

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: *Prace oryginalne.* I. *Dr. E. Flatau* — Budowa rdzenia w świetle badań nowożytnych—str. 121. II. *Dr. Wł. Kopytowski* — Dwa przypadki nie-
zwykłego rozlanego cierpienia skóry (c. d.)—str. 127.

Dział sprawozdawczy: I. *Chirurgia.* 67. *K. Tantzsch*—Przyczynę do leczenia drażących ran brzucha—str. 131. 68, 69. *Finnelstein*—Przyczynę w sprawie pęknięć wątroby. *Grekow*—Z kazuistyki ran wątroby kłuto-ciętych—str. 134. 70. *Mattes*—Krwawienia następcze w istotę mózgu po urazach głowy, ich rozpoznanie i znaczenie sądowo-lekarskie—str. 135. II. *Choroby kociet i akuszerya.* 71. *Czarnecki*—Ciało obce jako przeszkoda w rozwiązaniu ciężarnej—str. 137. 72. *Geissler*. *Inversio uteri completa puerperalis*—str. 138. 73. *Olshausen*—Wybór operacyi w mięśniakach—str. 139. III. *Choroby skóry i weneryczne.* 74. *Leven*—Kiedy można uważać rzeżączkę za wyleczoną?—str. 142. 75. *Scholz*—Uwagi z powodu pracy powyższej—str. 144. 76. *Weisz*—Przyczynę do leczenia niemocy płciowej—str. 144. 77. *Pospielow*—Przymiot u wnuczki—str. 146. 78. *Müller*—Dalszy ciąg spostrzeżeń nad zatorem płuc przy zastrzykiwaniu nierozpuszczalnych preparat. rtąc.—str. 147. 79. *Oppenheim* O wydzielaniu się rtęci w ślinie—str. 149. 80. *Róna*—Wilk różycowy u sióstr rodzonych—str. 151. IV. 81—84. *Wiadomości terapeutyczne*—str. 152. V. *Korespondencja z Łodzi*—str. 154. VI. *Kronika bieżąca*—str. 155. *Ogłoszenia.*

Sommaire du Nr. 4. *Dr. F. Flatau.* Sur la structure de la moelle.—p. 121.—
Dr. Wł. Kopytowski Deux cas d'une maladie répandue de la peau—p. 127.

I. BUDOWA RDZENIA

w świetle badań nowożytnych.

Podał

Edward Flatau.

Niedawno minęły te czasy, w których wiadomości nasze o budowie rdzenia polegały głównie na dokładnie określonym przez *Vesal'a* i *Burdach'a* podziale tegoż na istotę białą i szarą. Dopiero dzięki badaniom *Türck'a*, *Flechsig'a*, *Schiefferdecker'a*, *Singer'a*, *Münzer'a* i wielu innych, zdołano wykryć w tym początkowo

pierwotnym planie coraz to delikatniejszą architektonikę. Stwierdzono mianowicie w istocie białej rozmaite, ostro zaznaczone „drogi“, czyli „łory“ anatomiczne. W drogach tych zbadano dokładnie przebieg włókien, z których owe drogi się składają i wykryto czynności im właściwe.

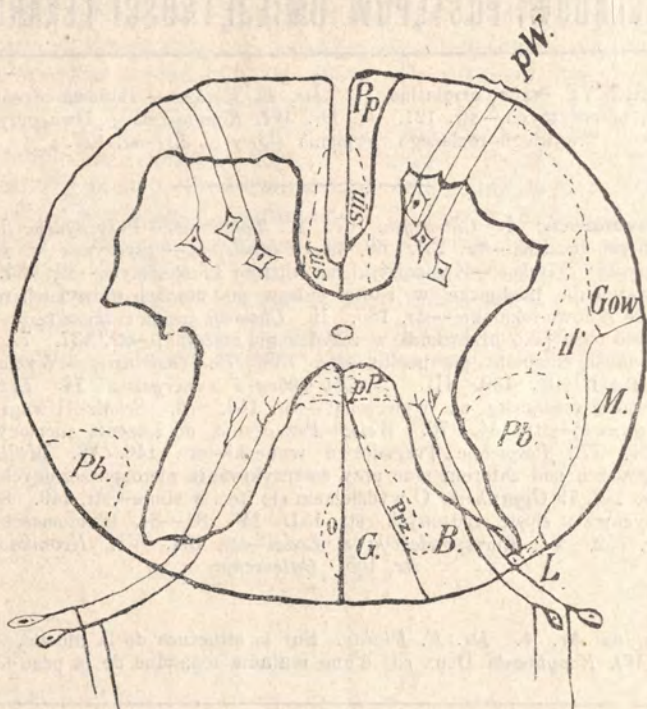


Fig. 1.

Lewa strona — rdzeń lędźwiowy.

Prawa strona — rdzeń szyjowy.

Pp. — droga piramidalna przednia.**M.** — droga mózdkowa;**sm.** — fasciculus sulco marginalis (Marie'go) czyli fasciculus marginalis anterior (Löwenthal'a);**B.** — pęczek Burdach'a;**Gow.** — pęczek przednio-boczny Gowers'a;**G.** — pęczek Goll'a;**il.** — fasciculus intermedio-lateralis (Löwenthal'a);**Prz.** — pęczek przecinkowy Schulze'go;**Pb.** — droga piramidalna boczna.**o.** — pole owalne Flechsig'a;**pP.** — pole przednie słupa tylnego;**L.** — pas Lissauer'a;**pW.** — pas Waldeyer'a.

Badania podstawowe Flechsig'a wykazały z dokładnością naukową, iż w słupach rdzenia ludzkiego biegną dwie długie drogi wstępujące (droga mózdkowa w słupach bocznych, pęczki Goll'a) i dwie

długie drogi zstępujące (droga piramidalna przednia i droga piramidalna boczna). Do tych dróg długich, t. j. biegnących wzdłuż całego rdzenia lub znacznej jego przestrzeni, zaliczyć należy wykryte przez innych badaczy tory, mianowicie jedną długą drogę wstępującą (pęczek przednio-boczny Gowers'a czyli przednio-zewnętrzny pęczek słupów bocznych Bechterew'a i następujące długie drogi zstępujące:

1. Fasciculus intermedio-lateralis Löwenthal'a (w słupie bocznym);
2. Fasciculus marginalis anterior Löwenthal'a, czyli fasciculus sulco-marginalis Marie'go (wzdłuż sulcus longitudinalis anterior);
3. Pęczek przecinkowy Schultze'go (pomiędzy pęczkami Burdach'a i Goll'a w górnych odcinkach rdzenia);
4. Pęczek Hoche'go (na obwodzie słupów tylnych, nieopodal przegrody podłużnej tylnej w części środkowej i dolnej rdzenia);
5. Pole owalne Flechsig'a (po obu stronach przegrody podłużnej tylnej w rdzeniu lędźwiowym);
6. Pęczek trójkątny Gombault'a i Philippe'a (w części tylnej przegrody podłużnej tylnej w rdzeniu krzyżowym).

Pęczki te zostały wykryte dzięki, nowożytniej znacznie ulepszonej technice barwienia tkanki nerwowej. Niepoślednią rolę odegrała tutaj metoda Weigert'a, a zwłaszcza w badaniach z dziedziny anatomii rozwojowej. Inne wiadomości, więcej subtelne, zawdzięczać należy uczonym włoskim, a mianowicie Golgi'emu i Marchi'emu (właściwie Marchi'emu i Algeri'emu). Zwłaszcza metoda barwienia Marchi'ego (sole chromowe z kwasem osmowym) znakomicie się przyczyniła do wykrycia zawitych i trudnych do prześledzenia dróg anatomicznych.

Na rysunku (Fig. 1) przedstawiliśmy w sposób szematyczny powyżej naszkicowane drogi i pęczki anatomiczne. Jest rzeczą zrozumiałą, że szemat ten zawierający wszystkie te drogi rozpatrywać należy jako zbiór przekrojów z rozmaitych wysokości rdzenia, połączonych sztucznie (dla lepszego orjentowania się) w jeden szematyczny przekrój ogólny.

Rysunki następne (Fig. 2—5) wykazują natomiast drogi anatomiczne długie, zstępujące i wstępujące na rozmaitych wysokościach rdzenia.

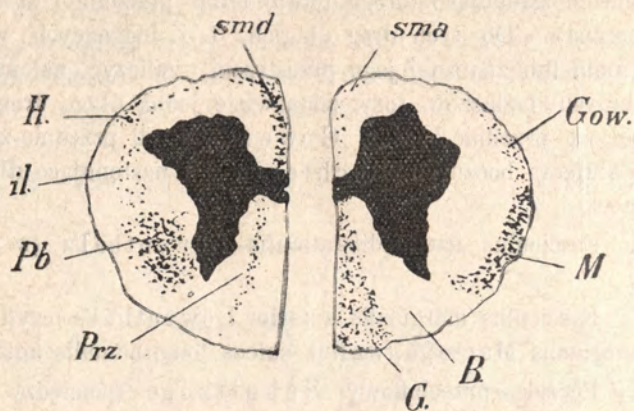


Fig. 2.

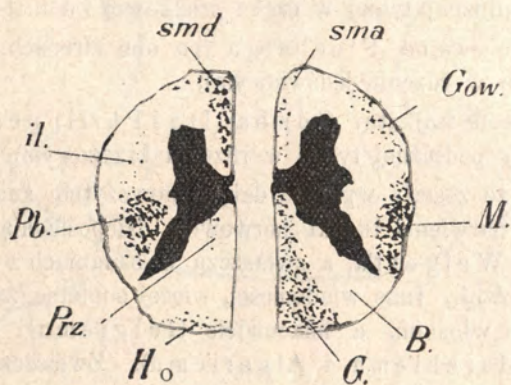


Fig. 3.

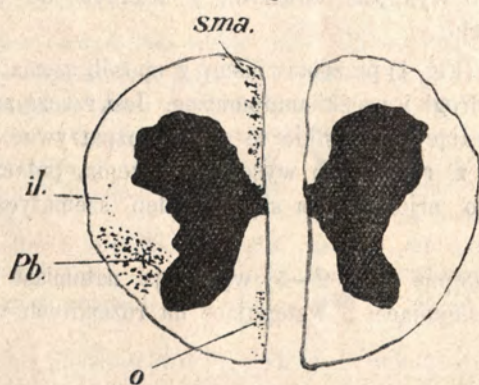


Fig. 4.

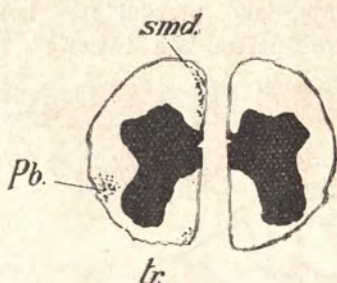


Fig. 5.

Fig. 2 — 5.

Drógi anatomiczne długie, zstępujące i wstępujące na rozmaitych wysokościach rdzenia (Fig. 2 — rdzeń szyjowy; Fig. 3 — rdzeń grzbietowy; Fig. 4 — rdzeń lędźwiowy; Fig. 5. — rdzeń krzyżowy.

sma. — fasciculus sulco-marginalis ascendens;

smd. — fasciculus sulco-marginalis descendens;

H. — pęczek Holweg'a;

il. — fasciculus intermedio-lateralis (Löwenthal'a);

Pb. — droga piramidalna boczna;

Prz. — pęczek przecinkowy Schultze'go;

G. — pęczek Goll'a;

B. — pęczek Burdach'a;

M. — droga mózdkowa;

Gow. — pęczek przednio-boczny Gowers'a;

Ho. — pęczek Hoche'go;

o. — pole owalne Flechsig'a;

tr. — pęczek trójkątny Gombault'a i Philippe'a.

Obok tych rysunków umieszczamy następny rysunek szósty (Fig. 6), na którym podajemy nazwy rozmaitych „pasów obwodowych“, leżących na obwodzie wszystkich słupów rdzenia. Jest to potrzebne dla lepszego zrozumienia t. zw. zwyrodnień wtórnych i tych praw, które w nich wykryto (p. niżej).

Możemy mianowicie odróżniać na przekroju rdzenia następujące „pasy obwodowe“:

W **stłupie przednim** odróżniamy: 1. *środkowy pas obwodowy słupa przedniego* (wzdłuż *fissura longitudinalis*), i 2. *przedni pas obwodowy słupa przedniego* (przedni obwód słupa przedniego, począwszy od kąta przednio-środkowego aż do miejsca, w którym najbliższe korzenie przednie wychodzą z rdzenia, a więc do t. zw. przedniego pasa korzeniowego Waldeyer'a).

W **stłupie bocznym** odróżniamy *pas obwodowy słupa bocznego* z częścią *przednią* (w okolicy pęczka Gowers'a) i *tylną* (w okolicy drogi mózdkowej). Waldeyer oznaczył miejsce, w którym korzenie

przednie rdzeń opuszczają, jako przedni pas korzeniowy. Pas ten nazywać będziemy krótko „pasem Waldeyer'a“.

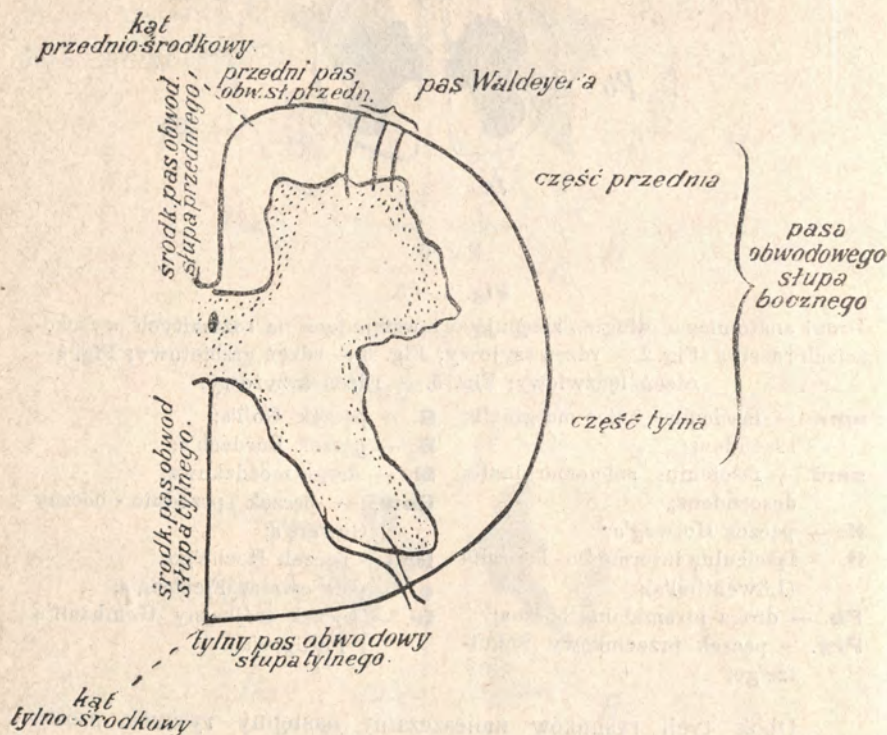
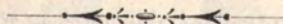


Fig. 6.

W słupie tylnym odróżnić możemy: 1. tylny pas obwodowy słupa tylnego (począwszy od *sulcus lateralis posterior* aż do kąta tylno-środkowego) i 2. środkowy pas obwodowy słupa tylnego (wzdłuż *septum longitudinale posterius*).

D. c. n.



II. DWA PRZYPADKI niezwykłego rozlanego cierpienia skóry,

polegające na rozwoju znacznej ilości narośli, przeważnie epidermoidalnych

PODAŁ

Dr. Ropytowski.

Ordynator szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

(Z pracowni anatomo-patologicznej Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, zostającej pod kierownictwem prof. Przewoskiego).

(*Ciąg dalszy*).

PRZYPADEK II.

B. G. lat 19, fernal. Zapisał się do szpitala Ś-go Łazarza 19, VI 1900 r.

Chory wzrostu umiarkowanego, budowy prawidłowej, średnio odżywiany. Skóra całego ciała, nie wyłączając skóry twarzy, pokryta grubą warstwą suchych łusek. Łuski te w niektórych miejscach, jak na twarzy w okolicach *ossa zygomatica*, na końcu nosa i na tyłach palców rąk i nóg, tworzą masę na parę milimetrów grubości. Na kończynach warstwa łusek jest grubszą na stronach wyprostnych, niż po stronie zgięć; najmocniej są łuski rozwinięte na skórze kolan i łokci; dużo bardzo też łusek spotykamy na bocznych ścianach tułowia.

Łuski są koloru żółtawo-szarego, miejscami z zielonawym odzieniem; są suche i tworzą jak by pancerz na całym ciele chorego. Przeprowadzając dłonią po skórze chorego, otrzymujemy wrażenie, jakbyśmy dotykali się ręką zużytej tarki. Łuski przylegają do skóry bardzo mocno, odgraniczając się od siebie małymi rowkami. Łuski nieforemne, przeważnie wielokątne, dość małej wielkości. Na całym ciele skóra pod łuskami zaczerwieniona, sucha nie krwawi.

Skóra podeszew mocno zgrubiła, pokryta cienką warstwą płaskich łusek, sucha, czerwona. Skóra dłoni nieznacznie zgrubiła bez łusek. Paznokcie mocno zgrubiłe, zagięte, buro czarnego koloru.

Błony śluzowe, układ nerwowy i narządy wewnętrzne zmian nie przedstawiają. Gruczoły limfatyczne, szczególnie w pachwinach powiększone, bezbolesne.

Choroba trwa trzy miesiące. Zaczęło się od swędzenia skóry, które trwa dotychczas; chory wcale się nie leczył.

Chory słabo umysłowo rozwinięty; o rodzinie swej szczegółów nie może dostarczyć, utrzymuje, że sam nigdy nie chorował i że zawsze przedtem miał skórę zdrową. Jak się choroba zaczęła, gdzie pokazały się pierwsze wykwity, objaśnić nie był w stanie.

Chory przebył w szpitalu trzy tygodnie. Leczony był ciepłymi kąpielami, smarowaniami tranem i obojętnymi maściami, wreszcie dziegieciem. Skóra łuszczyła się bardzo silnie—rano, po nocy, w łóżku chorego zawsze można było znaleźć parę garści łusek. Leczenie dość łatwo usunęło łuski; jeżeli zaprzestano jednak leczenia przez dwa, trzy dni, skóra na nowo pokrywała się grubą warstwą łusek. Chory po trzech tygodniach, bez widocznej poprawy, wypisał się ze szpitala.

Choremu pod kokainą z boku tułowia wyciąłem paseczek skóry, pokryty grubą warstwą łusek. Paseczek ten podzielony został na trzy części: jedna część utrwaloną została w alkoholu, druga w płynie Müllera, trzecia w 10% roztworze kwasu trychlorooctowego w wodzie. Preparaty zatopione zostały w parafinie. Skrawki przygotowane były na mikrotomie Schantze'go przeważnie na $\frac{1}{100}$ i $\frac{1}{50}$ mm. i nalepione obok skrawków, pochodzących z pierwszego przypadku. Skrawki barwione były różnymi metodami, używanymi obecnie w dermatologii.

Pod małym powiększeniem widać całe warstwy łusek pod postacią poroszczepianych pasem. Łuski leżą przeważnie pooddzielane od skóry. Podobnie jak w pierwszym przypadku widać niezwykle rozrastanie się tkanki nabłonkowej pod postacią wyrostków, leżących zazwyczaj w miejscach nad brodawkami. Wyrostki nigdy nie zawierają pętlic naczyń, jak w pierwszym przypadku, wznoszą się wysoko nad powierzchnię skóry. Ilość takich wyrostków bywa bardzo znaczną; na każdym skrawku (skrawki od 5—8 milimetrów) widać od 8—16 takich tworów. Wyrostki te mają bardziej jednolitą postać i występują pod postacią tępych cienkich tworów u góry zwykle szerszych, niż przy podstawie. Często bardzo dwa takie wyrostki stykają się ze sobą swymi powierzchniami bocznymi. Rozrosty warstwy nabłonkowej w skórę właściwą bardzo liczne, jednakże słabiej wyrażone, niż w pierwszym przypadku.

Przy dużych powiększeniach widzimy, że warstwa rogowa jest mocno zgrubiała; na skrawkach pochodzących z płynu Müllera, wskutek długiej maceracyi, prawie jej brak zupełny. Warstwa ta podobnie jak i w pierwszym przypadku przedstawia się pod postacią poroszczepianych blaszek. Zawartość jednak jąder komórek w tkance rogowej w tym przypadku jest daleko znaczniejszą. Jądra te występują bądź to pod postacią płaskich owali, bądź to pod postacią podług-

watych pałeczek, barwią się zwykle mocno jądrowymi barwnikami, w wielu jednak miejscach przyjmują barwy kwaśne t. j. takie jakie przyjmuje zrogowaciały naskórek, lecz w silniejszym stopniu. Naprz. przy barwieniu hematoksyliną i cozyną na kolor mocno różowy. W niektórych miejscach, oddzielnie leżące, komórki rogowe były ułożone na płask—zamoczyć w nich wtedy można było blade, pęcherzykowane bez chromatyny jądra.

W warstwie rogowej bardzo często występowały ogniska znacznej wielkości wypełnione leukocytami. Komórki rogowe, ograniczające te ogniska były nie zupełnie zrogowaciałe, t. j. zawierały dużo jąder.

Warstwa przezroczysta Oehl'a na preparatach utrwalanych w alkoholu jasno się zarysowywała.

Warstwa ziarnista występowała bardzo wyraźnie na preparatach utrwalanych w 10% roztworze kwasu trychlorooctowego. Na preparatach z alkoholu występowała słabo, wreszcie na preparatach, pochodzących z płynu Müller'a zupełnie nie była widoczną. Ponieważ warstwa ta występowała w 3, 4 a niekiedy i w pięciu rzędach komórek (preparaty z kwasu trychlorooctowego), uważać ją można za znacznie zgrubiałą. Komórki w tej warstwie były mniejsze, jak zazwyczaj bywają w tem miejscu, były więcej spłaszczone i zawierały dużą ilość keratohyaliny. Preparaty utrwalane w alkoholu zawierały w tym przypadku więcej keratohyaliny, niż w przypadku pierwszym.

Warstwa komórek kolezastych mocno się rozrastała. Wspomniałem już o niezwykłych rozrostach tej warstwy pod postacią brodawek. Forma ich była koniczna, często bardzo wierzchołek znacznie szerszy niż podstawa — postać buławy. Od wierzchołka i z boków takiego tworzu zwieszały się płaskie komórki warstwy rogowej pod postacią falistych poroszczepianych pasem; pasma rogowe zawierały zwykle pałeczkowate jądra w wielkiej ilości. Sam twór składał się z powiększonych komórek warstwy kolezastej przeważnie wrzecionowatej formy. Nie wszystkie komórki, tworzące takie wyrostki zawierały jądra; te, które je zawierały, miały jądra bądź to płasko-jajowate, bądź to w formie płaskich pałeczek. Jądra leżały zwykle z boku komórek. Granice komórek słabo się zarysowywały; przestrzenie między komórkami były zanikłe. Mostków międzykomórkowych nigdzie nie można było odnaleźć. Zaródź w tych komórkach przedstawiała się pod postacią bądź to szklistawej, bądź to drobnoziarnistej masy, barwiła się dobrze kwaśnymi barwnikami; rzadko spotykałem komórki, w których zaródź miała budowę siatkowatą. Niekiedy zauważyć można było na wierzchołku takiego wyrostka roz-

szczepianie się komórek; wolne przestrzenie między nimi wypełniała w rozmaitym stopniu drobnoziarnista masa wysięku. Komórki stanowiące boczne ściany takiego wyrostka były płaskie, zlewały się ze sobą całkowicie i zazwyczaj zawierały pałeczkowate jądra.

W wyrostkach tych w środku nigdy nie można było zauważyć naczyń, jak w pierwszym przypadku, t. j. zawsze utworzone były całe z komórek nabłonkowych.

Na podstawie wyrostka z jego boków sąsiednie części strati mucosi zawierały w wielkiej ilości komórki z keratohyaliną; niekiedy i pod takim tworem występowały komórki z keratohyaliną, nieprawidłowo rozłożone.

Warstwa komórek kolezastych rozwinięta bardzo mocno.

Komórki stanowiące tę warstwę są przeważnie wielokątne, okrągławe, mają duże owalne jądra, i jakby mniejszą ilość protoplazmy niż normalnie, wskutek czego komórka zdaje się być mniejszą, niż zazwyczaj bywa w tych miejscach. Międzykomórkowe przestrzenie mocno rozszerzone.

Warstwa komórek kolezastych nad brodawkami wszędzie zgrubiała. W miejscach, gdzie nie ma wyżej opisanych wyrostków nad brodawkami, naliczyć ich zawsze można od 6—12 rzędów.

W górnych warstwach strati spinosi zauważyć można niekiedy małe jamki ograniczone jakby obrzękami, powiększonymi komórkami warstwy śluzowej i napelnione słabo barwiącą się drobnoziarnistą masą. Daleko częściej w tychże miejscach na całych seryach skrawków widać obszerne nacieczenia leukocytami; pod owymi naciekami w warstwie śluzowej są widoczne oddzielne leukocyty, przenikające z brodawek w wyżej opisane ogniska.

Dolne warstwy strati spinosi składają się ze znacznej liczby małych wielokątnych komórek, zawierających duże jądra i mało zarodzi. Warstw takich można naliczyć od 6—10. Często bardzo całe międzybrodawkowe rozrosty strati spinosi składają się z takich komórek. Rozrosty te są zwykle krótsze, lecz szersze, niż w pierwszym przypadku.

Między komórkami dolnych warstw strati cylindrici zauważyć można niekiedy małe wrzecionowate komórki, bardzo wąskie, jakby wychodzące z warstwy brodawek w warstwę nabłonkową. Komórki te są małe — długość ich nieznacznie przenosi długość komórek wałeczkowatych, szerokość prawie o połowę mniejsza. Komórki te mocno się barwią, zawierają duże jądra i mało zarodzi.

Niekiedy w głębokich warstwach strati cylindrici występują komórki barwnikowe.

Mitoz nigdzie nie mogłem odnaleźć.

Warstwa brodawek mocno rozwinięta. Naczynia w nich mocno rozszerzone, śródbłonek ich napęczniały; w wielu brodawkach można zauważyć przebieg naczyń na znacznej przestrzeni; naczynia zwykle wypełnione krwią.

Stałe komórki tkanki łącznej powiększone to jajowatej to wrzecionowatej postaci, występują w znacznej ilości.

Brodawki nacieczone dużymi jednojądrowymi leukocytami, nacieki jednak występują nie u wierzchołków brodawek, jak w pierwszym przypadku, a przeważnie u ich podstawy. Brodawki zawierają dużo komórek barwnikowych. Włókna elastyczne mocno rozwinięte w brodawkach.

Górne warstwy skóry właściwej szczególnie u podstawy brodawek mocno naciekle przez leukocyty. Naczynia skóry rozszerzone; słabe nacieki na ich przebiegu w skórze.

Głębokie warstwy skóry mało zmienione. Ilość stałych komórek tkanki łącznej powiększona. Gdziekolwiek pojedyncze leukocyty. Warstwa włókien elastycznych silnie rozwinięta; oddzielne włókna wydają się znacznie zgrubiałemi.

Gruczoły potowe mają rozszerzone kłębki; wysłane są dwoma, trzema warstwami nabłonka wałeczkowatego.

Włosy i ich cebulki bez zmian widocznych; ujście włosa ze skóry posiada zmiany jak i w pierwszym przypadku. Mięśnie skóry mocno rozwinięte. Gruczołów łojowych i nerwów nie mogłem odnaleźć.

D. c. n.

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

67. K. Tantzsch (z Rygi). **Przyczynek do leczenia drążących ran brzucha.** (Sammlung klin. Vorträge. Nr. 319. 1901).

Konieczność dokonywania operacji w przypadkach drążących ran brzucha uznają już dziś szerokie koła lekarskie, choć nie brak jeszcze zwolenników metody wyczekująco-zachowawczej, którzy nie dają się przekonać coraz obfitszą w wyniki pomyślne kazuistyką. Jeżeli jednak ostatni, z Reclus'em na czele, liczą się z faktami dziwnie mało, to,

zdaniem autora, takież brak krytycyzmu możnaby zarzucić bezwzględny zwolennikom noża w każdym przypadku drążącej rany brzucha. Należy pamiętać, że wieńczone pomyslnym skutkiem zabiegi chirurgiczne ogłasza się zazwyczaj nader skwapliwie, czego nie wolno powiedzieć o lekarzach, co otrzymali wyniki dobre po metodzie konserwatywnej, a spostrzeżenia z kampanii anglo-boerskiej winny dać wiele do myślenia zanadto energicznym chirurgom. Szereg prac lekarskich z zakresu wojny tej poucza, że powstrzymywanie się od operacji nie uszczupliło tam wcale poważnej odsetki wyzdrowień (50—60%) i to u osobników, u których stwierdzono uszkodzenie jelit niewątpliwe, przeciwnie znowu, większość znaczna operowanych rannych zmarła.

Wytknięcie właściwej drogi leczniczej w przypadkach takich jest przedmiotem pracy dr. T., który opiera się na znacznej liczbie obserwacji, przeprowadzonych w szpitalu ryskim w ciągu lat dziesięciu (1890—1900 r.). Uwzględniono tu takie spostrzeżenia tylko, w których o istnieniu perforacji przekonano się na pewno i tych przytoczono 67.

Badania swe przeprowadzał dr. T. w trzech kierunkach, zajmując się przede wszystkim wyświetleniem 1) *Stosunku leczenia wyczekującego do metody operacyjnej*, zastosowanego u 24 osobników; z tych wyzdrowiało 15, umarło 9. Należy jednak pamiętać, że w 12 z tych szczęśliwie zakończonych przypadków nie było wkląjącego sprawę uszkodzenia wewnętrznych narządów brzusznych. Pozostaje, mimo to, fakt niezbity, że i przedziurawienia jelit dają się niekiedy wygoić samoistnie, co od przeróżnych zależeć może warunków. Kiszki rannych osobników są często puste, pociski z broni nowoczesnej robią otwór mały, więc łatwo gojący się, przypuszczać trzeba, wreszcie, że w owych 3-ch zagojonych samoistnie przypadkach światło jelita pozostało nietkniętem, a kula, ześlizgnąwszy się po kiszce, uszkodziła jej ścianę powierzchownie. *W niepowikłanych zatem przypadkach ran brzucha postępowanie zachowawcze daje wyniki bardzo dobre bez kwestyi.*

Statystykę spostrzeżeń operowanych (43) autor dzieli na dwie kategorie; do pierwszej zalicza osobników z ranami kiszek i żołądka, druga obejmuje uszkodzenia innych jamy brzusznej narządów. Grupa ta zawiera 24 przypadki, w tej liczbie—6 niepomyślnych. Z pozostałych—w 16 zranionem było jelito; przeważnie miano tu do czynienia z raną kłutą, zadaną w kilku naraz odcinkach jelit. Niekiedy znajdowano kishkę przeciętą w poprzek, nadto pętle wypadające zawałane były mocno, a kał przedostawał się do otrzewny obficie, 11 operowanych zmarło, co, zresztą, jest arcynaturalnem, uwzględniając warunki, wśród których wykonywano zabieg. Zejście niepomyślne następowało zwykle w kilka lub kilkanaście godzin po operacji. *Lubo więc rokowanie wobec ran kiszek jest, w ogóle, niepomyślnem, metoda operacyjna w tych przypadkach uznana być winna za skuteczniejszą od wyczekującej, jako bezsilnej zupełnie wobec powikłań cięższych.*

W dalszym ciągu autor zastanawia się nad II) *rokowaniem i leczeniem różnych rodzajów uszkodzeń odpowiednio do ich powstawania*. Rozróżnia się tu a) rany zadane nożem, b) rany postrzałowe i c) za-

leżne od urazów innych. Pierwsze zdarzały się najczęściej (46) i dotyczyły zwykle przedniej ściany brzucha, na wysokości pępka lub nieco niżej: u 27 poszkodowanych znaleziono rany brzucha niepowikłane, to też 10 z nich leczono zachowawczo. Resztę (17) operowano z wynikiem złym w 3-ch przypadkach, niezależnym jednak od rękoczynu (obłęd opilecy, zapalenie płuc). Co do pozostałych 19, powikłanych uszkodzeniem narządów, spostrzeżeń, najczęściej, gdyż 10 razy znajdowano rany jelita, a 7 z poszwankowanych tego rodzaju zmarło po rękoczynie. Zauważono przytem, że ilość ran w kiszce wywiera na wynik wpływ mniej ujemny, niż zakażenie kałem lub krwotok wewnętrzny. W 4-ch przypadkach zraniony był żołądek, pomimo to, dwaj leczeni wyczekująco wyzdrowieli, a z dwójga operowanych zmarł jeden. W przypadkach, gdzie ma się do czynienia z samem tylko wypadnięciem sieci lub jelita, bez uszkodzeń dalszych, ranę brzuszną, po odcięciu lub odwaleniu żęgałdem kawałka uwięźniętej sieci, zaszywa się doszczętnie.

Poszwankowanych od kuli było 15, z powikłaniami w 12 przypadkach; u 2-ch rannych istniało wszelakie tychże prawdopodobieństwo. Ci dwaj wyzdrowieli bez operacji. Leczenie wyczekujące stosowano w spostrzeżeniach 10, lecz w 6-ju wynik był niepomysłny; pozostałe, w których operowano, zakończyły się szczęśliwie, z wyjątkiem jednego. *Korzyść zatem, wynikająca tu z zabiegu chirurgicznego jest widoczna, należy tylko przystępować doń możliwie wcześniej po wypadku, nadto, w razach wątpliwych—zwracać się do pomocy roentgenizacji celem wykrycia umiejscowienia kuli i wyboru stosownego cięcia.* Ostatnia, wreszcie, kategoria przypadków, w liczbie 6, poucza, że rany, zadane bagnetem lub szablą, dają rokowanie złe.

Przechodząc do III) *rokowania i leczenia narządów poszczególnych*, autor pomija rany wątroby, śledziony i t. d., nie nadające się, z uwagi na szczerpłą ilość obserwacyi, do stawiania wniosków. Uwzględniono tu wyłącznie rany żołądka i kiszek. Do kategorii pierwszej zaliczyć należy osobników 5-ciu; czterech z nich leczono konserwatywnie, przyczem dwaj pacjenci umarli. Dokonane raz jeden zeszywanie żołądka zakończyło się pomyślnie. Jeżeli zatem, nie bez słuszności, utrzymywać można, że *rany te dają się wygoić samoistnie*, to racjonalnym będzie również pogląd, że w razie uszkodzenia samego tylko żołądka, *operacja polepszyć może tylko wyniki.* Znacznie gorzej brzmia dane co do ran kiszek: przeważnie zamykano je szwem; w dwóch przypadkach dokonywano rezekcyi i zakładano guzik Murphy'ego. Raz jeden znaleziono liczne otwory w okrężnicy wstępującej, w jednym, wreszcie, przypadku samobójca rozpruł sobie brzuch i odcinał stopniowo jelito na długości 200 ctm.

Wychodząc z zasady, że rany brzucha niepowikłane najlepiej będzie leczyć zachowawczo, te zaś, które uległy komplikacyom—operacyjnie, przychodzimy łatwo do wniosku, że jądro sprawy tkwi w określeniu, czy w danym razie ma się do czynienia z powikłaniem, czy też nie. Lecz każdy, kto obznajmionym jest choć nieco z obrazem klinicznym rany drażącej brzucha, wie dobrze, jak ciężko bywa dać odpowiedź pewną na tak postawione pytanie. Stan poszkodowa-

nych ogólny nie może tu być brany w rachubę, a istotę rzeczy określamy stanowo w tych tylko, dość rzadkich, zresztą, wypadkach, gdzie widzi się wysunięcie na zewnątrz zranionej kiszki lub wydzielanie się kału i gazów z rany. I takie objawy nawet, jak obecność małego, a przyspieszonego tętna, sinica, twardego brzuch, jak deska i t. p. nie wyprowadzą nas ze sfery domysłów i przypuszczeń. Z uwagi jednak na szkodę oczywistą, wynikającą z braku decyzji, ze względu na stwierdzoną tylekroć razy nieszkodliwość dokonanej aseptycznie laparotomii, należy podejmować ostatnią w każdym przypadku, w którym nie jest wykluczoną na pewno możliwość komplikacji. Lepszym to jest w każdym razie, niż zdanie chorego na łaskę i niełaskę losów.

Na zakończenie znajdujemy w pracy treściwy opis 67 przypadków oraz bogatą już, dotyczącą sprawy omawianej, literaturę.

K. Niedzielski.

68, 69. B. Finnelstein. **Przyczynek w sprawie pęknięć wątroby.** I. Grekow. **Z kazuistyki ran wątroby kłuto-ciętych.** (Wręcz. № 44. 1901).

Część kazuistyczna zawiera 8 przypadków rozerwań częściowych wątroby z zejściem niepomyślnem u 2-ch osobników. W 3-ch przypadkach leczono rany od noża (wygoiły się wszystkie), w pozostałych 5-ciu działał uraz tępy i w tych przypadkach stwierdzano zwykle rany głębokie.

Względnie do uszkodzeń innych trzewiów pęknięcia wątroby zdarzają się często, na co składa się pokaźny wymiar narządu, anatomiczne jego położenie, ruchomość nader niewielka oraz własność budowy, t. j. brak w tkance włókien sprężystych. Nie pozostają bez wpływu i warunki takie, jak przepełnienie narządu krwią, zwłaszcza w okresie trawienia, rak i gruźlica.

Odpowiednio do natężenia urazu, postaci rozerwań mogą być różne, od ledwie dostrzegalnych uszkodzeń w torebce, aż do całkowitego zmiażdżenia zrazu; niekiedy torebka jest cała, a pęka miąższ tylko—powstaje wówczas t. zw. *apoplexia hepatis*, przyczem ogniska pęknięć mogą się z czasem przeistoczyć w torbiele lub ropnie. Przypadek, wreszcie, wikła się często złamaniem żeber lub rozerwaniem narządów innych.

Konieczność podjęcia operacji bezzwłocznie zaważoną jest zwykle przez krwotok, który powstawać może i wtórnie, we 2 lub 3 tygodnie po wypadku. Zauważono, że pęknięcia na powierzchni dolnej krwawią mocniej. Poszkodowanemu grozi nadto inne jeszcze niebezpieczeństwo, t. j. infekcja, która do rany przedostaje się z jelit, z krwią żyły wrotnej lub też drogami żółciowymi. Za niepożądane również następstwo uważać trzeba utratę żółci i wysysanie się jej do krwi, co szybko prowadzi do charłactwa.

Z objawów, ułatwiających rozpoznanie, bierze się, prócz wstrząsu, pod uwagę bolesność w podżebrzu, zakłębienie brzucha, którego

mięśnie napięte kurczą się wyraźnie na podrażnienie najslabsze, dalej, dotkliwe bóle prawego ramienia. Zmian w opukiwaniu w ciągu pierwszych godzin po wypadku można nie znaleźć wcale; gdy jednak, z postępem czasu, pętle kiszkowe ulegną wzdęciu, tępość wątroby zmniejsza się lub niknie prawie zupełnie. Stwierdza się wówczas obraz wyraźny rozlanego zapalenia otrzewny z przytłumieniem odgłosu wy pukowego w podbrzuszu prawem; rozerwanie współczesne trzewiów innych utrudnia dyagnozę bardzo.

Na razie, gdy nie ma danych, któreby przemawiały za bezzwłocznem dokonaniem operacyi — łód na brzuch i zalecenie spokoju będą postępowaniem najwłaściwszem; jeżeli wątpliwości co do istnienia krwotoku wewnętrznego nie rozpraszają się szybko, wskazaną jest laparotomia próbna; wszelkie środki zmierzające ku podźwignięciu akcyi serca (wlewania soli kuchennej, excitantia) stosowanemi być winny po odzyskaniu i usunięciu źródła krwawienia, gdyż w razie przeciwnym, ostatnie wzmocze się tylko.

Z metod, nadających się ku opanowaniu krwotoku, uwzględnic należy szew i tamponowanie. Pierwszy, prócz hemostazy, powstrzymuje nie obojętną, bynajmniej, dla ustroju utratę żółci; nadaje się jednak tylko wobec ran małych, o brzegach gładkich, t. j. w przypadkach ran kłutych zrazu lewego lub wolnego brzegu narządu, dalej — w razie istnienia uszkodzeń niegłębokich przedniej i dolnej części prawego zrazu, słowem, tam, gdzie mamy ranę łatwo dostępną i gdzie ją można ucisnąć palcami lub też przytłoczyć do warstw głębszych podczas nakładania szwu. W ogromnej jednak większości przypadków, w obec niedłającego się powstrzymać, zastraszającego krwotoku, jedynym zabiegiem skutecznym musi być tylko wytamponowanie rany, a już zeszywanie mięszu pomiażdżonego byłoby rzeczą całkiem bezcelową. Założenie, wreszcie, tamponów skraca znacznie samą operacyę i zabezpiecza skuteczniej, niż szew, od zakażenia wtórnego.

K. Niedzielski.

70. V. Mattes. **Krwawienia następcze w istotę mózgu po urazach głowy, ich rozpoznanie i znaczenie sądowo-lekarskie.** (Spätblutungen ins Hirn nach Kopfverletzungen, ihre Diagnose und gerichtliche Beurtheilung). Sammlung klinischer Vorträge von R. Volkmann № 322.

W ostatnich czasach zwrócono uwagę na to, że urazy głowy bywają niekiedy przyczyną groźnych dla życia krwawień w istotę mózgu, krwawień, które wystąpić mogą nawet po dłuższym przeciągu czasu od chwili urazu. Obrażenie w takich przypadkach bywa zadane najczęściej narzędziem tępem, albo nawet kułakiem, w innych znów razach mamy do czynienia z uderzeniem głową o jaki twardy przedmiot; uszkodzenie czaszki może być nieznaczne, lub też zgoła nie istnieć.

Następstwem takich obrażeń bywa zwykle częściowe zniszczenie tkanki mózgowej pod postacią drobnych ognisk zmiażdżenia (Quet-

schungsherde), bądź w miejscu działania urazu (szczególniej w korze mózgowej), bądź w miejscu odpowiednim strony przeciwległej, bądź wreszcie rozsianych po całej istocie mózgu, szczególnie jednak w pobliżu wielkich komór mózgowych. Te właśnie ogniska zmiężdżenia bywają punktem wyjścia krwawień następczych. Mianowicie, wskutek rozmiękczenia tkanki mózgowej w obrębach takich zmniejsza się znacznie ciśnienie boczne na ściany naczyń krwionośnych; jednocześnie zaś w tych samych naczyniach wzrasta ciśnienie wewnętrzne na skutek reakcyi zapalnej—mamy więc stałe warunki, sprzyjające w danym miejscu naruszeniu równowagi i pęknięciu ściany naczyniowej, bądź samoistnie, bądź pod wpływem jakiegoś bodźca przypadkowego: wzmocnienia ogólnego ciśnienia w układzie krwionośnym przy wzruszeniu, nateżeniu mięśniowem, użyciu wysokości i t. d. Dodać jeszcze do tego należy, że przy dłuższem trwaniu takich ognisk nekrotycznych ulegają zwyrodnieniu i same ściany naczyń, przebiegających w danym obrębie.

Autor przytacza kilkanaście spostrzeżeń z literatury, ilustrujących powyższe twierdzenia. Na uwagę zasługują 4 przypadki Bollinger'a, stwierdzone przez dokładne badanie pośmiertne; śmiertelny wylew krwi do mózgu nastąpił w tych spostrzeżeniach po upływie kilku dni—do kilku tygodni od chwili obrażenia, które na razie zdawało się niebezpieczeństwem nie grozić. Rozpoznanie za życia jest dość trudnem; aby związek pomiędzy urazem i późniejszymi objawami udaru mózgowego uzasadnić, należy wykluczyć wszystkie inne czynniki etyologiczne (zmiany w układzie naczyniowym, syfilis, wiek, zatrucie wysskokiem i t. p.). Nawet na sekcyi nie zawsze się taki związek wykazać udaje; jest to łatwiejszem, gdy stwierdzić można istnienie wyżej opisanych ognisk rozmiękczenia w miejscu dawnego urazu, lub też rozsianych po całym mózgu, szczególnie w pobliżu komór (wiadomo, że wylewy krwi pochodzenia wewnętrznego obierają sobie najczęściej okolice wielkich zwojów mózgowych, w pobliżu dołu Sylwiusza). Zmiany, rozprzestrzenione w całym układzie naczyniowym, przemawiają za krwotokiem z przyczyny wewnętrznej, stan normalny ścian naczyniowych — za krwawieniem pochodzenia urazowego. Obecność innych drobnych ognisk rozmiękczenia w okolicy wylewu krwi potwierdza ostatnie rozpoznanie. Zresztą, wylewy krwi wtórne — pourazowe mogą wystąpić i bez ognisk rozmiękczenia: obrażenie mianowicie może wywołać bezpośrednio zmiany patologiczne miejscowe w ścianach naczyń, w następstwie czego ściany te nie wytrzymują naporu krwi i pękają (sposstrzeżenia z sekcją Sperling'a i Kronthal'a, Fischer'a). Zdarza się również, że wskutek urazu w danym miejscu tworzą się tętniaki, które później pękają.

Omawiane krwawienia następcze, oprócz znaczenia czysto naukowego, są wielkiej doniosłości pod względem *sądowo-lekarskim*. Wątpliwości nastęrczyć się mogą zarówno w sprawach karnych, jak i cywilnych. Wobec dowiedzionego związku między obrażeniem i następczym, znacznie późniejszym wylewem krwi do mózgu — odpowiedzialność winowajcy wzrasta w wysokim stopniu. Z drugiej strony, w powództwach o wypłatę ubezpieczenia lub odszkodowania przy ró-

zmaitego rodzaju katastrofach—biegli niejednokrotnie spotkać się mogą z pytaniem, co do pochodzenia w danym razie apopleksyi i od rozstrzygnięcia tego pytania wynik całej sprawy zależy może.

St. Orłowski.

II. Choroby kobiet i akuszerya.

71. Dr. Czarnecki z Gniezna. **Ciało obce jako przeszkoda w rozwiązaniu ciążarnej.** (Deutsche Med. Wochenschrift Nr. 23—1901).

Przypadek niniejszy zasługuje na uwagę jedynie jako curiosum w kazuistyce akuszeryjnej.

Przypadek dotyczył 27-letniej pierwiastki, od 2 lat zamężnej, kobiety dobrze zbudowanej, o miednicy najzupełniej prawidłowej. Wezwany w cztery godziny po rozpoczęciu się porodu autor znalazł: otwarcie ujścia macicy na szerokość dwóch palców; płód w położeniu czaszkowem i żywy; bóle dostatecznie mocne. Dalej, pomiędzy główką płodu a ujściem macicy wyczuwał się podłużny, okrągły przedmiot twardy, który dawał się jeszcze przesunąć dość swobodnie, lecz, ustawiony poprzecznie pomiędzy główką i ujściem, nie pozwalał pierwszej opuścić się niżej. Po długich manipulacjach autorowi udało się ustawić przedmiot tak, iż jego oś podłużna odpowiadała osi kanału szyi macicznej i tym sposobem, uwolniwszy najpierw wieko (była to podłużno-okrągła puszka blaszana, rodzaj piórnik, długa na 10 i gruba na 4 ctm.), wydobyć i część pozostałą. Po usunięciu tej przeszkody, autor uważał, że, wobec wyżej wymienionych zupełnie normalnych warunków porodu, tenże można pozostawić naturze (ew. opiece akuszeryki); tymczasem w 9 godzin potem znów otrzymuje wezwanie, nie bacząc bowiem na mocne bóle, poród nie postępował weale.

Badanie powtórne wykryło, iż otwarcie rzeczywiście powiększyło się bardzo nieznacznie, a przeszkodą były tu nadzwyczaj twarde bliźny na tylniej wardze macicznej.

Dopiero po dokonaniem nacięcia, udało się poród ukończyć. Noworodek płci męskiej, żywy, najprawidłowej rozwinięty. Matka po 12 dniach mogła już wrócić do zwykłych zajęć.

Najciekawszem w przypadku niniejszym jest pytanie, jakim sposobem ciało obce tego rodzaju dostać się mogło do jamy macicznej.

Pewne wskazówki w tym względzie dają nam wywiady.

W 12 roku życia, będąc uczennicą szkółki, dziś młoda mężatka, dostaje pierwszego perjodu. Zjawisko tak ją przeraża, iż, aby zatać dziwne krwawienie, wtlacza sobie do pochwy blaszane pudełko, które służyło jej jako piórnik. Ani matce, ani nikomu z najbliższych nigdy o tem nie wspomniała. Tymczasem peryody odtąd powtarzały się regularnie co cztery tygodnie. Próby wydobywania piórnik,

dokonywane przez nią kilkakrotnie, zawsze kończyły się na niczem. Pomimo to, kobieta owa czuła się zawsze najzupełniej zdrową, a obecność piórnik w pochwie, później nawet w macicy, nie sprawiała jej żadnych dolegliwości. Już po wyjściu za mąż przed 2 laty, czuła przedmiot ten w pochwie, mąż zaś do ostatniej chwili nie wiedział. W pięć miesięcy po wyjściu za mąż zaszła w ciążę i poroniła w czwartym miesiącu. Teraz dopiero, gdy po przebytem poronieniu przyszła zupełnie do siebie, zauważyła, iż piórnik z pochwy gdzieś się zapodział, była wszakże najpewniejszą, że nazewnątrz się nie wy dostał.

Nie ulega wątpliwości, iż poronienie należy uważać za moment, w którym dzięki rozpułchnieniu tkanek i otwarciu ujścia macicznego, ciało obce mogło się wślizgnąć do cavum uteri. Za wnioskiem takim przemawia i obecność wzmiankowanych blizn na tylnej wardze macicznej, które wytworzyły się wskutek zranień rozpułchnionej tkanki przez twarde i względnie ostre kanty piórnik.

A. Malkowski.

72. D-r Geissler z Collinghorst. **Inversio uteri completa puerperalis.** (Deutsche Medic. Woch. Nr. 23—1901).

Kobieta 30-letnia, drugi raz rodząca, nie bacząc na trwające już od kilkunastu godzin, chwilami nader mocne, bóle porodowe, nie przestawała krządać się około swoich zajęć domowych.

Poród odbył się całkiem prawidłowo. Dopiero, kiedy w trzy kwadransy po urodzeniu dziecka wystąpiło umiarkowane krwawienie i akuszerka zaczęła masować macicę, uderzyło ją, iż dno macicy znajdowało się dziwnie nisko, tuż nad spojeniem łonowem. Przy pierwszym nieznacznem naciśnięciu, macica usunęła się jej pod ręką i jednocześnie u sromu pokazały się łożysko i guz kulisty; znacniejszego krwotoku nie było i wtedy.

W godzinę potem autor znalazł stan taki: chora blada, w porznej zapaści, tętno przyspieszone, powierzchowne, bóle w brzuchu, nieznaczna ilość krwi na podkładzie. Odklejenie łożyska i odprowadzenie wyciowanej macicy dokonane zostało z łatwością; podczas wprowadzania wystąpił krwotok, który jednak po dokonaniu reinwersji uspokoił się zupełnie. Tymczasem tętno znikło i w jakieś 10 minut po ukończeniu zabiegu, chora bez względu na to, iż natychmiast były zastosowane środki trzeźwiące, zmarła. Zważywszy, iż utrata krwi nie była tak znaczna, exitus letalis, podług autora, nastąpił wskutek wstrząsu (schock), lub też zatoru powietrznego.

Wiadomo, że czynnikami, które sprzyjają wyciowaniu macicy, są: nadmierna wiotkość narządu i znaczne jego rozciągnięcie, resp. obszerność jamy, czynnikiem zaś ostatecznie powodującym wyciowanie bywa: pociąganie za pepowinę (ten sam stosunek zachodzi i w tych wypadkach, kiedy mamy do czynienia z bardzo krótką pepowiną, lub też skróconą przez węzły), lub ucisk z góry (zabieg C r e d é'go). Wy-

nicowanie od ucisku przyjąć może do skutku jedynie dzięki zbyt gwałtownemu działaniu tłoczni brzusznej, jak się to zdarza w przypadkach porodu ulicznego (Sturzgeburt), lub też wśród gwałtownych napadów kaszlu.

W przypadku, o którym tu mowa, — o ile wierzyć można akuszerce, — pociąganie wyklucza się całkowicie, częściowo zaś i ucisk z góry, gdyż, jak twierdzi akuszerka, już w chwili, gdy przystępowała do zabiegu wypełnienia łożyska, uderzył ją nader niski poziom dna macicy. Prawdopodobnie więc już wtedy wycięcie, acz niezupełne, było faktem dokonany i mogło nastąpić na skutek li tylko działania tłoczni brzusznej, w obecności powyżej wymienionych warunków sprzyjających, w przypadku tym bowiem ściana macicy uderzała swoją wiotkością; jak się wyraża autor, robiła wrażenie wątłej tkaniny. Zapewne, że i zachowanie się ciężarnej przed porodem (prawie do końca nie porzuciła swych zajęć) nie pozostało tu również bez wpływu.

A. Małkowski.

73. R. Olshausen: **Wybór operacji w mięśniakach**: (Centralblatt für Gynäkologie 1902 № 1 str. 1—8).

W kwestyi zachowania jajników i macicy po operacji na ostatnim kongresie berlińskim ginekologów w roku 1899 sprawozdawcy Zweifel i Rosthorn jednogłośnie wypowiedzieli zdanie, że zachowanie funkcji jajników po dokonanej operacji nie jest rzeczą obojętną. Wobec tego, że sztucznie i nagle wywołane klimakteryum powoduje większe dolegliwości niż naturalne, Zweifel pozostawiał jajniki. Przekonaawszy się potem, że po usunięciu macicy jajniki pozostawione w krótkim czasie zanikają, sprawiając ciężkie dla operowanej dolegliwości, Zweifel pozostawiał część macicy z błoną śluzową, aby nadal dać ujście krwi miesięczkowej, i odpowiednio do tego nadał tej operacji miano „resectio uteri“ w miejsce nazwy poprzedniej „amputatio supravaginalis“. Drugi referent Rosthorn postawił tezę, że przywszystkich operacjach radykalnych mięśniaków należy pozostawiać jajniki. Po nim Werth, wykazawszy na mocy licznych badań, jak ważną rolę odgrywa funkcya jajników, pozostawiał zawsze tylko jeden jajnik.

Doświadczenie jednak poucza, że po wyluszczeniu macicy rakaowej przez pochwę z pozostawieniem jajników, chore mniej cierpią, aniżeli po amputacji nadpochwowej macicy z usunięciem obu jajników. Dolegliwości, występujące po ostatniej operacji, nie szczedzą nawet kobiet starszych (45 lat i wyżej) i występują zaraz w pierwszym tygodniu po operacji w postaci kongestyi, potów obfitych, nie czekając na termin właściwy miesięczki. Z tego wynika, że nie zanik miesięczkowania powoduje powyższe zaburzenia, lecz brak wyciętyny wewnętrznej wyciętych jajników.

Prawdopodobnie i wszelkie psychozy, powstałe po tych operacjach, pochodzą z tego źródła. Autor przytacza 3 przypadki ciężkiej

psychozy po amputacji nadpochwowej macicy wraz z usunięciem jajników.

Od kilku lat autor, idąc w ślady Rosthorn'a, Zweifel'a i Werth'a pozostawiał choć jeden jajnik, wyjąwszy te przypadki, gdzie choroba przymacieza lub trudności techniczne będą wymagały usunięcia obu jajników. W 48 przypadkach amputacji nadpochwowej, dokonanej w latach 1901 i 1900, autor pozostawił 7 razy oba jajniki i 30 razy jeden jajnik; w 11 przypadkach usunięto oba jajniki (10 chorych było w wieku lat 46—54).

Autor spotykał wielokrotnie zwyrodnienie torbielowate pozostawionych jajników, przeważnie po wyluszczeniu rakowatej macicy i przystacza dla ilustracji tylko 4 przypadki, jakkolwiek ogólna ilość takich przypadków jest znacznie większa. Przypuściwszy nawet, że zarodek torbieli już istniał przed operacją, to wyluszczenie pochwy macicy przy pomocy ligatur dało pohop do rozwoju dużych guzów, gdyż najwyższa ligatura, nałożona przy samej wnieście jajnika, powodowała zaburzenia w cyrkulacji tego organu. Werth miał sposobność przekonać się o tem na sekcji i zdania wielu innych autorów zdają się za tem przemawiać. Zweifel, powołując się na badania Abel'a, jest pewny, że jajniki, pozostawione po wyluszczeniu macicy, zanikają po 3 latach, po czem występują zaburzenia klimatyczne. Werth stara się o ile możności oszczędzać naczynia jajnikowe przy amputacji nadpochwowej, nie nakłada przeto ligatur en masse na więzy szerokie i przyszywa pozostawiony jajnik bądź do pozostałego kikuta macicznego lub też obszywa go listkami otrzewny więzu szerokiego. Warto, powiada autor, zadać sobie pracę dla wyszukania takiej techniki operacyjnej, któraby mogła zapewnić nietykalność funkcji jajników. W tym celu wybiera dla konserwacji jajnik najwięcej od macicy oddalony, stara się rzadkimi ściegami obszyć pomost pomiędzy macicą a danym jajnikiem, nie tykając o ile możności tkanki, w sąsiedztwie wnieki jajnika. Przedewszystkiem zaś autor kładzie jaknajmniej szwów przy samej macicy i wycina z ostatniej jaknajmniejszy klin. Pozostawiony jajnik wrzuca do worka otrzewny; jeżeli jajnik jest dość ruchomy, to zanzurza go retroperitonealnie, pomiędzy listkami więzu szerokiego.

Nie kontentując się tem, autor chciałby także zachować jaknajwiększą część macicy, podzielając w zupełności pogląd Zweifel'a; lecz stara się to osiągnąć w inny sposób. Chociaż Zweifel wysoko amputuje macicę, to jednak pozostawia zbyt małą część trzonu. I autor dokonał takiej rezekcji macicy w tych przypadkach, gdzie mięśniaki siedziały wyłącznie w dnie macicy; należało tylko odciąć kopuszę jamy macicznej, nie tykając całego trzonu. Niestety, te przypadki należą do rzadkości. Daleko częściej daje się ocalić cały trzon macicy przez „wyluszczenie mięśniaków“. Takie wyluszczenie mięśniaków jest wskazane nietylko u osób młodych, w celu utrzymania perjodów i urojonego potomstwa, lecz ma rację bytu i u osób starszych (40 letnich), przez wzgląd na rękoczyn mniejszy, a powtórę z tych jeszcze względów, że u kobiet starszych szanse na regenerację pozostawionych zarodków mięśniakowych są bardzo małe. U młodych

osób należy mieć na względzie taką ewentualność i chore zawczasu o tem uprzedzić. Autor raz jeden był zmuszony powtórnie wyluszczyć mięśniaki u jednej i tej samej osoby; oprócz tego w dwóch przypadkach mięśniaki odrosły, lecz do operacji powtórnej nie doszło.

Autor wyluszczył już 3 — 6 — 9 mięśniaków z jednej macicy; waga wyluszczonych mięśniaków dochodziła do 500—1000 g. Były przypadki, gdzie waga wynosiła 1070, 1380, 2776 i 3850 g. Przytem nigdy nie obserwowano, żeby głęboko siedzący mięśniak zajmował całą grubość ściany. Podziwiać należy fakt, że już po 3 miesiącach macica przybiera wielkość i kształt normalny!

Trudno z góry, przed otwarciem jamy brzusznej, przewidzieć, czy w danym przypadku operacja skończy się na wyluszczeniu mięśniaków, czy też wymagać będzie amputacji organu, a w szczególności trudno przepowiedzieć w tych przypadkach, gdzie jeden duży gładki mięśniak siedzi na dnie macicy. Kwestyę decyduje położenie jajników. Jeżeli jajniki wyczuwają się wyraźnie na wysokości guza, a cały guz ma kształt macicy ciężarnej bez znacznego wypuklenia przedniej lub tylnej ściany macicy, to amputacja jest nieunikniona. Jeżeli zaś jajniki siedzą bardzo głęboko, czego z góry określić nie można, to sprawa skończy się, prawdopodobnie, na wyluszczeniu mięśniaka z trzonu.

Decydującą rolę odgrywa poprzednie sondowanie macicy. Przy umiarkowanym wydłużeniu jamy macicy (10—11 cm.) można jeszcze dokonać wyluszczenia mięśniaków, przy większem wydłużeniu amputacja jest nieunikniona.

Technika tamowania krwotoku nie przedstawia żadnych trudności. Mocno krwawiące miejsca w łożysku guza i strzykające naczynia obkłuwa się, a potem zamyka się jamę powstałą po wyluszczeniu guza za pomocą dwu lub trzypiętrowego szwu. Szyć należy katgutem, unikając dużej ilości jedwabiu, który się nie wysysa.

Rokowanie *quo ad vitam* pozostawia jeszcze wiele do życzenia. Nie należy wszakże wykluczać chorób przypadkowych. Z 5 zmarłych jedna zmarła na pneumonię, druga umarła wskutek pęknięcia macicy ciężarnej; ciąża nie była przedtem rozpoznana. Inne dwie umarły wskutek ileus. Jednakowoż autor nie traci nadziei, że w następnej seryi chorych operowanych odsetka śmiertelności znacznie się zmniejszy.

W końcu autor zwraca uwagę jeszcze na jeden fakt doniosły: jeżeli metoda wyluszczenia znajdzie większe niż dotychczas rozpowszechnienie, to ilość operacji pochwowych zmniejszy się kosztem brzusznych. Gdyż tylko przy brzusznej operacji możemy dokładnie obejrzeć całą macicę i zbadać, czy nie siedzą gdzie jeszcze ukryte drobne mięśniaki, które na drodze pochwowej przeoczyć łatwo. Zresztą, drogą pochwową można operować tylko niewielkich rozmiarów macicę, którą można wyłonić przez skłępienie przednie w celu dokładnego obejrzenia. Wskazania do wyluszczenia mięśniaków przez pochwę oraz do wyluszczenia macicy myomatycznej są bardzo ograniczone. Przecięcie przedniej ściany macicy w celu wyluszczenia mięśniaka podśluzowego, wychodzącego z trzonu, można wykonać jedynie przez pochwę. Przez kolpotomię przednią lub tylną można wyluszczyć

z macicy tylko 1 lub 2 mięśniaki podsurowicze małego kalibru; *notabene*, jeżeli macica była poprzednio dokładnie wymacana. Wtedy nie będzie żadnych zaburzeń, resp. wskazań do operacji.

Wyluszczyć macicę z guzami przez pochwę można wtedy, gdy macica jest niewielka; wtedy niema wskazań do tej operacji. Gdy wielkość macicy odpowiada trzeciemu miesiącowi ciąży, to autor uważa wraz z Rosthoru'em za nonsens wyluszczać przez pochwę.

Wreszcie autor żąda, aby amputacja nadpochwowa w przyszłości ustąpiła miejsca enukleacji; ostatnia ma mieć zastosowanie nie tylko w przypadkach małej ilości niewielkich mięśniaków. Operację brzuszną autor uważa za najracjonalniejszą i najlepiej prowadzącą do celu, a pochwową z małymi wyjątkami za nielogiczną.

M. Warszawski.

III. Choroby skóry i weneryczne.

74. Leven. **Kiedy możemy uważać rzeżączkę za wyleczoną?** (Arch. f. Derm. u. Syph. 55 B., 1 H.).

Gdy uważamy rzeżączkę za wyleczoną, to, po zakończeniu kuracji, pożądane jest w ciągu pierwszych tygodni dokonywanie badań drobnowidzowych w celu przekonania się o rzeczywistym wyleczeniu. Pod mikroskopem widzimy wówczas jeden z następujących obrazów: 1) czyste łuszczenie się nabłonka obok bakterii lub bez tychże; 2) bezbarwne ciała krwi obok bakterii lub bez tychże; 3) nabłonek i bezbarwne ciała krwi obok bakterii lub bez tychże. Własności charakterystyczne gonokoka, służące do rozpoznania rzeżączki, są następujące: a) odbarwianie się sposobem Gram'a; b) wewnątrzkomórkowe umiejscowienie w bezbarwnych ciałach krwi; c) hodowla czysta. Za pomocą metody Gram'a dowiadujemy się, czy widziany w wydzielinie pewien rodzaj bakterii są to gonokoki czy też nie, ponieważ gonokoki odbarwiają się tą metodą wbrew innym morfologicznie zbliżonym do nich i spotykanym tutaj zarodkom. Na preparatach jednak widzimy nie jeden tylko rodzaj bakterii, lecz ich wiele; przytem wszystkie one lub większa ich część barwią się sposobem Gram'a. Z powodu tej mieszaniny bakterii nie można z pewnością twierdzić, czy one wszystkie się zabarwiły, czyli, inaczej mówiąc, niewiadomo, czy wśród wielkiej ilości widzianych na preparacie zarodków są takie, które się odbarwiły. Co się tyczy położenia wewnątrzkomórkowego gonokoków, to również i tutaj utrudnia dokładne stwierdzenie tego wielka ilość zarodków, widzianych na preparatach. Hodowla w celu dyagnostycznym rzadko może być stosowaną, wymaga bowiem dużego zachodu i straty czasu. Wobec tego wszystkie autor podaje sposób prostszy i pewniejszy od powyższych, udowodniający istnienie gonokoków w organach płciowych niezależnie od obecności ich lub też nie na preparatach. Otóż

zdaniem jego, obecność na preparacie bezbarwnych ciałek krwi resp. ropy dowodzi istnienia gonokoków i zaraźliwości badanej wydzieliny. Autor ma tu na myśli przypadki rzeżączki nieskomplikowane innymi cierpieniami, wywołującymi ropienie, jako to gruźlicą, przymiotem i nowotworami organów moczopłciowych, cierpieniem nerek i t. d. Związku leukocytów z gonokokami autor udowadnia w sposób następujący. Po świeżem zakażeniu rzeżączkowym występuje silne ropienie z powodu masowego wydzielania się białych ciałek krwi. W dalszym ciągu cierpienia powiększa się zwolna w wydzielinie ilość nabłonka, leukocyty zaś powoli znikają; w końcu cierpienia oraz kuracyi widzimy czyste łuszczenie się nabłonka, które obok domieszki znacznej liczby bakteryi trwać może czas dłuższy. Pomimo obecności tych bakteryi nie znajdujemy w wydzielinie ciałek ropnych. W innych znów przypadkach rzeżączki, po upływie pewnego czasu od zaprzestania leczenia przylączają się do nabłonka i bakteryi białe ciała krwi. Czem można wytłumaczyć to ponowne zjawianie się tych ciałek? Wspomnianą wyżej mieszaninę bakteryi znajdujemy tak często obok czystego łuszczenia się nabłonka, że nie możemy im przypisywać obecności ropy na błonie śluzowej cewki moczowej. Winę natomiast ponownego zjawiania się w wydzielinie ropy obok nabłonka lub bez tegoż składać winniśmy na gonokoki, które mogą na preparatach nie być widzialne, są natomiast w tych przypadkach w organach płciowych. Wspomniane wyżej bakterye (nierzeżączkowe), aczkolwiek nie są w stanie wywołać ropy na błonie śluzowej cewki moczowej, mogą jednak podtrzymywać przez czas krótki ropienie pozostałe po zniknięciu gonokoków, poczem ono znika i pozostaje czyste łuszczenie się. Nie raz ilość białych ciałek w rzeżączce pod wpływem leczenia jest tak mała, że na preparatach nie dają się one zauważyć. Ze względu na to poleca się dokonywanie badań mikroskopowych nie zawczasie po ukończeniu kuracyi, w celu uniknięcia możliwych błędów.

Badania winny być robione:

- 1) po dostatecznie długiem zatrzymaniu uryny, najlepiej zrana;
- 2) badanie pierwsze po upływie około 4-ch dni od czasu ukończenia leczenia; drugie w 10 dni po pierwszym, a trzecie po upływie 8 tygodni.

Jeżeli badania powyższe, kontrolujące leczenie poprzednie, wykazują li tylko łuszczenie się nabłonka obok bakteryi lub bez tychże, przypadek uważać należy za wyleczony. Łuszczenie takie trwa często dość długo i jest nieraz tak silne, że wydzielina staje się podobną do tejże przy świeżej rzeżączce; wprawne jednak oko i bez mikroskopu odróżni ją łatwo od rzeżączkowej, gdyż wydzielina nabłonkowa ma kolor błękitnawo biały, a rzeżączkowa żółtozielonawy.

H. Uliński.

75. Dr. Scholtz. *Uwagi z powodu pracy D-ra Leven'a: Kiedy możemy uważać rzeżączkę za wyleczoną?* (Arch. f. Derm. u. Syph. 55 B., 1 H.).

Leven w pracy swej twierdzi, że bezbarwne ciała krwi w wydzielinie cewki moczowej dowodzą istnienia gonokoków, jak również zaraźliwości badanej wydzieliny. Tymczasem wiemy, że częsta obecność po przebytej rzeżączce w urynie nici, zawierających białe ciała, nie może być po największej części tłumaczoną cierpieniem rzeżączkowym, i że nici takie w stanie małżeńskim nie okazują się po największej części zaraźliwymi. Według autora conajmniej 10% tych przewlekłych cierpień cewki moczowej o nitkach, zawierających nabłonek i białe ciała, tłumaczyć można obecnością gonokoków; Casper zaś twierdzi, że tylko w 8% takich przypadków wykazać można zależność nitek od gonokoków. Długotrwałe często istnienie w moczu klaczków i nici autor tłumaczy z jednej strony, głębokimi i po większej części ogniskowymi zmianami błony śluzowej po przebytej rzeżączce, z drugiej zaś strony tłumaczy działaniem prawdopodobnie bakteryi nierzeżączkowych, które zagnieżdżają i rozmnażają się na chorych miejscach i co za tem idzie, przeszkadzają powrotowi ich do stanu normalnego i trwale podtrzymują umiarkowane objawy zapalne. Barwienie metodą Gram'a jest, zdaniem autora, dogodnie do stwierdzenia gonokoków i niezawodne przy staranem wykonywaniu.

Jeżeli obecność wielu bakterii przeszkadza w badaniu mikroskopowym, to na 1--2 dni przed badaniem poleca się dokonanie kilku iniekcji dezynfekujących, dzięki którym udaje się po największej części zabić powierzchowne bakterie. Zwykle jednak w tych przypadkach, w których podejrze wamy istnienie pojedynczych zarazków rzeżączkowych, staramy się najpierw przez mechaniczne i chemiczne podrażnienie pobudzić gonokoki znajdujące się głęboko do rozmnożenia się i wydostać je na powierzchnię, następnie zaś przystępujemy do badania mikroskopowego, lub też do otrzymania hodowli. Obecność gonokoków w hodowlach skonstatować można z pewnością nie tylko przy pomocy barwienia metodą Gram'a (co po większej części wystarcza w zupełności), lecz i na podstawie własności biologicznych gonokoka (rozrost na agarze z domieszką surowicy krwi ludzkiej, niezdolność do rozrostu na zwykłym agarze, etc.).

H. Ulński.

76. Dr. Weisz. *Przyczynek do leczenia niemocy płciowej.* (Wien. Med. Woch. № 25, 1901).

Przystępując do leczenia niemocy płciowej, przede wszystkim należy usunąć główną przyczynę cierpienia. Zaburzenia pobudzalności płciowej w moczówce cukrowej, zapaleniu nerek, otyłości, wrodzonym rdzenia i innych cierpieniach organicznych układu nerwo-

wego centralnego, nie wymagają żadnego szczególnego leczenia, gdyż jednocześnie ze zmniejszeniem cierpienia podstawowego zmniejszają się też objawy niemocy. W ciężkich otruciach przewlekłych morfiną, nikotyną, makowcem i t. d. pobudzalność płciowa poprawia się po usunięciu przyczyny.

Co się tyczy alkoholu, to według Fürbringera i Röna'y wzmaga on pobudzalność płciową wbrew zapatrywaniom dawniejszych autorów; w przypadkach niemocy neurastenicznej otrzymali ci dwaj autorzy od alkoholu dodatni rezultat leczniczy. Niemoc, wywołana przez neurastenię, wymaga leczenia tejże. Niemoc najczęściej zależną jest od przyczyn nerwowych, będąc objawem neurastenii ogólnej, lub też płciowej. Niemoc psychiczna występuje najczęściej u osób wrażliwych i usposobionych do neurastenii, u których z powodu obawy okazania niezdolności do spełnienia aktu spółkowania, nie występuje napięcie członka w stosownej do tego chwili. Niemoc powstać może również z powodu zapalenia przewlekłego części krokowej cewki moczowej.

Niemoc w ogólności objawiać się może jako osłabienie czynności płciowej obok częstych podrażnień, np. napięcia, polucye, (reizbare Schwäche) lub też może być paralityczną; przy ostatniej nigdy niema napiężeń. Do postaci pierwszej niemocy doprowadzić mogą: samogwałt, coitus interruptus i reservatus, zbyt częste spółkowania, przewlekła rzeżączka oraz nadmierna praca umysłowa i fizyczna. Niemoc paralityczna polega na czynnościowym osłabieniu nerwów płciowych i ich ośrodków; występuje ona w ciężkiej neurastenii, cierpieniach umysłowych, jak również z powodu nadużyć i samogwałtu. Niekiedy ta postać bywa wrodzoną.

Przystępując do leczenia niemocy psychicznej i nerwowej, przede wszystkim musimy wzbudzić ku sobie kompletne zaufanie chorego, oprócz tego winniśmy leczyć neurastenię. W słabych napięzeniach oraz wytryskach przedwczesnych Zabłudowski poleca masaż, który to rękoczyn rozpoczyna na organach płciowych (jądra, gruczoł krokowy), potem przechodzi do ogólnego masażu ciała. Gdy po rzeżączce przewlekłej występuje neurastenia i, co zatem idzie, niemoc płciowa, musimy oprócz leczenia neurastenii, zwrócić się i do kuracji miejscowej. Od psychroforu wielu autorów w tym razie otrzymało dobre rezultaty; Mendel'owi jednak i innym zabieg ten nie dał dobrych wyników. Leczenie niemocy paralitycznej żadnych prawie nie daje rezultatów. W niektórych przypadkach widziano dobre wyniki od hipnozy, w innych zaś od elektryczności.

Wspomnieć tu należy o zalecanych w tych przypadkach środkach wzmacniających pobudzalność płciową (aphrodisiaca), np. o kantarydach, których stosowania lepiej unikać ze względu na łatwe występowanie szkodliwego działania na nerki; dalej o fosforze (0,0005—0,001) podawanym 2 razy dziennie, o strychninie stosowanej podskórnice (0,01—0,03), sperminie Poehl'a i organoterapii. Wszystkie te środki nie dały pożądaných rezultatów.

Niedawno zaczęto stosować w niemocy johimbine. Mende pierwszy wypróbował ten środek na chorych i doszedł do wniosków

że w niemocy, zależnej od uwiadu lub innych organicznych cierpień rdzenia johimbina nie daje żadnych rezultatów, natomiast dodatnie wyniki zauważył w przypadkach osłabienia pobudzalności płciowej, połączonego z podrażnieniem, jak również w niemocy paralitycznej.

Działanie można było zwykle zauważyć dopiero po kilkudniowym stosowaniu. Podaje się w 1% roztworze po 10 kropel 3 razy dziennie lub też w tabletkach, z zawartością w każdej po 0,005 johimbiny.

H. Uliński.

77. Prof. Pospelow. **Przymiot u wnuczki.** Arch. f. Derm. u. Syph., 55 B. 2 H.).

Najczęstszym objawem przymiotu odziedziczonego w drugim pokoleniu jest niedorozwój ogólny, przytem w wielu przypadkach oprócz tego nie spotykamy innych objawów właściwych przymiotowi pierwszego pokolenia. Niedorozwój występuje już w życiu zarodkowym i przyczynia się nieraz do poronienia lub też przedwczesnego porodu, po którym wkrótce następuje śmierć. Oględziny pośmiertne zwłok tych zarodków i dzieci nie wykazują nic charakterystycznego dla przymiotu oprócz ogólnego niedorozwoju wszystkich organów i tkanek. Tymczasem na 83 oględziny zwłok zarodków i dzieci, zmarłych wkrótce po przedwczesnym porodzie na przymiot pierwszego pokolenia, autor w większości przypadków stwierdził wyraźne zmiany przymiotowe w narządach wewnętrznych. Wspomnieć tutaj należy, że w przymiocie pierwszego pokolenia poronienia zawsze niemal uważane są za objaw znamieny odziedziczonego przymiotu, tymczasem gdy poronienie i przedwczesne porody w drugim pokoleniu stwierdzamy znacznie rzadziej. W tych przypadkach, w których dzieci dotknięte przymiotem, drugiego pokolenia rodzą się donoszone, nie mają żadnych widocznych zбоceń nie tylko w pierwszych miesiącach lecz nieraz nawet po 2—5 latach, i tylko po upływie tego czasu zaczynają mizernieć, przestają się rozwijać fizycznie i umysłowo, bledną, niedołączają i, co zatem idzie, skłonne są do rozmaitych chorób. Rodzice takich dzieci na zapytanie, czy przechodzili przymiot, odpowiadają zwykle przecząco. Nieraz dodają przytem, że jeden z dziadków dziecka cierpiał na przymiot. Mała liczba ogłoszonych w literaturze przypadków przymiotu drugiego pokolenia skłoniła autora do opisanego obserwowanego przezeń przypadku, dotyczącego 13-letniej dziewczynki ze zwykłymi objawami dziedzicznego trzeciorzędnego przymiotu, mianowicie z błądą cerą i błonami śluzowymi, wzrostem nieodpowiadającym wiekowi, ogólnem osłabieniem, zębami Hutchinson'a, przewlekłym nieżytem nosa połączonym z wytwarzaniem się strupków i, wreszcie, z owrzodzeniem miękczakowem twardego podniebienia. Ponieważ ojciec chorej twierdził, że urodziła się ona nie przedwcześnie, że żona nigdy nie ronila i że on, jak również żona, nie przechodzili nigdy przymiotu, nasunęło się przedewszystkiem pytanie, czy zarażenie się dziecka przymiotem nie nastąpiło po przyjsciu na świat drogą pozapłciową

gdyż, jak wiadomo, przymiot nabyty tą drogą przed wyrzynaniem się pierwszych zębów daje w młodocianym wieku te same objawy, co i przymiot wrodzony, skutkiem czego z trudnością możnaje odróżnić. Zważywszy jednak, że rodzice dziewczynki mają wygląd ludzi zdrowych i silnych, że nigdy, jak twierdzą, nie cierpieli na przymiot, że wszystkie ich dzieci żyją i są zdrowe i że wreszcie chora karmiona była piersią matki, odrzucimy przypuszczenie zakażenia pozapłciowego. Przy badaniu ojca chorej autor zauważył charakterystyczne zęby Hutchinson'a przy braku wszelkich innych objawów. Oprócz tego tenże oznajmił, że ojciec jego, czyli dziadek chorej, cierpiał na przymiot jeszcze przed ożenieniem i że leczył się dopiero wówczas, gdy cierpienie weszło w okres trzeciorzędny. Na mocy tego wszystkiego należy twierdzić, że zakażenie ojca pacjentki nastąpiło od jej dziadka i, co za tem idzie, że chora cierpiała na przymiot drugiego pokolenia. Z powodu odporności ojca chorej, przymiot u niego objawił się li tylko w postaci zniekształcenia zębów. Ponieważ jednak nie domyślał się, że cierpi na wrodzony przymiot i skutkiem tego nie leczył się, choroba została przeniesioną na córkę. Autor sądzi, że gdyby chora się nie leczyla, mogła by po zamążpójściu przenieść cierpienie na dzieci. W dalszym ciągu pracy autor wylicza objawy przymiotu w drugim pokoleniu, z których wszystkie niemal widoczne były w opisanym przypadku. Znamiennym objawem jest wrodzona niedołężność i osłabienie. Drugą oznaką jest zbyt powolne wzrastanie. Trzecim ważnym objawem przymiotu nietylko pierwszego lecz i drugiego pokolenia jest zniekształcenie zębów, szczególnie przednich górnych siekaczy (t. zw. zęby Hutchinson'a). Wreszcie, rozmaite niedokładności w rozwoju całego organizmu lub jego części oddzielnych i słaba odporność na rozmaite choroby uzupełniają objawy przymiotu drugiego pokolenia.

Przypadek opisany przez autora dowodzi:

- 1) Że przymiot drugiego pokolenia jest możliwy.
- 2) Że przymiot dziadka, jeżeli nie jest leczony, to może przejść na wnuków i nawet prawnuków.
- 3) Że przymiot wnuków objawia się nietylko rozmaitemi zniekształceniami (Dystrophien), lecz również i w postaci miękczaków, nawet w razie braku ich u rodziców chorych i, wreszcie,
- 4) Że zęby Hutchinson'a mają wielkie znaczenie w rozpoznaniu przymiotu dziedzicznego.

H. Uliński.

78 Dr. Möller. Dalszy ciąg spostrzeżeń nad zatorem płuc przy zastrzykiwaniu nierozpuszczalnych preparatów rtęciowych. (Arch. f. Derm. u. Syph. 55 B. 2 H.).

Autor w pracy niniejszej uzupełnia rezultaty, jakie dawniej otrzymał w pracach na ten sam temat, umieszczanych również w Archiv für Dermatologie und Syphilis. Za materyał do obserwacji poniższych, dokonywanych od września 1899 r., posłużyli

autorowi choroby z polikliniki, praktyki prywatnej i oddziału szpitalnego. W poliklinice i praktyce prywatnej iniekcje nierozpuszczalnych preparatów rtęciowych dokonywane były zgodnie z modyfikacją Lesser'a: Po wkłuciu w kierunku mniej lub więcej pionowym do skóry poślądka, autor wyjmował szpryczkę z kanki w celu przekonania się, czy nie spływa z tej ostatniej krew kroplami resp. czy nie widać tam skrzepu. Jeżeli tego niema, to po ponownem włożeniu szprycyki do kanki, dokonywał zastrzyknięcia. Jeżeli zaś zauważał krew lub skrzep w świetle kanki, to cofał igłę o 1—2 ctm., zmieniał nieco jej kierunek w celu ominięcia żyły i następnie wkłówał ją i dokonywał zastrzyknięcia. Liczba zastrzyknięć dokonanych w ten sposób wynosiła 2406, przyczem ani razu nie wystąpił zator płuc. Stosunek liczby krwawień z kanki, zauważonych po wkłuciu do ogólnej ilości zastrzyknięć był następujący: w poliklinice 1 na 28,5, w praktyce zaś prywatnej 1:7,6. Krwawienie z tkanki w praktyce prywatnej występowało o wiele częściej z powodu tego, że przeważająca liczba tych chorych kilkakrotnie poprzednio poddawała się leczeniu zastrzykowaniami. Wytwarzają one, jak wiadomo, mniej lub więcej obszerne przemiany modzelowe w mięśniachpoślądkowych, co ze swej strony łatwo może wywołać zmiany naczyń, jako to ściągnięcie ich, żyłakowate rozszerzenie i t. p. W oddziale szpitalnym autor dokonywał iniekcji sposobem starym, z tą tylko zmianą, że po wkłuciu wyjmował szpryczkę z kanki w celu zobaczenia, czy nie krwawi z niej, następnie zastrzykiwał, nie zmieniawszy kierunku igły nawet w razie krwawienia. Na 400 zastrzyknięć, dokonanych 59-ciu chorym szpitalnym, krwawienie z kanki (resp. skrzep w niej) występowało 67 razy. W przypadkach tych 14 razy zastrzykiwano po 1 gr. czystej płynnej parafiny, poczem nie można było zauważyć żadnych zaburzeń.

Winniśmy tutaj nadmienić, że po zastrzyknięciu do żyły dużych ilości płynnego tłuszczu (oliwa, parafina płynna), powstają w płucach i mózgu zatory zagrażające życiu (przypadek Fibiger'a, doświadczenia autora na królikach). 5 razy przy krwawieniu z kanki autor zastrzykiwał po 1 cgm. sublimatu, poczem również nie występowały żadne zaburzenia. Wreszcie w 48 przypadkach zastrzykiwane było pomimo krwawienia z kanki Hg-aceto-thymolicum w parafinie w ilości od 0,03—0,1 soli, przyczem po 19 zastrzyknięciach autor nie zauważył żadnych zaburzeń ani subiektywnych ani obiektywnych, 13 razy występowało li tylko podniesienie ciepłoty, w 1-y m przypadku obniżenie ciepłoty, wreszcie po 15 zastrzyknięciach występowały objawy zatoru. Podniesienie się ciepłoty we wspomnianych 13 przypadkach występowało zwykle w 6—7 godzin po zastrzyknięciu, a wyjątkowo w kilkanaście i więcej godzin, trwało $\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ dni. Ciepłota dochodziła zwykle tylko do 37,6—38°, w razach zaś wyjątkowych 38,2—39,° 4 razy podniesienie ciepłoty połączone było z bólem głowy, raz zaś z nudnościami i ogólnem osłabieniem. Przyczyna podniesienia ciepłoty była niewątpliwie ta, że większa ilość rtęci dostawała się odrazu do krwiobiegu przez uszkodzoną żyłę. Podniesienie ciepłoty może występować i po zastrzyknięciu nierozpuszczalnych soli rtęciowych, niepołączonem z krwawieniem z kanki,

t. j. bez dostania się rtęci wprost do krwiobiegu, co miało miejsce w 31 przypadkach z pomiędzy 333. Objaw ten należy tutaj wytłumaczyć nadzwyczajną wrażliwością chorych na małą nawet ilość rtęci, która po zastrzyknięciu zaczyna się wsysać już w pierwszym dniu. Co prawda, u osób zupełnie zdrowych konstatujemy nieraz podniesienie ciepłoty do $37,8^{\circ}$ i więcej, pomimo to, że niema żadnej przyczyny, mogącej wytłumaczyć to zjawisko. Dla tego to wspomniane wyżej podniesienie ciepłoty po zastrzyknięciu preparatów rtęciowych mogło być niekiedy zależne od przypadku, a nie zaś od iniekcji, tem bardziej, że u tych 59-ciu chorych szpitalnych, którym dokonano 100 iniekcji, ciepłota 30 razy podniesiona była do $37,7-38,3^{\circ}$, pomimo to, że nie można było tego wytłumaczyć ani zastrzyknięciami, nie dokonywane bowiem one były przed podniesieniem ciepłoty, ani też inną jakakolwiekby przyczyną. Na 15 przypadków, w których po zastrzyknięciu występowało cierpienie płuc, w 2-eh tylko stwierdzić to można było obiektywnie (rzężenia trzeszczące, i tylko w jednym przypadku wystąpił bezpośrednio po zastrzyknięciu gwałtowny napad kaszlu, strach i duszność, objawy charakterystyczne dla zatoru pochodzącego od soli rtęciowych i wspólne dla większości przypadków zatoru płuc opisanych w literaturze. W 13-tu przypadkach cierpienie płuc było wyrażone słabiej, występowało na 2-gi lub dopiero 3-ci dzień w postaci mniej lub więcej wyraźnie umiejscowionych bólów w piersi przy głębszym wdechu ze skłonnością do kaszlu lub bez tegoż, zawsze jednak w połączeniu z podniesieniem się ciepłoty i ogólnem osłabieniem. Przypadki o powyższych łagodnych objawach opisane już były przez kilku autorów, związek ich jednak z zastrzyknięciem nierozpuszczalnego preparatu rtęciowego, jak również zależność od zatoru płuc doznały przez niektórych zaprzeczenia (W e l a n d e r). Ponieważ jednak ta łagodna postać cierpienia płuc zauważona była przez wielu w analogicznych okolicznościach, i, z drugiej strony, ze względu na to, że występowała ona, jak widzimy w pracy niniejszej, 13 razy po uszkodzeniu żyły, ani razu zaś po zastrzyknięciu niepołączonem z uszkodzeniem tejże, autor uważał cierpienie płuc za zależne bez zaprzeczenia od zatoru.

H. Uliński.

79. D-r Oppenheim. O wydzieleniu się rtęci w ślinie. (Arch. f. Derm. u. Syph. 56 B, 3 H.).

Wszystkie niemal metody, służące do wykrycia rtęci w wydzielinach, są zbyt skomplikowane, zabierają dużo czasu i, co za tem idzie, mało są odpowiednie do praktycznych celów kliniki. Tymczasem metoda Jolles'a, którą autor posługiwał się w pracy niniejszej, ma pierwszeństwo przed innymi z powodu swej prostoty, umożliwiającej w krótkim czasie wykazanie minimalnych ilości rtęci. Sposób ten jest następujący: Badany płyn organiczny t. j. mocz, ślinę lub pot miesza się z chloranem potasu i skoncentrowanym kwa-

sem solnym, ażeby z jednej strony zniszczyć części organiczne, z drugiej zaś rtęć mechaniczną zamienić na sublimat. Po usunięciu z płynu wolnego chlorku, zanurzamy pozłożoną blaszkę platyny i dodajemy chlorku cynku, ażeby oddzielić od sublimatu rtęć metaliczną, która i *n statu nascendi* amalgamuje pozłożoną platynę. Blaszkę tę zanurzamy następnie w rozcieńczonym kwasie saletrzanym, w którym rozpuszcza się tylko rtęć, natomiast platyna i złoto pozostają bez zmiany. Rozczyn rtęci w kwasie saletrzanym miesza się z wodą siarkowodorową, przyczem z powodu wytwarzania się siarku rtęci plyn przybiera barwę żółtobrunatną, jeżeli ilość rtęci na 100 ctm. sześciennych płynu nie jest mniejszą niż 0,000066 mg. Materiał, którym autor w klinice profesora Neumann'a posługiwał się do badań nad wydzielaniem się rtęciw ślinie, podzielony został na 3 grupy: Do 1-szej zaliczeni zostali chorzy leczeni systematycznie rtęcią; do 2-giej—osoby, które obcowali w dzień i w nocy wśród chorych leczonych rtęcią, lecz same nie poddawały się tej kuracji (4 posługaczki i 3 chorych) i wreszcie do 3-ciej grupy zaliczone zostały osoby, zajęte tylko częścią dnia w klinice—(lekarze kliniki). Rezultaty 45-ciu rozbiorów zebranej z całego dnia śliny 14 chorych, leczonych wcieraniami, autor otrzymał następujące: rtęć wykrywała się poraz pierwszy po 5-tem wcieraniu; pomiędzy wcieraniami. 5 a 9-tem można ją było wykazać w ślinie lub też nie, zaczynając zaś od 10 frykeyi wykryć ją można było niemal stale. W jednym przypadku niemożna było wykryć rtęci w ślinie nawet po 30-tej frykeyi. Po 7 i 8 dniach od czasu ukończenia leczenia autor w ślinie zebranej z całego dnia nie mógł już wykryć rtęci, chociaż, jak wiadomo, w urynie wykazuje się ona w ciągu tygodni i miesięcy po ukończeniu leczenia. Rezultaty 23 rozbiorów śliny 6-ciu chorych leczonych codziennymi zastrzykiwaniami: Rtęć wykazywała się poraz pierwszy po 3-ciej iniekcji, następnie zaś niemal stale. Na 4-ty dzień od ukończenia leczenia, wykazać można było tylko ślady rtęci. W 6 rozbiorach śliny 3-ch chorych leczonych odwarem Zittmann'a autor otrzymywał za każdym razem dodatnie rezultaty, które zresztą niewiele mówią, gdyż, pomimo jaknajstaranniejszego utrzymywania w czystości jamy ustnej, rtęć mogła pochodzić bezpośrednio od lekarstwa. Na 13 badań, dokonanych nad śliną 4-ch posługaczek i 3-ch chorych, którzy nie leczyli się rtęcią, lecz obcowali stale wśród chorych leczonych wcieraniami, autor otrzymał 8 razy dodatni rezultat, a mianowicie u 4-ch posługaczek i u jednego chorego. Tenże leżał w klinice 11-cie tygodni; u pozostałych zaś 2-ch chorych, którzy niedawno wstąpili do kliniki, ślina wolna była od rtęci. Pięciokrotne badanie swojej własnej śliny dawało autorowi ujemne wyniki, pomimo przebywania w klinice po 8-m godzin dziennie.

Wnioski autora:

1. Przy leczeniu rtęcią Hg. wydziela się w ślinie niemal stale.
2. Przy leczeniu zastrzykiwaniami Hg. wykrywa się w ślinie wcześniej, niż przy wcieraniach, w obydwóch jednak tych przypadkach wydziela się ona później niż w urynie i kale.

3. Po ukończeniu leczenia zastrzykiwaniami preparatów rtęciowych rozpuszczalnych Hg. znika ze śliny wcześniej niż po ukończeniu wcierań; w obydwóch tych przypadkach ze śliny znika o wiele wcześniej niż z uryny.

4. Tylko przy dłuższem stałem przebywaniu w przestrzeniach, w których paruje rtęć, wykryć ją można w ślinie.

K. Uliński.

80. Prof R ó n a. **Wilka różycowy** (Lupus erythematosus) u **sióstr rodzonych**. (Arch. f. Derm. u. Syph., 56 B., 3 H.).

W pracy niniejszej autor przytacza swe obserwacje dotyczące przyczyn wilka różycowego niewyjaśnionych jeszcze bynajmniej do tychczas. Przypadki tego cierpienia w jednej i tej samej rodzinie zauważone i opisane były w literaturze tylko dwa razy, przytem rozpoznanie w nich nasuwało pewne wątpliwości. R ó n a obserwował wilka różycowego u 3-ch sióstr; u 2-ch rozpoznanie było niewątpliwe, u 3-ej zaś nasuwało pewne wątpliwości. U ostatniej zauważył oprócz tego objaw gruźlicy (od roku obrzmienie gruczołów pod kątem żuchwy). W rodzinie gruźlicę skonstatowano tylko u wuja. Dalsze obserwacje kliniczne autora, dotyczące przyczyn tego cierpienia:

1. Płeć i wiek chorych. Od roku 1886 autor obserwował 53 przypadki wilka różycowego a mianowicie 30 u kobiet i 23 u mężczyzn. U starszych nad lat 50 konstatował cierpienie znacznie rzadziej niż w okresie wcześniejszym (5 : 53) i raz tylko w wieku starszym nad lat 60.

2. Stosunek wilka różycowego do gruźlicy zbadany był dokładnie przez autora w 25 przypadkach z powyższych 53-ch. Z tych w 9 nie mógł wykazać gruźlicy ani u chorych ani w ich rodzinie. W 2-ch przypadkach jako objaw gruźlicy było obrzmienie gruczołów szyjowych, w rodzinie zaś nikt nie chorował na gruźlicę. W 2-ch autor zauważył znaczną niedokrwistość, w rodzinie zaś podejrzewał gruźlicę. W 9 przypadkach u chorych nie było ani śladu gruźlicy, w rodzinie zaś gruźlica kości, płuc i obrzmienie gruczołów. W 2-ch przypadkach było obrzmienie gruczołów obok gruźlicy w rodzinie. Wreszcie, jedna chora cierpiała i zmarła na gruźlicę płuc.

3. Stosunek wilka różycowego do wilka zwyczajnego (lupus vulgaris).

Wielu autorów w celu dowiedzenia pokrewieństwa tych chorób ogłosiło przypadki przejścia pierwszego cierpienia w drugie lub też istnienie obydwóch tych chorób u jednego i tego samego osobnika. W 100 obserwowanych przypadkach autor ani razu nie zauważył powyższych kombinacyj. Obserwacje autora w pracy niniejszej są zbyt luźne, ażeby mogły dowieść lub zaprzeczyć gruźliczego pochodzenia wilka różycowego, lecz przyczynią się, może, nieco do wyświetlenia tej kwestyi.

H. Uliński.

V. Wiadomości terapeutyczne.

81. (hul). **Eczema.**

Leistikow łuskową, guziczkową i pęcherzykową pryszczycę u dzieci leczy następującą pastą:

Rp. Adipis lanæ
Zinci oxydati
Amyli ana 5,0
Vaselini flavi 10,0
Hydrarg oxyd. fl. 0,25—0,5
M. f. pasta.

W przypadkach pryszczycy moknącej i strupkowej miejsca cierpiące pokrywa maścią cynkowo-ichtyolową (Zinkichtyolsalbemull). W pryszczycy uporezywie recydującej najlepiej działa pyrogallol, w przypadkach ostrych w $\frac{1}{2}$ —1 $\frac{0}{0}$, później zaś w 2—3 $\frac{0}{0}$ maści, najlepiej w unguentum caseini.

(Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. XXXI, Nr. 5).

82. (h. ul.). **Gonorrhoea.**

Hadara ostrą rzeżączkę, komplikującą się nawet zapaleniem przyjądrza, leczy przemywaniami codziennymi przedniej i tylnej cewki moczowej półlitrową ilością możliwie gorącego roztworu lapi-su, wzmocnianego stopniowo od 0,25 do 0,5 $\frac{0}{00}$ według metody Janet'a. Wyleczenie następuje po 2—4 tygodniach.

(Monatsh. f. pr. Derm. Bd. XXXI, Nr. 2).

83. (h. ul.) **Jodipina.**

Jodipina jest to bardzo trwałe połączenie chemiczne czystego jodu z ol. sesami. Winternitz pierwszy wprowadził ją do terapii. Doświadczenia jego nad zwierzętami wykazały, że w żołądku nie ulega ona zmianie i dopiero w kiszkaach rozszczepia się w znacznej ilości pod wpływem so-

ku trzustkowego i żółci, w większej jednak części wysysa się tam, będąc chemicznie niezmienioną, i odkłada się w najrozmaitszych tkankach, w szczególności zaś w tkance tłuszczowej. Na ostatniej własności polega jej zastosowanie lecznicze; od jodipiny oddziela się w tkankach wolno i stale jod, skutkiem czego Klingmüller mógł jeszcze wykazać w urynie ślady jego po upływie 70 dni od czasu ostatniej iniekcji podskórnej jodipiny, tymczasem gdy jodek potasu ma własność prędkiego wydzielania się z organizmu. Do użycia wewnętrznego podaje się w roztworze 10%, a do iniekcji podskórnej w 25%. Podskórnie stosować należy jodipinę w chorobach umysłowych, u chorych nieprzytomnych i w razie istnienia podrażnienia przewodu pokarmowego po dłuższym stosowaniu związków jodu z alkalicami, obok potrzeby dalszego podawania jodu. Klas otrzymał od jodipiny pomyślne wyniki w 5 przypadkach: w astmie oskrzelowej, odpornej na inne środki lecznicze, dalej w gruźlicy płuc włóknistej, skomplikowanej napadami nocnymi astmy. Przypadek trzeci była to t. zw. gruźlica płuc przymiotowa (phthisis syphilitica), 4-ty zaś—gruźlica płuc skomplikowana przymiotem. Wreszcie jodipina dała pomyślne rezultaty w przypadku stwardnień (Schwiele) gruźliczych krtani. Rów niez pomyślne rezultaty, szczególnie w astmie oskrzelowej, otrzymali Frese, Klingmüller, Kindler i Zirkelbach. Ostatni podawał jodipinę, w roztworze 10% 3 razy

dziennie po jedzeniu, z rana łyżeczkę od kawy, w południe zaś i wieczorem po łyżce stołowej. W 2-ch tylko przypadkach zastrzykiwać musiał podskórnice, skutkiem nieprzewyciężonej odrazy chorych do tego środka. W organizmie pozostawała przy użyciu wewnętrznym tylko 8—10 dni, w przypadkach zaś leczonych podskórnice—od 24 do 29 dni.

Autor ten stosował jodipinę w 28 przypadkach: pomiędzy innymi u 12 chorych na rozedniętą płuc, u 6-ciu na astmę oskrzelową i w 4-ch na przymiot trześciorzędny. Na mocy obserwacji swych Zirkelbach notuje wpływ dobroczynny jodipiny na duszność, dalej przekonał się, że może być zalecaną nawet wobec objawów nasycenia jodem, po użyciu poprzednim jodku potasu, w razie jeżeli wskazane jest dalsze leczenie jodem. We wszystkich przypadkach jodipina wykazała działanie lecznicze nie tylko równoznaczne ze stosowanymi dotychczas preparatami jodu, lecz nawet przewyższała je pod niektórymi względami. *Lewitt—Deutsche Med. Woch.*, Nr. 20, 1901).

84. —*ul.*—**Merkuriol.**

Wielu syfilidologów wygłaszało w ostatnich latach pogląd, że przy wcieraniach szaruchy wchłanianie się rtęci przez skórę równa się zeru, lub też w minimalnej tylko ilości, natomiast, według nich rtęć wyłącznie prawie przedostaje się przez płuca. Z powodu tego zaproponowano w przymocie pewną liczbę preparatów, wchłaniających się tylko przez płuca, dzięki parowaniu zawartej w nich rtęci. Autor zajął się zbadaniem wchłaniania się merkuryolu, jednego ze środków powyższych.

Jest to amalgamat glinu i magnezu, przedstawiający się w postaci proszku i noszony w woreczkach na piersiach lub grzbiecie. Merkuryol zalecony został przez Blomquista, wypróbował go zaś bliżej Almann. Według Blomquista, działanie lecznicze rtęci, zawartej w merkuryolu i wchłanianej przez płuca, jest takie same jak i przy innych sposobach leczenia przymiotu rtęcią.

Innego zdania są Jordan i Grön, według których merkuryol działa słabo i stosowany być winien tylko w przypadkach wymagających łagodnej kuracji rtęciowej. Znane dotychczas dokładne metody ilościowego określenia rtęci w urynie (np. metody Ludwiga i Winternitza) wymagają dużo roboty i czasu. Mniej czasu zabiera nowsza metoda Schumacher'a i Young'a, którzy do uchwycenia rtęci, wydzielającej się w moczu w postaci delikatnych kulek, używali skomponowanego przez nich złotego azbestu (Goldasbest), t. j. azbestu, przesiąkniętego roztworem chlorku złota i zredukowanego następnie w strumieniu wodoru. Autor analizy moczu na rtęć wykonywał sposobem otrzymanym przez siebie za pomocą skombinowania metod Ludwiga i Schumacher'a-Young'a. Wchłaniania się merkuryolu autor wypróbował na sobie samym, przyczem stosował go w sposób opisany przez Almann'a. W ciągu pierwszych 11 dni preparat ten posypywany był na wewnętrznej powierzchni stale noszonego woreczka w ilości 5 grm. dziennie, w ciągu zaś następnych 18 dni — co drugi dzień w tej samej ilości. Wreszcie, po zaprzestaniu stoso-

wania merkuryolu, woreczek był noszony przez 7 dni. Nazajutrz po rozpoczęciu leczenia, rtęć można było wykryć w moczu jakościowo, na trzeci zaś dzień udało się określić ilościowo. Po ukończeniu leczenia rtęć pozostawała w organizmie zadawalniająco długo, a mianowicie w 26 i nawet w 49 dni w moczu zebrany z ca-

łego dnia wykazać można było po 0,5 rtęci.

Winternitz, badając moczkilku chorych, którym weierano po 4,0 szaruchy dziennie, wykazać mógł mniejszą ilość rtęci niż autor w swych powyższych badaniach. Na mocy rezultatów swych badań autor uważa merkuryol za preparat zasługujący na uwagę.

V. Korespondencya z Łodzi.

Łódź w styczniu 1902.

Pomimo najszczerzych chęci przez długi czas nie mogłem prześląć do „Kroniki“ żadnych wiadomości z naszego miasta. Powodem tego stały się wyjątkowe stosunki, w jakich od lat przeszło dwóch znajduje się Łódź: ogólna stagnacya interesów handlowych i przemysłowych, bankructwa milionowych firm i brak gotówki wpłynęły bardzo nie tylko na usposobienie i zniechęcenie ogółu w kierunku interesów publicznych, ale odbiły się dotkliwie i na stanie ekonomicznym tutejszego świata lekarskiego. W następstwie tego wszystkiego zapanała pewna apatya i brak inicjatywy, czego najlepiej dowodzi fakt, że w ostatnich czasach nie tylko nie powstał żaden poważny projekt z dziedziny szpitalnictwa, lub higieny miasta, dla których Łódź, bardziej niż każde inne miasto Królestwa Polskiego, przedstawia szerokie pole do działania—lecz i dawniejsze uchwały Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego i Rady miejskiej dobroczynności publicznej zostały zapomniane. Co się stało z projektem założenia ambulatoryumu bezpłatnego przy Towarzystwie—nie wiadomo, jak również nieznane są losy projektu założenia szpitala miejskiego, na który przed dwoma laty znalazły się odpowiednie fundusze i odpowiedni plac pod lasem miejskim, dla którego, wreszcie, inżynier miasta p. Chełmiński wypracował plan i kosztorys... Od pewnego czasu wszystko ucichło i dla interesujących się losem szpitala w charakterze odpowiedzi zjawiała się wiadomość, że przez plac, przeznaczony pod budowę szpitala, będzie przechodziła kolej żelazna Warszawsko-Kaliska. Tymczasem miasto nasze jest właścicielem wielu jeszcze innych placów, zarówno w śródmieściu, jak i poza miastem i wybór placu nie przedstawiałby znów tak wiele trudności. Jednakże, prawdopodobnie, wiele jeszcze czasu upłynie, zanim Łódź będzie miała szpital miejski, odpowiadający wymaganiom współczesnym i w dalszym ciągu będzie na łasce szpitala powiatowego, szpitala żydowskiego i szpitala Czerwonego Krzyża, którym rok rocznie będzie płaciła dziesiątki tysięcy za leczenie biednych chorych z miasta.

Zupełnie inaczej ma się sprawa przytułku dla obłąkanych w Kochanówku pod Łodzią; tam przynajmniej roboty postępują prawidłowo, a Komitet, czuwający nad budową przytułku, dokłada wszelkich starań, ażeby powstająca Instytucja filantropijna była pod każdym względem wzorową.

Mówiąc o rozwoju szpitalnictwa w Łodzi, należy się pochlebna wzmianka o nowem ambulatoryum przy szpitalu Poznańskich, które zostało otwarte ku pożytkowi biednej klasy ludności łódzkiej w dniu 11 Grudnia r. z. Zawdzięczając uprzejmości kolegi Rosenthala, który został zarządzającym Ambulatoryum, miałem sposobność szczegółowo zwiedzić cały gmach piętrowy, mieszczący się przy ulicy Targowej obok zabudowań szpitalnych. Wejście od ulicy prowadzi przez sień wprost do poczekalni obszernej, mogącej pomieścić swobodnie 150 osób, dla których są ławki, ustawione wzdłuż rzędami jedne za drugimi. Dostęp do ławek został ułatwiony przez utworzenie poprzecznego przejścia przez środek sali. Z poczekalni prowadzą drzwi do korytarza, po obu stronach którego znajdują się rozbieralnie dla chorych, z kąd następnie wchodzą oni do gabinetu lekarskiego. Gabinetów jest 4, a wszystkie skrupulatnie zaopatrzone w niezbędne dla ambulatoryum narzędzia lekarskie, przyrządy, stoły (operacyjne i do badania), krzesła (akuszeryjne i inne), umywalnie z bieżącą wodą ciepłą, meble i t. p. rzeczy. Koszta budowy i urządzenia ambulatoryum wynoszą z górą 80 tysięcy rubli. Lekarzami ambulatoryjnymi są przeważnie ordynatorzy szpitala Poznańskich.

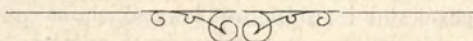
Oprócz poczekalni i gabinetów lekarskich na parterze jest jeszcze gabinet zarządzającego ambulatoryum i apteka łącznie z laboratoryum farmaceutycznym. Pierwsze piętro zbudowane zostało na sposób hotelowy: przez środek idzie korytarz, a po obu stronach drzwi do oddzielnych pokoi, które przeznaczone zostały dla służby szpitalnej. Na końcu korytarza wielka sala, w której urządzone zostało Laboratoryum chemiczno-patologiczne, zostające pod kierunkiem kol. Silberstroma.


+

VI. Kronika bieżąca.

—z— **Warszawska kasa pożyczkowo-oszczędnościowa lekarzy.**—Z końcem roku ubiegłego kasa ta kończy drugi rok swego istnienia. W ciągu tego krótkiego okresu przedstawia powolny, ale ciągły rozwój swej działalności. Bilans za r. 1900 zamykał się sumą rubli 9054 kop. — bilans zaś za r. 1901 zamyka się sumą rub. 14543 kop 15. Czysty majątek wynosił w tych dwóch latach: rub. 7150 kop. 24 i rub. 13399 kop. 92. Obroty kasy w drugim roku znacznie się zmogły w dziale pożyczek i oszczędności. Rachunki, zamknięte w d. 31 grudnia 1901 r. wykazują czysty zysk, część którego zostanie przepisana stosownie do wymagań Ustawy na kapitał zapasowy, reszta zaś zostanie podzielona w postaci dywidendy między uczestników w stosunku $1\frac{1}{2}\%$ do ich wkładów oszczędnościowych. Przewi-

dywany w budżecie na rok następny czysty zysk pozwoli, oprócz zwiększenia kapitału zapasowego, zapisać na dobro uczestników $2\frac{1}{3}\%$ dywidendy. Z pożyczek w roku dbiełym korzystało 26 uczestników w ogólnej sumie rub. 2656. Najniższa pożyczka wynosiła rub. 35, najwyższa rub. 500. Kapitały kasy przedstawiają się z końcem roku w sposób następujący: 1) W listach zastawnych m. Warszawy 7200 rub.; 2) suma hipoteczna rub. 4000; 3) u członków na pożyczkach, zabezpieczonych weksłami lub papierami procentowymi rub. 2313 kop. 70; 4) w Banku Handlowym na rachunku bieżącym rub. 335 kop. 40; 5) gotowizną rub. 29 kop. 61; 6) w inwentarzu, drukach i blankietach (po strąceniu amortyzacji) rub. 202 kop. 76.—Kasa liczyła w r. zeszłym 122 członków, z tych 42 na prowincyi. Członkowie składali miesięcznie po 3—25 rubli. Punktualność w wypełnianiu obowiązków była godna zaznaczenia. Członkowie, którzy dla różnych powodów, wycofali wszystkie poprzednio złożone oszczędności i przez to wykreślili się z listy, mogą się ponownie do kasy zapisywać w każdej chwili jako nowi członkowie.



 Do bieżącego numeru dołącza się ogłoszenie „Ogólny Zakład leczniczy D-ra Ebersa „Therapia“, nad Adryatykiem“.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 2 Февраля 1902 г.