatów w Paryżu tembardziej, że w świecie

cie lekarskim jak i w innych sferach życia zbiorowego, przykład zagranicy jest u nas zawsze najpotężniejszym argumentem; sprawa zaś w mowie będąca jest zbyt ważna, byśmy wobec niej podlegali suggestyi tego czynnika. Jeśli dziś wobec istnej orgii bezkrytycyzmu przy stosowaniu lecniczem surowicy przeciwbłoniczej dochodzi się do jednostronności, graniczącej z nadużyciem, jeśli dziś surowicę tę wstrzykiwano i wstrzykują nieraz w przypadkach nie prawie wspólnego z błonicą nie mających, to ileż wytworzyłyby się nowych i niepożądanych warunków do zбочenia z dróg, torowanych przez rzetelną wiedzę, gdyby uchwała w rodzaju powyższej zyskała dziś sankcyę całego świata lekarskiego!

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 1 Stycznia 1902 r.

—z— Pierwszy rok XX wieku w dziedzinie nauk lekarskich zapisał się jednym faktem wybitnym: nową teorią Kocho o niezaraźliwości dla człowieka perlicy bydła. Sprawę tę poruszyliśmy w Kronice, omawiając ją wszechstronnie. Czy nowa hipoteza sprawdzi się—przesądzać nie możemy, poruszyła jednak na nowo umysły i skierowała w tym kierunku badania wielu uczonych, co dla nauki jest rzeczą nader ważną. W innych dziedzinach patologii praca szła szlakami utartymi, wybitniejszych spostrzeżeń nie było. Czytelnik *Kroniki* miał możność dotadnego śledzenia za postępem wiedzy, staraliśmy się bowiem notować fakty najciekawsze. Co się tyczy terapii, wiele pisano o atropinie w niedrożności kiszek. Badań w tym kierunku przeprowadzono wiele, do dnia dzisiejszego jednak nie możemy stwierdzić ze stanowczością zupełną, czy istotnie zyskaliśmy nowy, a skuteczny środek. Tóż samo da się rzec o johimbine w niemocy płciowej—preparacie niezmiernie drogim, a niedostatecznie wypróbowanym.

W dziedzinie piśmiennictwa naszego ruch pracował ożywiony nie tylko bowiem wyszło wiele prac w pismach lekarskich, ale wydano więcej, niż kiedykolwiekbądź, podręczników i książek, że wymienię. Biegańskiego choroby zakaźne, Sokołowskiego choroby dróg oddechowych, Heimana choroby narządu słuchowego, Biernackiego zasady poznania lekarskiego oraz księgę jubileuszową Dunina. Powstało też nowe pismo we Lwowie, poświęcone naukom teoretycznym lekarskim. W dziedzinie higieny zanotować należy prawidłowy, po usunięciu pewnych niedokładności, rozwój Towarzystwa Higienicznego, które powołało nową sekcycę gruźliczą, zapoczątkowaną przez kol. Sokołowskiego.

Skęcy ta rozprzestrzeniła walkę z gruźlicą i przez rozszerzenie tabliczek zabra: iających płucia na podłogę i inne środki zapobiegawcze, być może, zmniejszy zło szerzące się u nas. Otwarło nadto Towarzystwo ogródki dziecięce i przygotowuje się do otwarcia instytutu higieny dziecięcej.

W dziedzinie szpitalnictwa i lecznictwa ludu mamy do zanotowania fakt otwarcia nowego szpitala D-ka Jezus oraz zapowiedziane na wiosnę otwarcie szpitala żydowskiego. Organizacya pomocy lekarskiej w gub. Płockiej została przez Władze uznana za niedostateczną, uchwalono inną, bardziej odpowiadającą celowi, która ma być wprowadzona stopniowo.

Nowe Towarzystwo opieki nad umysłowo chorymi rozwija swoją działalność przez nabycie dla utworzenia przytułku odpowiedniej nieruchomości, przez co zmniejszy brak, który istotnie uczuć się daje.

Oto pokrótce dorobek roku zeszłego.

Rok ten jednak dla nauki naszej był ciężkim, ponieśliśmy bowiem stratę wielką w osobie Marcelego Nenckiego. Śmierć jego nie oczekiwana, prócz należnych zmarłemu hołdów w postaci posiedzeń, uchwały zawieszenia portretu w sali posiedzeń tutejszego towarzystwa, wywołała projekt utworzenia instytucji jego imienia, na co mają się zebrać fundusze.

Z lekarzy praktyków polaków zmarło bardzo wielu w r. b., a Poznańskie straciło wybitnego działacza w osobie Drobnika.

—z— Jak dowiadujemy się od kol. Palmirskiego, w dniu 29 listopada 1901 r., w pracowni jego zdarzył się wypadek nieznanego i nieprzewidzianego zakażenia 22 osób z 40 tego dnia szczepionych według metody Pasteura, skutkiem czego z 6-ga dzieci, (z których u 3 wystąpiła wysypka szkarlatynowa w ciężkiej postaci), 4 zmarło: jedno w 3 tygodniu choroby 3-je zaś wśród burzliwych objawów po upływie 18—48 godzin od chwili zachorowania. U reszty poszkodowanych wystąpiły przeważnie objawy miejscowe.

Kol. Palmirski natychmiast po zaszłym wypadku przerwał szczepienia, poddał badaniu rdzenie, oraz dokonał gruntownej dezynfekcji i odnowienia całej pracowni oraz internatu.

Po sprowadzeniu świeżych rdzeni z Krakowa i Petersburga, szczepienia na nowo rozpoczęte zostały w dniu 20 grudnia r. z.

Po przeprowadzeniu szczegółowych badań można będzie wyjaśnić istotę wypadku; niewątpimy też, że kol. Palmirski poda wkrótce rzecz całą do wiadomości ogółu lekarzy. Dodać należy, iż wypadek powyższy, w ogóle, zdarzył się po raz pierwszy podczas 15-letniego istnienia i działalności pracowni tej w naszym mieście.

—z— Komisya przemysłowo-lekarska we Lwowie zwraca się do wszystkich przemysłowców, wyrabiających lub mających zamiar wyrabiać przetwory lecznicze, wogóle do osób zajmujących się przemysłem lekarskim, a więc do wytwórców wyrobów leczniczych, higienicznych, odżywczych, opatrunkowych, przyrządów i przyborów lekarskich wszelkiego rodzaju, do zarządów zdrojowych i kąpielowych, aby, chcąc uzyskać polecenie znawców zawodowych, zgłaszali się do Komisji, której zadaniem będzie następnie wyroby wypróbowane otaczać opieką i popierać.

—z— D-r Leon Kryński, docent prywatny chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim, mianowany profesorem nadzwyczajnym.

(hk) Akademię nauk w Berlinie i Kopenhadze postanowiły wydawać wspólnie Corpus veterum medicorum. Nowe to wydawnictwo ma zawierać całą literaturę lekarską starożytną.

—z— Stan Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy był w końcu Grudnia, czyli po 2 latach istnienia następujący:

1. 4 ^o / _o List. Żast. m. Warszawy	7200
2. Summa hypoteczna	4000
3. Rachunek Banku Handlowego	403.05
4. Rachunek Banku Dyskontowego	600
5. Pożyczki członkom	2391.20
6. Kasa podręczna	119.06

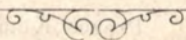
Razem 14.713.31

jeżeli zaś obliczymy listy według sumy kupna, kapitał wyniesie 14.031.76 kop.

Członków Kasa liczy stu dwudziestu kilku.

Z M A R L I.

Dr. Józef Piotrowski, w wieku lat 43, zmarł dnia 18 Grudnia r. z. w Brześciu Kujawskim.



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

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

Дозволено Цензурою. Варшава 20 Декабря 1901 г.

KOMITET ZARZĄDZAJĄCY KASĄ POMOCY
Dla osób pracujących na polu naukowym
imienia d-ra J. Mianowskiego

ma zaszczyt do powszechnej podać wiadomości, iż zmarły d. 9 Listopada 1891 r. Władysław Peplowski uczynił Kasę Pomocy spadkobierczynią swego majątku, od którego dochody przeznaczył na popieranie wydawnictwa broszur i podręczników naukowych, zawierających najlepsze i najnowsze wskazówki rozwoju rolnictwa, rzemiosł i rękodzieł w kraju naszym, wyłożone jasno, popularnie poprawnym językiem polskim, przystępnie dla ogółu rolników, rzemieślników i rękodzielników, zastosowane do potrzeb miejscowych na czasie, tudzież na pomoc dla autorów rzeczonych broszur lub podręczników i osób na tem polu pracujących. W wykonaniu zapisu tego, na którego przyjęcie Kasa pomocy właściwie zezwolenie Władzy rządowej uzyskała, Komitet zarządzający kasą oświadcza gotowość wejścia w bliższy stosunek z pp. wydawcami lub autorami dzieł, odpowiadających wyżej wyłuszczonej określeniom i warunkom, celem zapewnienia dziełom tym lub wydawnictwom poparcia, jakiego się okazało potrzebnem i możliwem. Osoby, pragnące uzyskać dla swych dzieł czy nakładów pomoc pieniężną, proszone są o zgłaszanie się osobiste do biura Komitetu Kasy Pomocy w Warszawie, przy ulicy Niecałej Nr. 7 lub o nadsyłanie pod tymże adresem żądań wyłuszczonych na piśmie.

Prezes Komitetu *W. Holewiński.*
Członek Komitetu Sekretarz *Feliks Kucharzewski.*