

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. D-r *H. Sadkowski*. Pyramidon i sposób jego działania (dokńcz.)—str. 405. II. D-r *E. Flatau*. Budowa rdzenia w świetle badań nowożytnych (d. c.)—str. 412.

Dział sprawozdawczy: I. *Chirurgia*. 184. *Charles A. Elsberg*. Przyczynek do patologii, dyagnostyki i terapii ropni podprzeponowych, powstających po zapaleniu wyrostka robaczkowego—str. 417. 185. *A. E. Russel*. Śmierć w następstwie przekłucia próbnego—str. 417. 186. *F. Terrier* i *A. Gosset*. Uwagi nad gastrostomią—str. 418. 187. *Wilms*. O rozciananiu nerki w przypadkach zapalenia ostrego z ropniami prosówkowatymi—str. 420. 188. *G. A. Moynihan*. Leczenie chirurgiczne wrzodu okrągłego dwunastnicy—str. 421. II. *Choroby kobiet*. 189. *Leopold*. Zatyczka powietrzna podczas porodu—str. 422. 190. *Voigt*. Embolia pod koniec porodu—str. 423. 191. *Otto v. Franqué*. Powstawanie i leczenie pęknięcia macicy—str. 424. 192. *Jaquet*. Ubóstwo wód płodowych—str. 425. 193. *L. Seitz*. Opuśczenie macicy ciężarnej i zabiegi lecznicze w czasie porodu—str. 426. 194. *J. A. Amann*. Całkowite wycisnienie macicy spowodowane przez mięśniak—str. 427. III. *Choroby gardła*. 195. *Hollaender*. O związku wilka nosa z utrudnionym oddechem nosowym—str. 428. 196. *Bentzen*. Ropień okołomigdałkowy przewlekły—str. 429. IV. *Wiadomości terapeutyczne*: od Nr. 197—205—str. 430. V. Listy z Krakowa—str. 433. VI. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego—str. 437. VII. *Od cinek*. Historia chorób wenerycznych w starożytności i w wiekach średnich (c. d.)—str. 440. *Kronika bieżąca*—str. 443. *Zmarli*—str. 444. *Od Administracji*—str. 444. *Ogłoszenia*

Sommaire du Nr. 9. Travaux originaux: I. *H. Sadkowski*. Sur le pyramidon et mode de son action—p. 405. II. *Dr. F. Flatau*. Sur la structure de la moelle.—p. 412.

I. PYRAMIDON I SPOSÓB JEGO DZIAŁANIA.

(Dimethylamidoantypiryna-Dimethylamidophenyldimethylpyrazolu $C_{13} H_{17} N_5 O$).

PODAŁ

Henryk Sadkowski.

(Dokończenie).

Doświadczenie III.

Objekt—pies średniej wagi. Tracheotomia, zastrzyknięcie kurare, sztuczne oddychanie, połączenie art. *carotis* z kimografem, oraz przecięcie *medul. spinal.* i obu n. n. *vagi*.

Tablica przebiegu doświadczenia.

C z a s	Ilość ude- rzeń serca 1/2 m.	Cisnienie krwi w milime- trach	U W A G I
12 g. 5 m.	87	155	
	89	153	
	86	146	przecięcie rdzenia
12 g. 12 m.	46	47	
	49	53	" n.n. vagi
12 g. 14 m.	63	56	
	66	55	
	71	56	
	82	33	10 c.c. pyramidonu 0,04:1,0
	71	29	
	61	28	
12 g. 26 m.	67	27	
	79	21	
12 g. 34 1/2 m.	85	15	
	87	15	
	82	15	
	85	14	3 c.c. Strychnini nitr. 0,001 + 1,0
	75	14	
	70	14	3 c.c. " " "
			5 c.c. " " "
	85	12 1/2	9 c.c. Digitalin. germ. 0,003 + 1,0
51	38		
52	38	5 c.c. " " "	
		arytmia pulsu	
	36		
0	0	Mors.	

Doświadczenie IV.

Objekt — suka średniej wielkości. Tracheotomia, zastrzyknięcie 5 s. c. kurare 0,008:1,0 w *ven. crural.*; przecięcie rdzenia *in toto* i n. n. *vagi*. Drażnienie prądem indukcyjnym ośrodkowego odcinka *n vagi*.

Tablica.

Czas	Ilość uderzeń serca $\frac{1}{2}$ m.	Ciśnienie krwi w milimē- trach	Odległość szpułek pra- du induk.	Minimum ciśnienia krwi	U W A G I		
1 g. 10 m.	113	57	7	17			
			9	23			
			11	27			
			13	26			
			15	28			
1 g. 15 m.	102	46			2 c.c. pyramidonu 0,04:1,0		
	103	45					
	102	42					
	95	36					
	95	39					
	90	24	7	11			
	87	27	11	13			
	96	28					
	—						
	102	28					
1 g. 22 m.	74	27	9	12	wyraźne zwolnienie tętna		
			7	10			
			11	10			
			13	11			
			7	10			
1 g. 23 m.	102	41	7	10	3 c.c. pyramidonu 0,04:1,0		
			68	15		7	6
						5	7
			74	15			
				13			
				12			
			69	15		7	6
			56	15		5	7
				17			
1 g. 30 m.	74	20	5	9	3 c.c. Digitalin. germ. 0,003:1,0		
			7	9			
			21				
			22				
			24				
			98	32		7	10
108	47						
101	52	7	21				
87	60	11	28				
64	58	15	24				
1 g. 33 m.	0	0			Mors		

Doświadczenia III-e i IV-e wykazały, że w danych warunkach pod wpływem pyramidonu:

1) Działalność serca mało ulega zmianie, raczej przyspiesza się, niż zwalnia.

2) Ciśnienie krwi w wysokim stopniu obniża się (z 37—do 7, nawet 5 mm.)

3) Zastrzyknięcie strychniny nie okazuje wtedy żadnego wpływu ani na ciśnienie krwi, ani na ilość skurczów serca.

4) Pobudliwość inercyjności serca wzmagają się odnośnie do ośrodków hamujących działalność serca: drażnienie nerwu błędnego prądem indukcyjnym powoduje wybitne zmniejszenie ilości sercowych skurczów oraz znaczny spadek ciśnienia krwi.

Wynika ztąd, że przy wykluczeniu ośrodków mózgowych pyramidon działa wprost przeciwnie, aniżeli to miało miejsce w pierwszych dwóch doświadczeniach, mianowicie obniża ciśnienie krwi i tak już nieznaczne z powodu przecięcia rdzenia, a oprócz tego paraliżuje niejako aparat nerwowo-mięśniowy serca, gdyż, jakkolwiek serce reaguje jeszcze na dawki naparstnicy, jednakowoż w bardzo małym stopniu zapewne z powodu izolacji ośrodków mózgowych i braku kompensacji.

Celem wyjaśnienia, czy wyłącznie *vasoconstrictores* wpływają na wzmózenie wewnątrz-naczyniowego ciśnienia, urządzono piąte doświadczenie, polegające na wykluczeniu wpływu ośrodków zwięzających naczynia w dużym kręgu krwioobrotu, mianowicie zapomocą przecięcia nerwów trzewiowych.

Doświadczenie V.

Jako obiekt—pies średniej wielkości. Tracheotomia, zastrzyknięcie kurare, sztuczne oddychanie, połączenie *art. carotis* z kymografem, odpreparowanie krańcowego odcinka *n. cruralis*. W drugiej połowie doświadczenia—laparotomia, przecięcie obu *n. n. splanchnici*.

Kurare widocznie słabo działało, gdyż pomimo zastrzyknięcia 10 c. c., pies w ciągu całego doświadczenia poruszał się, nawet oddychał samodzielnie, oraz wyraźnie reagował na drażnienia (uderzenie o stół wywoływało odruchowe drgawki i t. p.)

Tablica przebiegu doświadczenia.

Czas	Ilość uderzeń serca w $\frac{1}{2}$ m.	Ciśnienie krwi w milimetrach.	UWAGI
2 g. 30 m.	84 81	102	10 c.c. Curare 0,008:1,0
2 g. 32 m.	82		
2 g. 55 m.	68 57	145	
2 g. 56 m.	67 70	149 156	drażnienie n. cruralis prądem indukc. 19 ctm " " " " " 15 "
2 g. 57 m.	69 60		" " " " " 18 i 19 "
2 g. 58 m.	82 98	142 165	3 c.c. pyramidonu 0,04:1,0 drażnienie n. cruralis 21 ctm.
2 g. 59 m.	98 99	167 170	" " " 21 "
3 g. p. poł.	87 100 104	162 169 154	" " " 15 " wyraźne podnie- " " " 19 " sienie ciśnienia " " " 21 " " " " 23 "
3 g. 2 m.	124 110 109 113 100 112	159 160 178 173 169 154	3 c.c. pyramidonu 0,04:1,0 drażnienie n. cruralis 15 ctm. " " " 17 " " " " 21 " " " " 23 "
	81 120 92 120 133 129 79 90 93 95 0	49 30 91 115 63 65 40 34 43 50 0	Trombus in art. carotis. Odpreparowana druga art. carotis i połączona z kimografem. Nieznaczny krwotok. Laparotomia i przecięcie nerwów trzewiowych (n.n. splanchnici). 4 c.c. pyramidonu 4 c.c. pyramidonu 10 c.c. pyramidonu Exitus letalis.

Wynik piątego doświadczenia istotnie wykonał zależność wzmożonego ciśnienia krwi od wpływu pyramidonu na nerwy zwięzające naczynia: z chwilą przecięcia nerwów trzewiowych ciśnienie krwi znacząco opadło, tak że nawet większa częstość skurczów sercowych, która potem nastąpiła, nie była w stanie tego spadku wyrównać. Następnie zastrzykiwania pyramidonu uwydatniły tylko jego paraliżujące działanie na serce, ciśnienie krwi opadało coraz więcej, ilość uderzeń

serca zmniejszała się i po upływie 5 minut nastąpił zupełny paraliż serca.

Reasumując ogólne wyniki wszystkich doświadczeń, przychodzimy do wniosku, że pyramidon działa pobudzająco na mózg, mianowicie na terytoryum ruchowe kory (drgawki, wzmożona pobudliwość nerwów), oraz na *vasoconstrictores* i nerwy przyspieszające działalność serca. W rezultacie następuje wzmożenie ciśnienia krwi, przyspieszona działalność serca (bicie serca) i drgawki, jako objaw silnej pobudliwości nerwów.

Co zaś do oddechu, to ten, w zależności od warunków doświadczenia, przedstawiał się zmiennie: był nielicznym przy drgawkach, albo jako objaw kompensacji (wysokie ciśnienie krwi, szybka działalność serca), natomiast przy przecięciu tchawicy (tracheotomia) stale stawał się częstszym. Za dowód pobudzenia ośrodków dla *vasoconstrictores* można przytoczyć tę okoliczność, że po przecięciu rdzenia (III i IV d.) lub nerwów trzewiowych (V d.) ciśnienie krwi, już wtedy niewielkie—od pyramidonu opadało jeszcze więcej. Pośrednio dowodzi to także obezwładniającego działania pyramidonu na układ nerwowomięśniowy ścian naczyń, tembardziej, że pyramidon i na serce wywiera to samo działanie. Tak, przynajmniej, należy sądzić na zasadzie tego spostrzeżenia, że sercu, zdepresyjonowanemu przez pyramidon, naparstnica choć w części przywraca zdolność działania. Powyżej wyłuszczonego poglądu na działanie pyramidonu zdaje się być w zupełnej zgodzie z przeciwgorączkowymi jego własnościami: zwięzając naczynia wewnętrzne, ogranicza on, zapewne, wytwórczość ciepła, z drugiej zaś strony, wskutek wzmożonego ciśnienia krew dąży do naczyń krańcowych bardziej powierzchownych, ztąd—zwiększona strata już wytworzonego ciepła.

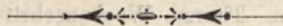
W chwili, gdy praca nasza była już na ukończeniu, w prasie ukazały się liczne wzmianki, stwierdzające działanie obniżające działalność serca pyramidonu (7, 9, 30), a dla uniknięcia go zaproponowano podwójne związki pyramidonu z kamforą w postaci obojętnego i kwaśnego kamforowego pyramidonu (*neutraler und saurer kamphorsaurer Pyramidon*). Naszem zdaniem jednak dążenie to, jako nie mające podstawy w samym sposobie działania omawianego środka, nie zasługuje na poparcie, bardziej celowem już wydaje się nam łączenie go z muskaryną lub też z grupą środków sercowych (*cardiaca digitalis*). Tą drogą możnaby uniknąć ujemnych stron pyramidonu, kamfora może raczej sprzyjać wzmożeniu jego cech strychninowych, ekscytować zaś serce tylko na czas bardzo krótki.

Przejdźmy teraz do rozpatrzenia kwestyi, jakie wskazówki co do stosowania pyramidonu w praktyce wynikają z powyższego poglądu na jego własności. Odpowiedź łatwa do przewidzenia. Nie należy bezwzględnie stosować go w tych chorobach gorączkowych, w których tętno bywa częste i mocno napięte, w chorobach serca i naczyń (*arteriosclerosis*), przy zmianach patologicznych w nerkach, w suchotach płucnych. W tym ostatnim przypadku pyramidon, wzmagając wewnątrz-naczyniowe ciśnienie, może łatwo spowodować krwotoki. Prawda, że należy oględnie przenosić wskazania z doświadczeń laboratoryjnych (na zwierzętach) do praktyki, jednakowoż mechanizm działania pyramidonu pozostanie ten sam u zwierząt, co i u człowieka.

L i t e r a t u r a .

- 1) Filehne. Berliner klin. Wochenschrift 1896, Nr. 48.
- 2) Filehne. Das Pyramidon. Zeitschrift für klin. Med. Bd. 32. H. 5 u. 6. 1896.
- 3) Lépine. Lyon médical. 1897. Nr. 24.
- 4) Horneffer. Ueber Pyramidon. Berliner klin. Wochenschrift 1897. S. 759.
- 5) Feuerstein. Therap. Wochenschrift. 1897. Nr. 44.
- 6) Roth. Wirkungsweise des Pyramidon bei verschiedenen Krankheitszuständen. Wiener klin. Wochenschrift. 1897. S. 964.
- Zusammenstellung über Pyramidon. Klin. Ther. Wochenschrift. 1898. Nr. 27.
- 7) Brandeis. Behandlung des Typhus abdominalis mit Pyramidon. Prager med. Wochenschrift. 1897. Nr. 44.
- 8) Huchard. Semaine méd. 1897. 22.
- 9) Brandeis. Prager med. Monatshefte 1898. Nr. 1.
- 10) Jolles. Pyramidon Nachweis im Harn. Allgemeine Wiener Med. Ztg. 1898, 173. Zeitschrift für analyt. Chemie 37, 441.
- 11) Husemann. Die Antipyretica des Jahres 1897. Berliner klin. Wochenschrift. 1898. Nr. 17.
- 12) Suchanek. Reichs-Medicinal-Anzeiger. 1898. Nr. 8.
- 13) Laub. Ther. Revue der „Allgem. Wiener med. Ztg. 1898. S. 13.
- 14) Pohl. Aertzlicher Central Anzeiger. Wien. 1898. Nr. 19.
- 15) Laudenheimer. Anwendung des Pyramidon bei Nervenkrankheiten. Therap. Monatshefte. 1898. Nr. 4. S. 177.
- 16) Horneffer. Centralblatt für die medicin. Wissenschaften. 1898. S. 473.
- 17) Cohn. Pharmaceut. Centralhalle. 1898. Nr. 51.
- 18) Kobert. Pharmakotherapeutische Rückblicke. Die Antipyretica. Deutsche Aerzte-Zeitung. 1899. Nr. 2.
- 19) Kobert. Bericht über den Kongress zur Bekämpfung der Tuberculose. Berlin. 1899. S. 369.

- 20) K é t t y. Die Heilkunde. Wien. 1899. S. 12.
 21) Paul Hoffmann. Vergleichende Reactionen von Antipyrin, Pyramidon und Verwandten und Schicksal des Pyramidon im Tierkörper. Archives internationales de Pharmacodynamie et de Thérapie. 1899. P. 171.
 22) Müller. Schweiz. Vierteljahrsschrift für die zahnärztliche Praxis. 1899. Heft IV.
 23) I. Pollak-Alland. Wiener klin. Wochenschr. 1900. Nr 3.
 24) K. Gregor. Therap. Monatsh. 1900. Nr. 6.
 25) A. Fasano. Archiv Internaz. di Med. e Chir. anno XVI fasc. V.
 26) Klein. Nouveaux remèdes. 1900. Nr. 15.
 27) Feuerstein. Ueber das Piramidon—ein Antipyrinderivat. Centralblatt für die gesammte Therapie 1897. 7 okt. H. X. S. 588.
 28) W. Lublinski. Ueber die Wirksamkeit des Pyramidon bei dem Fieber der Phthisiker. Therapeutische Monatshefte. October. 1901.
 29) F. Köhler. Die medikamentöse Bekämpfung des Fiebers bei der Lungentuberkulose. Münchener med. Wochenschr. Nr. 50. 1901.
 30) E. Stadelmann. Pyramidon und seine Salze gegen die Temperatursteigerungen bei Phthisikern. Deutsche med. Wochenschrift, 27 Juni 1901. Nr. 26, Seite 427.
 31) L. Bertherand. Bulletin général de Thérapie. 1901, p. 276.
 32) A. Robin. C. Bardet. Revue de Thérap. méd. chirurg. 1901. Nr. 4, pag. 120.
 33) B. Lyonnet et Lançon. L'écho méd. de Lyon. 1901. 15 Juli.



II. BUDOWA RDZENIA

w świetle badań nowożytnych.

Podał

Edward Flatau.

(Ciąg dalszy).

B) Słupy przednio-boczne.

1. Zwyrodnienia wstępujące.

W słupach przednio-tylnych napotykamy głównie dwie drogi anatomiczne wyrodniające w kierunku wstępującym. Są to 1) droga mózdkowa (Fig. 1—3 M.) i 2) pęczek przednio boczny Gowers'a (Fig. 1—3, Gow.).

Droga mózdkowa (tractus spino-cerebellaris dorsalis, direktes oder aufsteigendes Rückenmarkskleinhirnbündel, Klenhirnseitenstrang-

bahn) zaczyna się w rdzeniu ludzkim w górnych odcinkach lędźwiowych, przebiega w kierunku wstępującym w tylnej okolicy pasa obwodowego słupa bocznego i kończy się w robaku mózdkowym (przeważnie po stronie nieskrzyżowanej). Włókna drogi mózdkowej powstają głównie z komórek słupów Clarke'ego i Stilling'a.

Badania eksperymentalne, dokonane na wyższych zwierzętach i fakty ustalone w anatomii patologicznej ludzkiej ujawniły następujące szczegóły dotyczące tej drogi anatomicznej. Droga mózdkowa ukazuje się w dolnych odcinkach grzbietowych w postaci pasma obwodowego, którego część tylna jest mniej rozwinięta, gdy natomiast część przednia jest szeroka i wypukła. Część przednia drogi mózdkowej jest na stronie wewnętrznej jakby zazębiona i widzimy na odpowiednio zabarwionych skrawkach (ze zwyrodnieniami wtórnymi), że od niej biegną włókna, zagłębiające się w istotę białą w kierunku ku szarej istocie rdzenia. Z drugiej zaś strony spotykamy włókna biegnące od najbardziej ku tyłowi posuniętych części drogi mózdkowej wzdłuż pasa Lissauer'a do rogu tylnego. Zauważyć jednak należy, że na skrawkach tych nie udało nam się stwierdzić włókien, któreby biegły od drogi mózdkowej do wnętrza drogi piramidalnej bocznej.

Część przednia drogi mózdkowej staje się w kierunku wstępującym jeszcze bardziej zazębiona, wypustki zębate zmieniają jednak swe położenie i w części szyjowej droga mózdkowa ukazuje się nam w postaci, wprost odwrotnej do tej, jakąśmy widzieli w dolnym rdzeniu grzbietowym. Albowiem w rdzeniu szyjowym część przednia drogi mózdkowej jest zwężona, gdy natomiast część tylna—rozszerzona i od tej ostatniej biegną włókna zwyrodniałe (na skrawkach Marchi'ego) w kierunku ku rogowi tylnemu (Sherrington, Barbacci, Flatau).

Fakty te wykazują, że od drogi mózdkowej odchodzą podczas jej przebiegu wstępującego włókna, które okrążają z przodu i z tyłu drogę piramidalną boczną i biegną do istoty szarej rdzenia. W rdzeniu grzbietowym włókna te odchodzą przeważnie od przedniej części drogi mózdkowej. W części zaś szyjowej następuje translokacya włókien tej drogi wzdłuż obwodu drogi piramidalnej bocznej ku tyłowi i jednocześnie widzimy, że włókna, o których mowa, odchodzą teraz głównie od części tylnej drogi mózdkowej i biegną do rogu tylnego. Że droga mózdkowa oddaje w rzeczy samej włókna do istoty szarej rdzenia, wynika to z niezbitą pewnością z doświadczeń Sherrington'a. Badacz ten wykazał np., że po przecięciu X-go odcinka grzbietowego u małpy (*macacus rhesus*) liczba absolutnie

zwyrodniałych kwadratów w V—II odcinkach grzbietowych wynosi od 45 do 55, gdy natomiast liczba ta zmniejsza się w środkowej i górnej części rdzenia szyjowego do 30.

Pęczek przednio-boczny Gowers'a (tractus antero-lateralis, tractus spino-cerebellaris ventralis, aufsteigende antero-laterale Bahn, Gowers'sches Bündel) zaczyna się w rdzeniu lędźwiowym, biegnie w kierunku wstępującym w części przedniej pasa obwodowego słupa bocznego i kończy się w mózdzku (Löwenthal, Mott, Tooth, Bruce, Thomas, Rossolym o, Henneberg i inni), głównie w części przedniej robaka górnego po stronie tej samej i przeciwległej. Włókna pęczka Gowers'a powstają zapewne z małych komórek przednich rogów (po stronie tej samej i przeciwległej), a być może i z komórek t. zw. pasa środkowego istoty szarej (Mittelzone) (p. Fig. 8, strona lewa).

Oprócz tych długich dróg wyodrębniających w słupach przednio-bocznych w kierunku wstępującym w postaci zbitej masy włókien, spotykamy w tych słupach—po przecięciu poprzecznym rdzenia—zwyrodnienie rozsiane.

Jeżeli przetniemy rdzeń w dolnym odcinku grzbietowym, to bezpośrednio ponad miejscem przecięciem powstanie dość równomierne i rozsiane zwyrodnienie całkowitych słupów przednio-bocznych.

W słupie przednim stwierdzić można przytem jeden najbardziej zwyrodniały pas, otaczający koncentrycznie róg przedni i giący w słupie bocznym. Najmniej zwyrodniałe jest dno *sulci longitudinalis anterioris*. W kierunku wstępującym zwyrodnienie to kształtuje się w sposób następujący:

a) pas zwyrodnienia gęstego, leżący początkowo w pewnym odaleniu od obwodu słupa przednio-bocznego, zbliża się w kierunku wstępującym coraz bardziej do obwodu i zajmuje ten ostatni 5 lub 6 odcinków powyżej miejsca, w którym rdzeń był przecięty;

b) najbliższe otoczenie istoty szarej staje się w kierunku wstępującym coraz wolniejszym od bryłek zwyrodniałych. Zauważyć przytem można, że otoczenie istoty szarej w słupie przednim uwalnia się znacznie szybciej od tych bryłek, niż w słupie bocznym. Na skutek tego rozwija się i staje się coraz widoczniejszym „zwyrodnienie pasów obwodowych“ (*Randdegeneration*), przyczem pas obwodowy słupa bocznego (pęczek Gowers'a i droga mózdkowa) wykazuje znacznie wybitniejszą degenerację, niż pas obwodowy słupa przedniego. I w jednym i w drugim zwyrodnienie traci na intensywności w kierunku od obwodu do istoty szarej. Stosunek ten istnieje zarówno w rdzeniu grzbietowym, jak i w szyjowym;

e) w słupach przednich powstaje niedaleko miejsca, w którym rdzeń został poprzecznie przecięty, zwyrodnienie zupełnie wyraźne i dobrze zaznaczone. W kierunku wstępującym zwyrodnienie to maleje i to nie tylko, jakieśiny zaznaczyli, w otoczeniu istoty szarej, lecz i na obwodzie tych słupów. Najwcześniej uwalnia się od bryłek zwyrodniałych dno *sulci longitudinalis anterioris*, — następnie zmniejsza się liczba tych bryłek, zarówno w środkowym, jak i w przednim pasie obwodowym słupów przednich. W dolnych odcinkach szyjowych „zwyrodnienie pasów obwodowych“ w słupach przednich jest już słabo rozwinięte, a w powyżej leżących odcinkach składa się ono z nielicznych tylko bryłek. Przeciwnie, zwyrodnienie pasa obwodowego słupów bocznych jest bardzo wybitne nawet w najwyższych odcinkach rdzeniowych, przyczem zwyrodnienie drogi mózdkowej jest znaczniejsze, niż — pęczka G o w e r s'a. Zwyrodnienie to jest najszersze w tej części pasa obwodowego, które odpowiada topograficznie rogowi bocznemu.

Nakreślone tylko co zmniejszanie się intensywności zwyrodnienia w kierunku od istoty szarej do obwodu stanowi zjawisko wspólne dla wszystkich słupów rdzenia i podlega prawu, które jest opisane poniżej.

To samo prawo stwierdzić można u zwierząt, u których uskuteczniono zamknięcie światła aorty brzusznej. Jako rezultat tego rękożyny powstaje śmierć komórek istoty szarej w części lędźwiowo-krzyżowej rdzenia. Na tej wysokości rdzenia spostrzegamy też rozsiiane zwyrodnienie słupów przednio-bocznych, najsilniej zaznaczone w bezpośrednim otoczeniu istoty szarej (S a r b ó). Natomiast widzimy w rdzeniu grzbietowym i szyjowym stopniowe znikanie bryłek zwyrodniałych z okolicy istoty szarej i ich skupianie się właśnie w pasach obwodowych tych słupów.

2. Zwyrodnienie zstępujące¹⁾.

Do niedawna pod nazwą zwyrodnień zstępujących słupów przednio-bocznych pojmowano wyłącznie degenerację dróg piramidalnych. W ostatnich jednak czasach stwierdzono dzięki badaniom doświadczalnym i patologiczno-anatomicznym cały szereg dróg, powstających bądź to w mózgu, bądź też w rdzeniu i wyrodniewających we wskazanych tylko co słupach w kierunku zstępującym.

1) słupów przednio-bocznych.

Na pierwszym miejscu omówić tutaj należy drogi piramidalne—przednią i boczną.

Droga piramidalna przednia czyli pęczek Türk'a (Fig. 1, Pp). leży w środkowym pasie obwodowym słupa przedniego, po obu stronach *sulci longitudinalis anterioris*. Włókna tej drogi kończą się przeważnie w rogu przednim tej samej strony, być jednak może, że część tych włókien biegnie poprzez *commissura anterior* do przeciwległego rogu lub też do przeciwległej drogi piramidalnej bocznej.

Droga piramidalna przednia kończy się w znacznej swej części już w rdzeniu szyjowym i w górnym grzbietowym. Z badań z lat ostatnich, prowadzonych głównie z zastosowaniem nader czułej metody Marchi'ego, wynika, że część włókien tej drogi biegnie aż do rdzenia lędźwiowo-krzyżowego. Fakt ten wyprowadzić się daje z badań, w których stwierdzono po uszkodzeniu mózgu ludzkiego zwyrodnienie drogi piramidalnej przedniej, sięgające aż do rdzenia krzyżowego. Badania te dokonane zostały przez Dejerine-Thomasa, Russell'a, Sträussler'a, a ostatnio i przezemnie.

Po przecięciu poprzecznym rdzenia ludzkiego stwierdzić można również wybitne zwyrodnienie zstępujące środkowego pasa obwodowego słupa przedniego sięgające aż do rdzenia krzyżowego (*fasciculus marginalis anterior* Löwentha'a czyli *fasciculus sulco-marginalis* Marie'ego Fig. 2—4, smd). Włókna tego układu zwyrodniałego zaliczyć należy tylko w pewnej ich części do drogi piramidalnej przedniej; większość tych włókien stanowią prawdopodobnie włókna łącznikowe (*Conjunctionsfasern*). W kwestyi istnienia drogi piramidalnej przedniej u zwierząt zaznaczyć należy, że u psów, kotów i królików stwierdzić można li tylko drogę piramidalną boczną, nie zaś przednią (Flechsig, Bechterew, Monakow, Singer, Münzer i inni). Lenhossék twierdzi nawet, że droga piramidalna przednia istnieje wyłącznie u człowieka, że nie posiada jej żadne ze zwierząt ssących. Rothmann (1901) sądzi również, że u wyższych zwierząt ssących droga ta nie istnieje zupełnie, albo też znaleźć można jej zaczątki w górnych odcinkach szyjowych.

D. c. n.

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

184. Charles A. Elsbeg. Przyczynę do patologii, dyagnostyki i terapii ropni podprzeponowych, powstających po zapaleniu wyrostka robaczkowego. (Annals of Surgery. Grudzień. 1901.)

W wyczerpującej rzecz monografii autor pomieścił 73 spostrzeżenia, z tych 2 własne. Z pomiędzy 51 osobników operowanych wyzdrowiało 40, z 22-ch nieoperowanych—zmarło 18 (82%). W 4-ch leczonych wewnętrznie przypadkach otrzymano rozejście się pomyślnie sprawy w ten sposób, że u 3-ch chorych ropień opróżnił się na zewnątrz przez oskrzela, w jednym zaś przypadku, stanowiąc część ropnia pierwotnego dokoła robaczkowego wyrostka, wygoił się wraz z tymże. Dla postawienia rozpoznania posługiwano się zazwyczaj przekłuciem próbnym. Autor resekuje IX i X żebro w tem miejscu, gdzie operuje się w obec otoku ropnego opłucny i drogą tą dochodzi do przepony. Jeżeli ma się jednocześnie do czynienia z otokiem owym (*empyema*), należy opłucnę przekłóć i opróżnić; w przeciwnym razie zabezpiecza się ją przed zakażeniem serwetkami, wyszukuje—przepony poniżej i otwiera ropień w razie dodatniego wyniku punkceji. Gdy w ten sposób nie można przedostać się do ogniska, należy obrać drogę transpleuralną.

K. Niedzielski.

185. A. E. Russel. Śmierć w następstwie przekłucia próbnego. (St. Thomas Hospital Reports. Nr. 28. 1901.)

Ośmioletnią dziewczynkę, chorą na zapalenie płuc i wyciek ropny z ucha, zakwalifikowano do punkceji próbnej z uwagi na nie-dające się ściśle wytłomaczyć uporczywe stępienie odgłosu wypukowego. Przekłucia dokonano w IX-em międzyżebżu, przyczem z dwucalowej głębi otrzymano kilka zaledwie kropel krwi. Natychmiast po wyciągnięciu igły dziecko zsiniało, zaczęło przewracać oczyma, robiąc się sztywnem; z ust potoczyła się krwawa piana, a po upływie minuty bicie serca i oddech zatrzymały się. Zastosowanie oddechu sztucznego i innych zabiegów trzeźwiących nie doprowadziły do żadnego wyniku; zresztą, przyczyna śmierci nie została określona ściśle, na sekcji bowiem znaleziono tylko stare skórzaste stwardnienie opłucny lewej oraz przewlekłą ropną broncho-pneumonię. Niespodziankę tego rodzaju otrzymano również i w drugim przypadku, dotyczącym 7 letniej pacjentki, która, dostawszy po przekłuciu natychmiast drgawek, zmarła po 4-ch dniach, nie odzyskując przytomności. I tu oględziny pośmiertne nie dostarczyły autorowi żadnego punktu wytycznego. W trzecim, wreszcie, przypadku chodziło o 52-l. mężczyznę, zmarłego po dokonaniu przekłucia w dwóch miejscach. Gdy po ukłuciu drugim

chory, siedząc na stole, wyrażał zdziwienie, że manipulacja ta jest tak mało bolesną, wystąpiły nagle objawy zapaści, urynowanie obfite, w końcu utrata świadomości zupełna, wraz z zatrzymaniem oddechu. Podczas cucenia pacjenta, tenże dostał drgawek lewostronnych i bezwładu połowicznego (hemiplegia). Śmierć po upływie dni trzech; na sekcji znaleziono zmiany w płucach, lecz w mózgu nie było żadnych.

Autor mniema, że we wszystkich tych trzech przypadkach miano do czynienia z objawami odruchowymi, zależnie od podrażnienia gałązek płucnych nerwu błędnego; za słusznością takiego poglądu przemawiają wyniki dokonanych przezeń doświadczeń na zwierzętach: na skutek podrażnienia u tychże włókien będącego w mowie nerwu na wysokości wnęki płucnej (*hilus pulmonum*) działalność serca zawsze zatrzymywała się. W ten sposób dałoby się również wytłomaczyć przyczynę śmierci, następującej nagle podczas wyplukiwania jamy opłucnowej. Zdaniem autora, powikłania takie nie będą miały nigdy miejsca, jeżeli punkcya dokonywać będziemy jedynie tylko w położeniu leżącym chorego.

K. Niedzielski.

186. F. Terrier i A. Gosset (z Paryża). Uwagi nad gastrostomią. (Revue de chirurgie. Nr. 2. Février. 1902).

Antorzy zarzucili od lat kilku zupełnie cięcie poprzeczne, równoległe do lewego łuku żebrowego, gdyż sposób ten wymaga poświęcenia wielkiej liczby włókien mięsnych i naczyń, a do żołądka dawał dostęp mały. Zamiast takiej metody operacyjnej stosuje się obecnie cięcie pionowe, boczne, które wytwarza kanał długi i dobrze kureczący się na przestrzeni od łuku lewego do poziomu linii poprzecznej, przechodzącej przez pępek, w równej od smugi białej i brzegu zewnętrznego lewego mięśnia prostego odległości. Po przecięciu skóry i warstw powierzchownych widzi się pochewkę przednią m. *recti*, wytworzoną z włókien ścięgowych, przebiegających skośnie ku dołowi i wewnątrz. Pochewkę tę rozszczepia się pionowo wzdłuż całej rany, obnażając w ten sposób włókna mięśnia wraz z przecinającymi tenże pęczkami rozścięgną. Najgrubszy z tychże w połowie długości rany, przecina się, gdy sam mięsień rozszczepić tylko należy zgłębnikiem rowkowanym, poczem włókna rozsunać wypadnie na prawo i lewo, docierając do pochewki tylnej *recti*. Skoro przetniemy teraz ostatnią, jak również otrzewną ścienną, będziemy mieli jamę brzuszną otwartą. Tu zwrócić trzeba uwagę na naczynia i nerwy, przylegające do pochewki tylnej, w poprzek dna rany. Twory te lokują się powyżej i poniżej cięcia. Jeżeli otwór w brzuchu otrzymuje się wystarczający, lepiej będzie je szczerzyć, by zachować unerwienie mięśnia prostego nietkniętem i otrzymać dokoła przetoki zwieracz pewniejszy. Dla łatwiejszego, wreszcie, rozcięcia pochewki tylnej wytwarza się z teje zmarszczkę poprzeczną i cięcie rozszerza nożyczkami ku gorze i ku dołowi w kierunku poprzecznym.

Wyszukanie żołądka należy do rzeczy łatwych, zwłaszcza, że

prawie zawsze ma się tu do czynienia z osobnikami z charłactwem posuniętem bardzo daleko. Żołądek wyciąga się na zewnątrz pensetą możliwie blisko wpustu, pamiętając o tem, iż narząd ten, w przebiegu operacyi, wykazuje skłonność niezmienną ku powrotowi do brzucha. Jeżeli na okoliczność tę nie zwróci się uwagi, stożek żołądkowy nie wyjdzie dostatecznie długim, szew na śluzówkę i skórę nie będzie łatwy, a wynik—dobry. Przedewszystkiem tedy należy przymocować żołądek w górnym kącie rany szwem trzypiętrowym do obu pochewek i skóry. Szwy te węzełkowe nie są, naturalnie, drażące, przechodzą bowiem tylko przez błonę surowiczo-mięsną, przyczem najsamprzód spaja się narząd ów szwem głębokim z pochwą tylną mięśnia prostego brzucha. Czterech szwów, nałożonych w punktach głównych, wystarczy. Z kolei zaszyć należy resztę otworu pochwy tylnej.

Drugie piętro szwów, w miejscu odpowiadającym ściśle pierwszemu, nakłada się w kierunku od żołądka do pochwy mięśnia przedniej; nitki przeciąga się, jak i poprzednio, wytwarzając niemi głoskę V. Wreszcie, następuje szew skórny, poczem bezzwłocznie otwiera się żołądek, po użyciu do cięcia nader cienkiego bistura. I tu, również, dwiema pensetami należy wykonać ze ściany narządu zmarszczkę, lecz tylko z warstwy surowiczo-mięsnej, którą przekłuwa się od podstawy. Potem dopiero otwieramy wypuklającą się śluzówkę, otrzymując w rezultacie nader niewielkie ujęcie, okolone przez kurczący się dobrze kołnierzyk. Po nałożeniu cieniutkiego szwu jedwabnego na śluzówkę i skórę, resztę rany zewnętrznej zaszywa się jak zwykle.

Zalety metody powyższej zrozumieć łatwo. Zamiast „gęby“ żołądkowej, powstającej tam, gdzie wytwarzano przetokę w smudze białej, otrzymuje się kanał, względnie długi, który ciągnie się od tylnej pochwy mięśnia do powierzchni skóry, zatem na głębi 2 ctm-owej prawie. Kanał idzie w kierunku prostym, pofałdowana zaś śluzówka żołądka, mocno wyciągnięta na zewnątrz, stanowi dla przetoki rodzaj rodzimego mięśnia zasłonowego. Kanał ten otoczony jest podwójną warstwą zwieracza, włókna bowiem mięśnia prostego nie przecięte, lecz rozseparowane tylko, zachowując unerwienie swoje w całości, tworzą z prawej i lewej strony przetoki zabezpieczający trwałość jej mocny pas mięśniowy.

Okres czasu, zużyty na tak wykonaną gastrostomię, nie powinien przewyższać 20 minut; to też niepodobna kłaść na karb ręko-czynu znacznej, bądź co bądź, odsetki śmiertelności. Z przytoczo-nych w pracy tej 8-iu przypadków, w jednym otrzymano zejście nie-pomyślne już w ciągu pierwszej doby; lecz osobnik ten, długo leczony całkiem niewłaściwie, znajdował się w stanie wyniszczenia wielkiego, gdyż od tygodnia nie jadł. Dalej, czterej operowani żyli po za-biegu od 17 do 41 dni, a cierpienie główne wikało się tu tego ro-dzaju sprawami pobocznymi, jak przetoka tchawico-przelykowa, zgorzel płuca, nowotwór języka i t. p. Trzej, wreszcie, operowani żyją do-tąd, lubo od dnia dokonania ręko-czynu upłynęły już 3, 4 i 9¹/₂ miesięcy, przyczem sprawność przetoki pozostaje doskonałą bez zmiany.

K. Niedzielski.

187. D-r Wilms. O rozcinaniu nerki w przypadkach zapalenia ostrego (*pyelonephritis*) z ropniami prosówkowatymi. (München. med. Wochenschr. Nr. 12. 1902.)

Postępy lat ostatnich w zakresie chirurgii nerek uwydatniły się w tem głównie, że stosowanie zabiegów zachowawczych wyrabia sobie wziętość coraz większą i dziś, w odpowiednich, rozumie się, przypadkach wodo- i roponercza, gruźlicy, a nawet—guzów nerki staramy się zawsze uratować, jeżeli nie całość, to, przynajmniej, część będącego w mowie narządu. Że postępowanie takie daje wyniki dobre i w obec ropni prosówkowatych (*abscessus miliares*), przekonywa o tem ciekawe spostrzeżenie d-ra W., dotyczące 23 letniej kobiety. Chora ta dostała nagle mocnego parcia na mocz oraz uczucia palenia przy oddawaniu, a w trzy dni potem — bólów w prawej okolicy lędźwiowej i gorączki. Podczas badania znaleziono wyraźne powiększenie prawej nerki, w moczu zaś—pewną ilość białka, wałków nerkowych, wreszcie, obfity osad z komórek ropnych.

Po zachloroformowaniu chorej przystąpiono do wykonania nefrotomii. Z pod torebki włóknistej przeświecała niezmierna ilość, zabarwionych na biało, dużych jak ziarno grochu, ropni, które tworzyły miejscami zlewające się wzajemnie ogniska. Dla uniknięcia krwawienia większego nerki nie rozpołowiono, jak zwykle, lecz wykonano w środku jej cięcie małe, poczem rozszczepiono mięszc narządu w kierunku biegunów górnego i dolnego na tępo, a miedniczkę rozcięto nożyczkami. Widoczne na przekroju mięszcu smugi białawe zdradzały posuniętą daleko infekcyę ropną, pomimo to autor nie zdecydował się na wycięcie narządu z uwagi na prawdopodobieństwo rozpoczynającego się zakażenia nerki drugiej. Poprzestano zatem na pootwieraniu wszystkich widocznych ropni, przedrenowaniu wypełnionej nieco mętną uryną, rozszerzonej miedniczki, wytamponowaniu rany operacyjnej i zaopatrzeniu teje również w dren.

Przebieg okresu pooperacyjnego był prawidłowy; stan chorej ogólny poprawiał się szybko, ilość moczu z dniem każdym wzrastała. Po upływie trzech tygodni usunięto ostatnie tampony. Czas jakiś wydzielał się mocz drogą przetoki, po ośmiu, wszelako, tygodniach i ta zagoiła się. Z wydzieliny ropni nerkowych wyhodowano lasecznika okrężnicowego (*bacterium coli commune*). Operowana wyzdrowiała, mocz oddaje prawidłowy, co stwierdzono niedawno, w rok po opisanym zabiegu.

Piśmiennictwo zawiera skąpą tylko ilość tego rodzaju spostrzeżeń. L e n n a n d e r opisał ich 5, obfitujących prawie zawsze w powikłania cięższe, jak rak macicy, ciąża, przetoka pęcherzo-pochwowa, gruźlica płuc i t. p. U wszystkich tych osób wykryto ten sam ustrój czynny (*bacterium coli commune*), raz tylko jeden działający wspólnie z paciorkowcem. Przed laty kilkanaście I s r a e l operował również z powodzeniem w jednym takim przypadku, u 61 letniego mężczyzny, który od dni trzech nie oddawał moczu. Osobnik ten miał już dawniej usuniętą, zwyrodniałą gruźliczo, nerkę prawą. Obecnie rozszczepiono mu powiększoną znacznie lewą nerkę, której powie-

rzehnę górną obsiadły również liczne ropnie prosówkowate, przeświecające poprzez torebkę właściwą. Pomimo tak niekorzystnych warunków miejscowych, pomimo powikłania przypadki gruźlicą pęcherza, operowany wyzdrowiał.

Pojedyńcze, szczęśliwie w sposób ten wyleczone, spostrzeżenia opisali jeszcze Schede, Gerster i Lilienthal. Materiał ten, lubo nie wielki, przekonywa jednak dostatecznie, że rozszerzoną nawet na miąższ nerki sprawę ropną można wyleczyć cięciem i drenowaniem, poczem narząd taki staje się znów sprawnym. Rodzaj zakażenia nie jest tu również bez wpływu, gdyż wiadomo skąd inąd, że zainfekowanie otrzewny przez lasecznika okrężnicowego przebiega, w ogóle, mniej niebezpiecznie. Lecz okoliczność ta nie zmniejsza, bynajmniej, wartości omawianego zabiegu, znamy bowiem przypadki posokowatych ropni miliarnych nerki, doprowadzone, dzięki przytoczonej tu metodzie operacyjnej, do pomyślnego wyniku. Nie brak nadto przykładów, iż ta ostatnia ułatwia wydzielanie się moczu, a w razie istnienia bezmoczku, działa pobudzająco. Widzieliśmy w przypadku autora w napiętej torbie włóknistej zamkniętą powiększoną znacznie nerkę. Dopływ krwi doń był upośledzony wybitnie, do wydzielania się moczu istniała przeszkoda duża; zapalny, zropiały częściowo wysięk zatrzymywał się; sprawa, dalej, pogorszyła się na skutek zatamowania odpływu w moczowodzie, zastoję moczu i rozszerzenia miedniczki nerkowej — słowem, trudno o zbieg okoliczności bardziej nieprzyjazychnych!

K. Niedzielski.

188. G. A. Moynihan. **Leczenie chirurgiczne wrzodu okrągłego dwunastnicy.** (Lancet 14. XII, 1901.)

Wrzód okrągły dwunastnicy powstaje najczęściej w początkowym odcinku jelita tego przeważnie u mężczyzny, w różnym, zresztą, wieku. Zazwyczaj napotyka się jeden tylko wrzód, wywołujący objawy nader nieokreślone. Bóle występują po jedzeniu tem później, im dalej leży guz od wpustu; wymioty krwawe, lub pomieszane z żółcią zazwyczaj niepokoją chorego dopiero we dwie godziny po przyjęciu posiłku, często, wreszcie, zauważa się domieszki krwi w wypróżnieniach.

W sprawie tej chirurga interesują głównie powikłania, a więc: przedziurawienie, krwotok, zwężenie bliznowate, zapalenie przydwunastnicowej tkanki łącznej (*periduodenitis*) i zwyrodnienie rakowate wrzodu. Wobec krwotoku nie wiele, co prawda, można zdziałać, za to w razie perforacji rękoczyn, dokonany wcześniej, bywa nader skutecznym. Ponieważ po przedziurawieniu zawartość jelita, ściekając na prawo, szybko przedostaje się do podbrzusza (*hypochondrium dex.*) i niekiedy wywołuje objawy zapalenia wyrostka robaczkowego, należy, po zaszcyciu przedarcia, oczyścić jamę brzuszną dokładnie. W tym celu przez otwór, dokonany powyżej spojenia łonowego, przeprowadza się wgląd gruby dren szklany i wypłukuje przez niego jamę otrzewny gorącym roztworem soli kuchennej.

Z 49 zebranych przez autora spostrzeżeń odnośnych otrzymano w 41 wyniki ujemne; 8 osobników wyzdrowiało tylko dzięki operacji; do przypadków tych d-r M. dołącza dwa spostrzeżenia własne; z tych jedno operowane z powodzeniem. Przedziurawienie podostre i przewlekłe, prowadzące do powstawania podprzeponowego lub okołodwunastnicowego ropnia, powinny być również leczone chirurgicznie. W jednym przypadku takim, podanym w oryginale, otrzymano wynik nader pomyślny. U 4-ch, wreszcie, osobników z powtarzającymi się chronicznie wrzodami w dwunastnicy, usunięto towarzyszące im mocne bóle drogą gastroenterostomii. Dodać wypadnie, że, przystępując do operacji tych, jak również w przebiegu wszystkich zabiegów ciężkich autor zastrzykiwał chorym podskórnie wysokie dawki strychniny, co, podobno, najlepiej ma zabezpieczać od wstrząsu.

K. Niedzielski.

II. Choroby kobiet.

189. Leopold: **Zatyczka powietrzna podczas porodu** („Luftembolie intra partum“). (Centralbl. für Gynäk. 1902 № 2 str. 43.)

Autor podaje następujące ciekawe spostrzeżenie: 39 letnia pierwiastka miała ostatnią miesiączkę w połowie Marca 1900 roku; w końcu Lipca poczuła pierwsze ruchy płodu. Od początku ciąży chora miała obrzęk stóp; w połowie Września obrzęk nóg znacznie się powiększył, a 21 Września wystąpiły bóle głowy i mroczyki przed oczami. Chora odesłaną została do kliniki 26 Maja z powodu choroby nerek. Badając chorą, autor znalazł obrzęk powiek, akcentowany 2-gi ton aorty i arteriae pulmon.; 50/100 białka w moczu według metody Essbacha, wałeczki pod drobnowidzem. Ciężota ciała 36,8 tężno 72. Przez badanie zewnętrzne rozpoznano II położenie pośladowe płodu; bicie serca płodu na linii pępkowej, 136 uderzeń na minutę. Badanie wewnętrzne ujawniło, że pośladki ruchome znajdują się w jamie dużej miednicy. 27 Października chorej zalecono kąpiel ciepłą i dyetę mleczną.

Ilość dobowa moczu 1800 cm., 50/100 białka.

Do dnia 28 Listopada stan chorej był zmienny. 29 Listopada postanowiono wywołać poród przedwczesny, ponieważ obawiano się eklampsji; ilość bowiem dobowa moczu się zmniejszyła, ilość białka w moczu się zwiększyła; obrzęki nóg też się wzmogły. O godzinie 12-tegoż dnia po odkażeniu należytem dróg rodnych wprowadzono bougie w kierunku przedniej ściany macicy, ponieważ łożysko siedziało na tylnej ścianie. O godzinie 5-ej po południu wystąpiły lekkie bóle, a o 5½ pękł pęcherz płodowy, przyczem wylała się mała ilość wód płodowych.

30 Listopada: Bóle w nocy słabe, nad ranem zupełnie ustały. O godzinie 12 usunięto bougie; ujście przepuszczało palec. Wprowadzono do ujścia 2 pałeczki laminariae i zatamponowano pochwę. Temperatura 36,5, tężno 72.

1 Grudnia. Bóle w nocy słabe. O godzinie 6-ej nad ranem zauważono, że chora źle wygląda i niespokojnie się zachowuje. Bóle średnie. Bicie serca płodu prawidłowe. T° 37,1; P. 92.

O godzinie 9-ej rano zauważono niepokój, dreszcze, silne bóle. Usunięto tampony i pałeczki laminariae. Ujście otwarte było na 3 palce. Bicie serca płodu nagle ustało. Bóle silne.

O godzinie 10¹/₂ nagle wystąpiła duszność; chora zsiniała, tętno nitkowate, ledwie wyczuwalne; silna duszność. Wstrzyknięto 2 szpryki kamfory. Do tego przyłączyło się trzeszczenie skóry powyżej spojenia wskutek rozedmy skóry czy też macicy. O godzinie 11¹/₂ przed południem rozwiązano chorą przez wymóżdżenie płodu; chora zmarła o godzinie 11¹/₂ przed południem. Protokół sekcyjny wykazał następującą dyagnozę: Emphysema uteri, peritonei, cordis i organów brzusznych. Nephritis subacuta. Status puerperalis.

Autor żałuje, że autopsia dokonana została dopiero po 48 godzinach i że nie przeprowadzono badania drobnowidzowego. Również nie można było się przekonać o zakażeniu przez bacterium coli, o czem z góry pomyślano.

Ponieważ przy wszelkich manipulacjach zachowaną została najściślej aseptyka, autor robi jedno możliwe przypuszczenie, że przy wprowadzeniu bougie i laminariae powietrze dostało się do żył, lub też do tkanki międzymięśniowej i pod wpływem silnego ciśnienia przedostało się do całego organizmu. Sprzyjały temu tkanki mocno rozluźnione, jak to ma miejsce przy nephritis; śmierć płodu spowodowana również przez przyływ powietrza, oraz gnicie obumarłego płodu i wody płodowej.

Dr. Klien przypuszcza, że powietrze przedostało się do organów wewnętrznych oddalonych (serce, wątroba, kiszki) nie przez ciśnienie, lecz na drodze cyrkulacji. K. widzi w danym przypadku infekcję wprowadzoną do organizmu z pochwy zapomocą bougie i laminariae; przemawiają za tem laseczniki identyczne, znalezione w pęcherzykach powietrznych na osierdziu i pod powłoką zewnętrzną macicy.

Zważywszy, że śmierć przy embolii występuje nagle, a w danym przypadku trwała od 6 rano do 12¹/₂ po południu, K. wypowiada przekonanie, że w przypadku Leopolda miała miejsce infekcja gazowa za pomocą laseczników tworzących gazy (bacterium coli?) bac. aërogenes capsulatus Welch i Nuttal, bac. phlegmonis emphysematosae Eugen Fränkel). Podobne przypadki obserwowali Schnell, Wendeler, Dobbin, Halban.

M. Warszawski.

190. Voigt: Embolia pod koniec porodu. (Centralbl. f. Gynäk. 1902 № 2 st. 48.)

39 letnia chora, IV-ródka, krwawiła w 8 miesiącu ciąży. Rozpoznano łożysko przodujące (placenta praevia centralis). Ujście było otwarte na jeden palec, bóle były małe. Ponieważ chora ciągle krwawiła, a ujście rozwarło się na 2 palce, ściągnięto nóżkę, prze-

dziurawiwszy łożysko. Krwawienie ustało, bóle wstąpiły i w 3 kwadransie poród się skończył. W 3 kwadransie po porodzie chora dostała napadu emboliae: silna duszność i słaby, przepuszczający puls. Pod wpływem środków pobudzających stan chorej po 19 godzinach nieco się poprawił. Lecz duszność i osłabienie serca nie ustąpiły. Na 4 dzień po porodzie ponowny napad emboliae, który spowodował zawał płucny z płwociną krwawą. Na 10 dzień połogu znowu napad emboliae; poczem w płwocinie ukazała się krew i włókna elastyczne. Poprawa zaczęła się dopiero na 24 dzień po porodzie, a na 37 dzień chora szpital opuściła.

W II przypadku rozwiązano chorą w klinice przez wymóżdzenie płodu. Na mieście próbowano wykonać obrót i nałożyć kleszcze. W 1½ godziny po porodzie ciężki napad emboliae; po 20 godzinach lekka poprawa. Na drugi dzień po porodzie nowy napad, nieco lżejszy. Poczem okres połogowy wstąpił na tory prawidłowe. Chora wyzdrowiała.

W III przypadku chora żądała pomocy wskutek słabych bólów porodowych. W 7 godzin po porodzie samoistnym chora dostała napadu emboliae. Po zastosowaniu środków pobudzających stan chorej nieco się poprawił; lecz po 3½ godzinach wystąpił atak ponowny, przy którym chora zmarła. *M. Warszawski.*

191. Prof. D-r Otto v. Franqué (Würzburg). **Powstawanie i leczenie pęknięcia macicy.** „(Die Entstehung und Behandlung der Uterusruptur)“.

W pracy powyższej autor uwzględnił nie tylko pęknięcia macicy, powstałe podczas porodu, lecz i rzadziej się przytrafiające w okresie ciąży. Przytoczywszy szereg znanych w literaturze przypadków, autor stara się je wyświecić i podać charakterystyczne dla nich objawy. Do przyczyn powodujących pęknięcie macicy podczas ciąży autor zalicza bardzo głębokie wrastanie kosmków łożyska i częste odklejanie popłodu sposobem ręcznym, dalej usadowienie się łożyska w rogu macicy (przypadek autora), wreszcie, potworność i niedokształt macicy. Leczenie pęknięć macicy w ciąży redukuje się do laparotomii.

Przytoczywszy wszystkie dotychczasowe spostrzeżenia, badania i poglądy na powstawanie ruptury *intra partum*, autor przytacza dwa własne przypadki pęknięcia macicy przy główce głęboko wklonowanej do jamy miednicy. W pierwszym przypadku, u III-ródki, główka płodu stała w wyjściu miednicy w położeniu czołowym; autor dokonał wyłuszczenia macicy *per vaginam*. Drugi przypadek dotyczył V-ródki, gdzie opór normalny spowodował pęknięcie dolnego odcinka macicy, bogatego w tkankę łączną. W innym przypadku, który się skończył śmiertelnie, zdarzyło się pęknięcie całego odcinka dolnego macicy wskutek silnego parcia dużej główki ku dołowi. Autor niedostatecznie usprawiedliwia swój pogląd, że metreuryza może spowodować pęknięcie macicy; było by zatem niesłusznie pozba-

wiać lekarzy praktyków stosowania tego skutecznego i łatwego środka, który, niestety, nie ma wielkiego powodzenia. Symptomatologii grożącej i już powstałej ruptury autor, ku wielkiemu żalowi, poświęcił zbyt mało miejsca, poświęciwszy natomiast więcej czasu i pracy etyologii. A szkoda wielka, gdyż praca ta została przeznaczoną dla lekarzy praktyków!

Za to terapia jest wyłożona jasno i dobitnie, uwzględniając profilaktykę oraz traktowanie już (doszłej do skutku) ruptury: rozwiązanie rodzącej na drodze naturalnej, opatrunek uciskowy na brzuch, drenowanie za pomocą drenu, lub gazy jodoformowej—oto leczenie prawidłowe ruptury w życiu praktycznym.

M. Warszawski.

192. Jaquet. **Ubóstwo wód płodowych (Oligohydramnie).** Odczyt wypowiadziany w Towarzystwie ginekolog. berlińskim 8 listopada 1901 r. (Centralblatt für Gynäkologie 1902. Nr. 1, str. 22).

Badając kwestyę ubóstwa *resp.* braku wód płodowych, autor doszedł do następujących wyników:

- 1) Brak wód płodowych należy do zjawisk rzadkich.
- 2) Etyologia tej anomalii jest ciemna. Należy w przyszłości bacznie zwracać uwagę na rolę naczyń Jungbluth'a, na ustrój nabłonka kosmowego, na długość sznurka pępkowego.
- 3) W pierwszej połowie ciąży skutki tego zjawiska dla matki są nieznaczące, wyjąwszy te przypadki, gdzie taką ciążę przyjęto za guz brzuszny. Dla płodu zaś ten stan jest bardzo niebezpieczny, ponieważ próżna owodnia może dać pochop do zniekształceń płodu, amputacji samoistnych etc.
- 4) W drugiej połowie ciąży skutki są niepomyślne zarówno dla matki, jak i dla płodu; matki znoszą dokuczliwe bóle przy ruchach płodu. Płody zaś wskutek ciasnoty podlegają owrzodzeniu kostek, zniekształceniu dolnych kończyn, lub też ich zanikowi; mogą też przyjść na świat w stanie normalnym.
- 5) Wskutek braku wód płodowych poród zawsze bywa patologicznym; okres zarzarcia macicy trwa u pierwiastek bez końca, przytem łożysko rozrywcaj przedwcześnie się odkleja, tak, iż trzeba się uciekać do sztuki i przerwać pęcherz płodowy, poczem poród następuje samoistnie i gwałtownie.
- 6) Wbrew mniemaniu innych autorów anomalia powyższa nie powtarza się u jednej i tej samej osoby.

W dyskusyi zabrał głos P. Strassmann i powiada, że przeceniają znaczenie naczyń Jungbluth'a. Dotychczas niema na to dowodu, że one są źródłem wody płodowej, są to tylko *vasa nutrientia* kosmówki. Zupełny brak wód płodowych S. obserwował kilka razy. II-ródka, która rodziła w 37—38 tygodniu ciąży, miała tak dokuczliwe bóle, że musiała rodzić stojąco, lub na kłęczkach. Pęcherz został przerwany podczas wyrzynania się główki. Płód ważył 1500 grm., był bez tłuszczu, zupełnie wychudły; kości były za to mocno rozwi-

nięte. Następnie S. obserwował poród bliźniętami; w obydwóch workach płodowych był zupełny brak wód płodowych. Płody te, powstałe z dwóch oddzielnych jajek, były silnie rozwinięte. Wreszcie, S. wspomina o płodzie bez nerki, demonstrowanym niegdyś w towarzystwie, przy ubóstwie wód płodowych. Lecz nie wszystkie płody zniekształcone powstają z braku wód. Niektóre płody, mają wrodzone rozdwojenia; u nich, niezależnie od obniżonej lub wzmożonej diurezy, powstaje przesiąkanie ze szpar (encephalocoele, hernia brzuszna). O tem powinni pamiętać przeciwnicy teorii powstawania wód płodowych z diurezy płodu. Strassmann jest zwolennikiem tej teorii i na dowód przytacza następujący fakt: przy ubóstwie wód płodowych płody musiałyby czerpać wodę dla swojego rozwoju, bądź pośrednio przez łożysko, bądź też bezpośrednio przez polykanie. Rodzą się wszakże płody z niedorozwojem, lub brakiem zupełnym szczęki dolnej (*micrognathia, agnathia*), pozbawione zdolności polykania. Jednakże u tych płodów znajdujemy kolosalną ilość wód płodowych, powstała z urynowania, a nie polykania.

Przy braku wód płodowych może się wytworzyć przedgłowie w pęcherzu płodowym (1 przypadek). Należy worek przerwać. Wskutek niedostatecznego zazwyczaj otworu pęcherz płodowy nie może się w tych razach odkleić. Niektóre przypadki przyrośnięcia błon płodowych należy przypisać ubóstwu wód płodowych. Bockelmann nie przypisuje tej anomalii wielkiego znaczenia. Poród, według jego obserwacji, odbywa się prędko i bez powikłań. Olshausen podziela zdanie Gusserow'a i Strassmann'a, że w drugiej połowie ciąży główna część wód płodowych pochodzi z nerek płodu; za tem przemawia suchy poród u płodów, które mają zatkałe drogi moczowe.

M. Warszawski.

193. Ludwig Seitz: **Opuszczenie macicy ciężarnej i zabiegi lecznicze w czasie porodu.** (Centralblatt für Gynäkologie 1902, № 1, str. 27.)

Fakt, że kobiety z macicą opuszczoną rzadziej stosunkowo zachodzą w ciążę, autor przypisuje przeszkodzie mechanicznej w spółkowaniu, łatwem ściekaniu nasienia z pochwy rozszerzonej, zmianom patologicznym błony śluzowej macicy i zmianie w położeniu jajowodów i jajników. Przy niepełnym opuszczeniu macica ciężarna wskutek powiększenia się jej objętości i kształtu stożkowatego sama się reponuje, rzadziej to ma miejsce przy całkowitem opuszczeniu, dzięki napięciu więzów. W tych więc razach należy częściej dokonywać sztucznej repozycji, aby nie nastąpiło poronienie. Spostrzeżano jednakże ciążę w macicy, leżącej zupełnie na zewnątrz sromu, do 6—7 miesiąca, a opisy ciąży doszły do końca w tych warunkach nie wytrzymują krytyki naukowej.

Nawet przy niepełnym opuszczeniu często się zdarza poronienie, zwłaszcza wtedy, gdy macica leży w tyłozgięciu. Opuszczenie istnieje zazwyczaj przed ciążą, lecz znane są przypadki, gdzie ono

wystąpiło dopiero podczas ciąży pod wpływem silnego parcia we wnątrzbzrusznego.

Leczenie opuszczenia macicy w ciąży polega na repozyycji i utrzymaniu macicy przez założenie wianka odpowiedniego, lub też bandażu w kształcie litery T. W razach wyjątkowych zaleca się interwencja operacyjna. (Schröder i Mittermeier).

Poglądy swoje na pomoc akuszerską przy porodzie autor opiera na 68 przypadkach, opisanych w dysertacji (Jena 1892) przez Frank'ego, 22 przypadkach zebranych przez autora z literatury i jednym własnym spostrzeżeniu.

Autor stawia niepomysłne rokowania dla dzieci. Śmiertelność ich oblicza na 28,5% (Na 91 przypadków przypada: 29 razy kleszcze, 6 razy obrót, 10 razy wymóżdzenie, położenie skośne 4,4%, pośladowe 5,5%). Rokowanie dla matek bywa niegorsze.

Los dzieci zależy od części pochwowej. Przy istniejącym przeroście szyi macicznej, lub stwardnieniu części pochwowej wskutek zapalenia chronicznego lub zbliznowacenia, rozwarcie macicy podczas porodu bywa znacznie utrudnione. W przypadkach, gdzie macica in toto opuszczoną jest ku dołowi, bez zmian induracyjnych części pochwowej, występuje zazwyczaj obrzęk warg macicznych, lecz poród może się odbyć się samoistnie. W celach leczniczych należy opuszczoną podczas porodu macicę reponować i utrzymać ją w położeniu właściwym przez tamponadę pochwy lub kolpeuryzę pochwową. Zabieg ten wzmacnia bóle porodowe, przyspiesza rozwarcie stwardniałej szyi, które się opóźnia wskutek przedwczesnego zazwyczaj pęknięcia pęcherza płodowego. Wrazie braku wskazań do sztucznego ukończenia porodu należy cierpliwie czekać na wypchnięcie tamponów. Z chwilą, gdy występuje gorączka, lub też gdy grozi pęknięcie macicy wskutek przeszkód nieprzewyciężonych, wreszcie, gdy płód znajduje się w niebezpieczeństwie, należy rozszerzyć ujście ręcznie, lub za pomocą instrumentów; gdy to niepo-
może, należy robić nacięcia (w 38% przypadków musiano się uciec do tego rękoczynu, a w 6 przypadkach po przedziurawieniu poprzedniem czaszki płodu). Autor zaleca głębokie incyzje; krwawienie w tych razach bywa nieznaczne i tylko tym sposobem można prędko płód wydobyć. Przy porodzie samoistnym, również przy ekstrakcyi należy przytrzymywać część pochwową rękami, lub za pomocą chustki przedziurawionej dla przejścia główki.

M. Warszawski.

194. J. A. Amann. Całkowite wyciowanie macicy spowodowane przez mięśniak. (Centralblatt für Gynäkologie. 1902. Nr. 1. str. 26).

Całkowite wyciowanie macicy włącznie z szyją maciczną należy do rzadkości. Udział szyi w wyciowaniu zależy od większego lub mniejszego opuszczenia macicy wyciowanej i od pociągania ostatniej ku dołowi. W literaturze opisane są przypadki tego rodzaju przez M'Clintock'a, Fritsch'a, Schauta'ę i Küstner'a.

Przypadek A m a n n'a dotyczył 41-letniej pacjentki, przybyłej w stanie ogólnego zakażenia i silnej anemii. Chora 2 razy rodziła: pierwszy poród był kleszczowy, a drugi (przed 14 laty) prawidłowy. Od kilku lat chora doznawała parcia ku dołowi. Przed rokiem, podobno, macica całkowicie wypadła, lecz chora sama ją zreponowała. Dopiero przed 14 dniami, po wysiłku cielesnym (podniosła ciężar), macica znowu wypadła, przyczem objętość macicy wypadniętej szybko w oczach rosła. Od dłuższego czasu wychudnięcie, obfite krwotoki, gorączka i dreszcze.

Badając chorą, autor znalazł całkowicie wyciowaną macię włącznie ze szyją i oprócz tego mięśniak, zmartwiały na powierzchni i cuchnący, który wychodził jedną odnogą z dna wyciowanej macicy, a drugą odnogą był wrosnięty w tylną ścianę pochwy. Autor tłumaczy sobie ten przypadek w ten sposób, że mięśniak podśluzowy, wychodzący początkowo z kopuły macicy, spuszczał się ku dołowi do pochwy, pociągając za sobą kopułę macicy i powodując jej wyciowanie. Wskutek owrządzenia powierzchni guza i tylnej ściany pochwy nastąpił zrost pomiędzy guzem a pochwą *resp.* implantacja nowotworu w tylnej ścianie pochwy.

Nie bacząc na ogólne zakażenie, autor dokonał całkowitego wyluszczenia guza wraz z macią wyciowaną i tylną ścianą pochwy. Pęcherz moczowy nie był wciągnięty do lejka macicy wyciowanej. Chora zniosła operację dobrze, samopoczucie jej było lepsze, urynowanie i defekacja prawidłowe, lecz zmarła wkrótce wskutek już poprzednio istniejącego zakażenia.

Na preparacie widać było całkowite wyciowanie macicy i miejsc implantacji nowotworu w tylnej ścianie pochwy.

M. Warszawski.

III. Choroby gardła.

195. Hollaender. O związku wilka nosa z utrudnionym oddechem nosowym. (La Semaine médicale № 7. 1902).

Autor przekonał się, że pierwotny wilk nosa prawie zawsze występuje na jednej tylko stronie, a mianowicie na tej, na której nozdrze jest mniej lub więcej zwężone wskutek skrzywienia przegrody nosowej (*deviatio septi*); autor widzi w tem stwierdzenie teorii F r e u n d'a, według której wszelka przeszkoda w dostępie powietrza do dróg oddechowych sprzyja powstawaniu gruźlicy (La semaine médicale 1901 str. 421).

Autor zauważył, że pierwotne ognisko wilkowe zjawia się zawsze w fałdzie na miejscu przejścia przegrody nosowej (*septi narium*) w skrzydło nosa t. j. na miejscu, które przy oddechu nie styka się prawie wcale z powietrzem, podczas gdy zewnętrzna powierzchnia skrzydła nosa nigdy nie bywa dotknięta pierwotną gruźlicą. Niszcząc gruźelki pierwotne w tej fałdzie, zapobiegamy dalszemu rozszerzaniu

się sprawy gruźliczej. Nawet przy zajęciu gruźliczem górnych dróg oddechowych, tylnych jam nosowych, podniebienia miękkiego lub tylnej ściany gardzieli można otrzymać wyleczenie, jeżeli tylko za pomocą stosownych zabiegów operacyjnych uda się przywrócić drożność zwięzłej jamy nosowej. Z drugiej strony autor spostrzegał nawroty już wyleczonego wilka nosa pod wpływem zwięzienia otworów nosowych. Dla tego też autor przy operacjach rynoplastycznych z powodu wilka stara się otrzymać drożność nosa, chociażby z jednym tylko otworem bez przegrody, przywrócenie której uważa za rzecz drugorzędną.

Henryk Hirschfeld.

196. Dr Bentzen. **Ropień okołomigdałkowy przewlekły.** („Ueber den chronischen peritonsillaren Abscess“ Monatschr. f. Ohrenh. VIII. 1901).

Autor przytacza spostrzeżenie, dotyczące 37-letniego mężczyzny, który dotychczas nie cierpiał na żadne choroby gardła. Od miesiąca chory czuje bóle w gardle z lewej strony, szczególnie przy łykaniu, mowa utrudniona, nosowa, bolesność dolnego brzegu żuchwy z lewej strony. Ciężota nie była podniesiona od samego początku choroby. Oględziny gardła nie pokazują nic nienormalnego, gardziel nie zaczerwieniona, nie widać nigdzie obrzmienia błony śluzowej. Przy dotykaniu zgłębnikiem lewej strony gardzieli wywołuje się silny ból i chory uczuwa skłonność do wymiotów. Po kilkakrotnym naciśnięciu widzi się ropę za górną częścią lewego migdałka, wychodzącą z przetoki, w którą wchodzi zgłębnik w kierunku do góry i nazewnątrz. Zresztą nie nienormalnego, jak również i ze strony nosa. W trzy dni później też same objawy. Przy ucisku z zewnątrz ropa się nie pokazuje, ale daje się widzieć przy sondowaniu i w chwili, kiedy chory robi ruchy, by wymiotować.

W literaturze autor znalazł dotychczas tylko 13 takich przypadków ropnia okołomigdałkowego przewlekłego. Ostatni wytworzyć się może w trojaki sposób:

1) Jeżeli jeden i ten sam migdałek często bywa dotknięty zapaleniem ropnym, to staje się coraz bardziej nabrzmiąłym i twardym tak, że ropień formujący się wewnątrz nie może się zupełnie opróżnić i zostaje się w nim pewna część ropy.

2) Lekkie zapalenie gardła nieżytowe albo torebkowe może być punktem wyjścia dla ropnia przewlekłego. Zapalenie przeszło i po upływie pewnego czasu znajduje się w migdale przetoka, po której ciecze ropa. Gardło może przedstawiać się normalnie, ale chory czuje ból w stronie odpowiadającej umiejscowieniu ropnia; nieraz odpluwa ropę, poczem czuje ulgę. Stan taki może trwać długo.

3) Może następnie być ropień opadowy, biorący swój początek w ropieniu w jamie nosowej, albo w jednej z zatok.

W żadnym z przypadków ogłoszonych nie było gruźlicy, i wszyscy chorzy wyleczyli się szybko po zastosowaniu odpowiedniego drenażu.

Najlepszy sposób leczenia ropni przewlekłych polega na szerokiem otwarciu ropnia za pomocą żegadła galwanicznego lub noża.

K. Dudrewicz.

IV. Wiadomości terapeutyczne.

197. (hul) *Arthritis gonorrhoeica.*

Bockhart w cierpieniu tem otrzymywał od salicylanu sodu dobre wyniki wówczas tylko, gdy podawał go z przerwami w następujący sposób: pierwszego dnia 8—10,0 w dawkach po 1,0, drugiego zaś 6,0 również po 1,0. W ciągu dwóch następnych dni przerwa w podawaniu leku, piątego zaś i szóstego chory otrzymuje znów po 6,0 dziennie. Po trzydniowej następnie pauzie ilość podawanego leku wynosi 4—6 grm. dziennie w dawkach po 0,5 i ponostaje nadal bez zmiany aż do wyleczenia lub conajmniej do czasu zniknięcia bólów. Miejscowo B. stosował w ostrym okresie ichtyol w maści lub też vasogenie i obwijał następnie staw wata i bandażem flanelowym; później przechodził do gorących kataplazmów. Po zniknięciu zbyt wielkiej bolesności stawów przy ruchach, poleca ciepłe kąpiele (26—28° R.). Gdy przy zupełnej bezbolesności pozostaje jeszcze obrzmienie i sztywność, można ostrożnie stosować masaż. Od antypiryny, salipiryny, salolu i jodku potasu B. nie widział dodatnich wyników; w przypadkach przewlekłych nie działał również salicylan sodu. Ażeby zapobiedz wystąpieniu nawrotu, przedewszystkiem należy usunąć gonokoki z cewki moczowej i gruczołu krokowego. Bandażowanie unieruchamiające staw winno być zaniechane, ułatwia bowiem wytwa-

rzanie się ankilozy. Stosowanie zimna również winno być zarzucone.

(Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XXXIII, Nr. 11).

198. (hul) *Epicarinum.*

Epikarynę, zaleconą przez Kaposiego przeciwko świerzbie, wypryskowi postrzygającemu i świerzbiączce. Winkler stosuje w wypadaniu włosów, wywołanem łojotokiem głowy, dalej w lichen ruber planus i odzieżbieniach (perniones). W ostatniem cierpieniu stosuje on maść:

Rp. Epicarini 3,0
Saponis viridis kalini 0,5,
Ung. Caseini ad 30.

Organ cierpiący moczy się codziennie w ciepłej wodzie i następnie, po wysuszeniu, naciera się tą maścią. W wypadaniu włosów W. zaleca wcierać codziennie w głowę kilka kropel następującej mieszaniny:

Epicarini 5,0
Aetheris sulfurici 15,0
Spiritus vini gallici 80.

W lichen ruber planus usuwał on swędzenie za pomocą okładów ze spirytusu epikarynowego i wcierań maści epikarynowej.

(Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XXXIII, Nr. 8).

199. (hul) *Epididymitis syphilitica et blennorrhoeica.*

Porusz leczy te cierpienia ambulatoryjnie za pomocą dopasowanego dobrze suspensorium i wilgotno-ciepłego okładu, zmienianego co 3 dni. W razie go-

rażki i znacznych bólów niezbędne jest leżenie. Szprycowania cewki moczowej nie ulegają przerwie. Westberg, w celu przyspieszenia wessania wysięku, podaje w okresie ostrawym małe dawki jodu, nprz. 1—1,5 g. jodku potasu dziennie.

(Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XXXIII, Nr. 1 u. 6).
200. (hul) **Furunculosis.**

Arning podaje następujące szczegóły w leczeniu furunkulozy: do otwarcia wrzodzieńki posługuje się końcem żegadła platynowego rozżarzonego do jasnoczerwonego koloru, które to żegadło wkłówa dość głęboko w środek ropnia. Zabieg ten jest mniej bolesny od przecięcia i prędzej uśmierza ból wywołany stanem zapalnym. Rana goi się pod strupem bez opatrunku. Ażeby zapobiedz rozprzestrzenianiu się wrzodzieńki na karku, nie należy strzyżać tam krótko włosów, jak również nosić stojącego kołnierzyka; to samo da się powiedzieć i o brodzie. Pyszczykę, jeżeli jest przyczyną furunkulozy, leczyć należy środkami niedrażniającymi. W razie rozprzestrzenienia się furunkulozy Arning oprócz tego, co wyżej, zaleca kąpiele kreolinowe (20—25 grm. na jedną kąpiel) o 30°C., ewentualnie tylko kąpiele miejscowe. Po kąpeli nie należy wycierać skóry ręcznikiem, natomiast pożądanym jest wysuszenie za pomocą owinięcia. Po kąpeli miejsca chore wraz z ich obwodem naciera się 2% spirytusem salicylowym, następnie każde nowe ognisko otwiera się małym żegadłem Pacquelin'a, poczem okolicę całą przykrywa się następującą pastą:

Rp. Sulfur. praecipitati
Camphorae tritae aa 1,0

Acidi borici 8,0
Zinci oxydati
Amyli aa 20,0
Vasellini flavi ad 100,0.

Ropnie odrętwiałe (torpide) wypełnia się, po otwarciu, niedrażniającym proszkiem, nprz. dermatolem, amyloformem i przykrywa się plasterem salicylowym na trykocie (salicyltrikoplast). Podobnie leczy się wrzodzieńki zbyt wczesnie otwarte. Obok leczenia miejscowego winna być zalecona kuracja higieniczno-dyetyczna i środkami farmaceutycznymi.

(Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. 33. Nr. 7).

201. (hul) **Ichthargan.**

Środek ten, skuteczny, jak wiadomo, w ostrej rzeżączce, Leistiko w stosował również z powodzeniem w okresie przewlekłym tego cierpienia. W powierzchownym zapaleniu błony śluzowej zaleca 0,1—0,3% przemywania za pomocą cewnika, lub bez tegoż, przy zajęciu gruczołów cewki moczowej pędzlowania Ultzmann'owskie 3—5% ichtarganem, w urethritis posterior—wkrapiania 1—5% i zgłębniki (Salbensonnen) z 5% maścią ichtarganową, i wrzście w cystitis stosuje 0,1—0,2% przemywania pęcherza.

(Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XXXIII, Nr. 7).

202. (ul) **Ichthyosis.**

Jako dowód *wyleczalności rybiej łuski (ichthyosis)*, Bockhart wspomina o przypadku ichthyosis mitidae, leczonym w ciągu 10 lat prawie bez przerwy ciepłymi kąpielami i maściami siarczanemi; kuracja ta doprowadziła przed 5¹/₂ laty do trwałego wyleczenia. Chora codziennie zrana dostawała ciepłą kąpiel z następczem wtracaniem w całe ciało maści siarczanej, które to wcieranie powtarzane

było w południe i wieczorem. Dwa razy do roku po 6 tygodni zamiast kąpieli zwykłych dostawała ciepłe kąpiele z ługiem kreuznachskim.

(Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XXXIII, Nr. 12).

203. (hul) **Jodipinum.**

Grouven otrzymał bardzo pomyslnie rezultaty od jodypiny w późnym przymiocie. Środek ten w roztworze 10% podawany był do wewnątrz 5-ciu chorym po łyżeczce herbatniej 3 razy dziennie, w 19-tu zaś przypadkach zastrzykiwany był w roztworze 25%. Otrucia jodem nie zauważono ani razu. Po pewnym czasie zawsze przystępował G. do jednoczesnego stosowania rtęci. Möller leczył 20 przypadków późnego przymiotu zastrzykiwaniami jodypiny i zauważył, że część chorych wyleczyła się li tylko tym środkiem, u pozostałych zaś nastąpiła, wprawdzie poprawa, lecz dla zupełnego wyleczenia musiał im być zalecony później jodek potasu. Wszelako M. uważa ten środek za zasługujący na uwagę, ponieważ może być stosowany podskórnie, nie pociąga za sobą żadnych złych objawów ubocznych i długo zatrzymuje jod w ustroju.

204. (hul) **Kalium jodatum, Jodalbacid et Jodipinum.**

Działanie lecznicze preparatów jodowych zależy od możliwie szybkiego wchłaniania jodu. Właściwości tej odpowiada jodek potasu (i sodu) podawany per os; jod w tem połączeniu również prędko wydziela się z organizmu, znika bowiem zupełnie ze krwi po 48 godzinach, będąc stosowany w dużych nawet dawkach. Z tego wynika, że, chcąc wstrzymać rozwój procesów przymiotowych, środek ten podawać musimy w du-

żych dawkach; potwierdza to doświadczenie kliniczne. Jodalbacid zachwalany jako lepszy preparat jodu wydziela się z kałem poniekąd nierozłożony, jeżeli jest podawany w większych dawkach i, o ile się wchłania, wydziela się z organizmu również prędko, jak i alkale jodu; środek ten jest oprócz tego bardzo drogi. Jak widzimy, jodalbacid stoi niżej od jodku potasu. Jodypina wprowadzona per os wchłania się również wolniej, niż jodek potasu, w dodatku ma smak przykry; podawana per anum jest nadzwyczaj mało skuteczną. Będąc zastrzyknięta podskórną, długo pozostaje w organizmie i działa bardzo wolno, gdyż długo prawdopodobnie zatrzymuje się w miejscu wkłucia. Stosowana w ten sposób wydaje się być raczej środkiem zapobiegawczym, niż leczniczym i, być może, zabezpiecza od objawów trzeciorzędnych. W celu zastąpienia jodku potasu per os, Walender poleca ten środek per anum, od 2 — 5 razy dziennie 2,0:25,0 do 30,0 wody. Środek, posiadający wielką siłę leczniczą, właściwą jodkowi potasu i wolny jednocześnie od objawów ubocznych, nie jest dotychczas znany.

(Welander. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 57, 1u. 2. H.).

(Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 57, 1 u. 2 H.).

205. (kd) **Menthol-jodol.**

D-r Jorris zaleca użycie mentol-jodolu (sproszkowany dobre jodol z domieszką 1% mentolu), ponieważ przy użyciu tej mieszaniny w wielu przypadkach cierpień nosa, gardła i krtani przekonał się o następujących przymiotach jej. Mieszanina jodu z mentolem posiada przyjemny zapach; właściwości odkażające men-

tol-jodolu są większe, niż samego jodolu; mieszanina posiada własności odświeżające i znieczulające. Doskonale daje stosować się do wdmuchiwań; nie sprawia żadnych zaburzeń w trawieniu

i może być preparat ten używany przez dłuższy czas bez żadnej szkody dla zdrowia.

(Klin. Therap. Wochenschr. Nr. 15. 1901).

V. Listy z Krakowa.

Obejmując jednym rzutem cały rok ubiegły, można go nazwać dla naszych stosunków z wielu względów pomyślnym i uznać, ze rachunki z nim zamykamy nadwyżką.

Dla pracy naukowej przybyły dwa warsztaty; jeden—wspaniały, we wszystko zaopatrzone, lepszy od bardzo wielu zagranicznych,—to nowy gmach kliniki wewnętrznej, o którym była już wiadomość w Kronice; drugi,—to zakład weterynaryi. Do niedawna pomieszczone ciasno i niewygodnie, nie zaopatrzone odpowiednio, zakład ten w roku ubiegłym, dzięki energicznym zabiegom swego obecnego kierownika, prof. Nowaka, przeniesiony został do wynajętego, wprawdzie, ale bardzo dogodnego lokalu i uzyskał pracownię bakteriologiczną, znakomicie zaopatrzoną kosztem 15000 koron. Mamy więc teraz dwie wielkie i wszelkim wymaganiom sprostać mogące pracownie bakteriologiczne. Pracownia zakładu weterynarskiego, położona zresztą, bardzo dogodnie w samym środku miasta, stała się odrazu ogniskiem żywej pracy, przyciągając coraz liczniej młodzież lekarską i już przez krótki czas swego istnienia odznaczyła się kilku pięknymi pracami: jak badaniami Dr. Drobys, który wykazuje, iż prątek gruźliczy należy do pleśni, badaniami prof. Nowaka nad „bacillus abortivus“ (prawdopodobnie przyczyna nagminnych poronień u bydła) i t. p.

I ruch naukowy w roku ubiegłym bezwarunkowo szerszym popłynął korytem i żywszą falą. Była bowiem chwila jakby jakiegoś zastoj, rzędły szeregi młodszych pracowników po klinikach i zakładach, w czem zapewne nie małą odegrała rolę zmniejszona frekwencya wydziału lekarskiego i mniejsza liczba opuszczających go młodych lekarzy, ale z drugiej strony także pewne ich stronięcie od badań samodzielnych. Obecnie eżuć wyraźny zwrot ku lepszemu. W piśmiennictwie nie miał on może jeszcze czasu się zaznaczyć, natomiast widać go już w Towarzystwie lekarskiem choćby po liczbie uczestników posiedzeń. A i posiedzeń tych mieliśmy w roku ubiegłym więcej, niż kiedykolwiek; prócz zwyczajnych (co dwa tygodnie), prawie drugie tyle odbyło się nadzwyczajnych, tak, że w ostatnim kwartale zbierało się towarzystwo już stale co tydzień. Poziom posiedzeń nie pozostawiał do życzenia, a w dyskusjach widać było znaczne ożywienie. Pożyteczną nowością były wykłady zbiorowe: kilku spr-

wozdawców wyczerpywało pewien przedmiot, każdy z nich opracowywał dział, najlepiej sobie znany. Kilka posiedzeń zajęły wykłady gości z poza Towarzystwa; nie wymieniając wszystkich, wspomnę tylko o wykładzie W. Kleckiego, profesora hodowli bydła, w sprawie grzylcy bydła, Dr. C. Marchlewskiego o pokrewieństwie hemoglobiny z chlorofilem, sprawie, w której wyjaśnieniu lwia część zasługi przypada prelegentowi i o wykładzie docenta zoologii, M. Siedleckiego, w sprawie pasorzyta zimnicy; i ten wykład budził podobne zajęcie, jak poprzedni, bo do wyjaśnienia biologii pasorzyta zimnicy w pierwszym rzędzie stworzył podwalinę właśnie prelegent swojemi pracami nad rozwojem płciowym pokrewnych gatunków.

Wogóle, rok ubiegły zaliczy Towarzystwo do lat świetniejszych, nie też dziwnego, że na wyborach dorocznych wybrano na prezesa ponownie prof. Kostaneckiego. Na Wiceprezesa powołany został prof. Nowak, na redaktora Przeglądu lekarskiego Dr. Kwáśnicki, na sekretarza dorocznego Dr. Landau.

Cokolwiekby można sądzić o rozpraszaniu się sił, o rozdrabnianiu pracy, niemniej powstawanie nowych stowarzyszeń naukowych obok pomyślnego rozwoju dawnych jest poniekąd znamiem żywszego ruchu umysłowego. W roku ubiegłym powstało u nas *towarzystwo dermatologiczne*, które oddało ster w ręce prof. Reissa i które pracuje bardzo gorliwie, jak świadczą sprawozdania z posiedzeń. Jeżeli, jako trzecie wymienimy Towarzystwo *ginekologiczne* które, wbrew pogłoskom, dotychczas z Towarzystwem lekarskiem się nie złało i pracuje tak samo, jak w latach dawniejszych i, jako czwarte — kółko lekarzy *szpitala św. Łazarza* (o którym, co prawda, nie obecnie nie słyhać), to mimowoli nasuwa się zapytanie, czy to jednak nie za dużo, czy podział pracy nie posuwa się nieco zadaleko.

W stosunkach zawodowych również rok zeszły nie przeszedł marnie. Wprawdzie, z licznych czynników, stanowi lekarskiemu szkolnych, sprawdzających jego zubożenie materialne i obniżających jego stanowisko społeczne, nie ubył i nie zelżał żaden, ale pocieszającym, bądź co bądź, objawem jest coraz wyraźniejsze budzenie się solidarności zawodowej, mogącej choć częściowo zrównoważyć owe wpływy szkodliwe. Widać to przedewszystkiem w pomyślnym rozwoju „Towarzystwa samopomocy lekarzy“. Młode to grono, przyjęte z początku przez ogół z niedowierzaniem, a nawet napotykał na głośną opozycję, jedna sobie coraz liczniejszych członków. Liczba ich nie dosięgła, wprawdzie, jeszcze połowy lekarzy galicyjskich, ale można mieć nadzieję, że stanie się to już niedługo, a wówczas Towarzystwo zyska w całej pełni to znaczenie, które dla płodnej w skutki jego działalności jest konieczne. Dziś nawet, mimo skromnych na początku środków, zdołało ono już zgromadzić mały fundusz zapasowy i, zaopatrując z jego pomocą najbardziej potrzebujących, wspiera dzielnie humanitarną działalność kas zapomogowych, istniejących w Izbach lekarskich i w Towarzystwie Lekarzy Galicyjskich. Kasy te wobec upadku materialnego od kilku lat już nie mogą wystarczyć, to też coraz głośniejszemu się żądanie, aby utworzyć kasę zabezpieczenia lekarzy na starość, na wypadek choroby i niezdolności do pracy i t.

p., któraby zgromadziła znaczniejsze środki, i co, więcej, któraby nie czekała tylko przypadkowej prawie i niepewnej jałmużny, jak kasy dziś istniejące, lecz któraby zapewniała dobrodziejstwo emerytury i pomocy w chorobie każdemu lekarzowi bez wyjątku.

Kasy takie próbowały utworzyć niektóre Izby lekarskie austriackie, między innymi i lwowska. Zamiary te jednak rozbiły się dotąd, bądź o niemożność sfinansowania przedsięwzięcia, opartego na barakach samych tylko lekarzy, bądź o opór rządu, zachowującego się dotąd względem Izby lekarskiej i całego stanu lekarskiego obojętnie, jeżeli już nie nieżyczliwie. Otóż obecnie projekt takiej kasy opracowało Towarzystwo samopomocy na podstawie referatu swego prezesa, prof. Jordana. I chociaż, zapewne, projekt ten nie prędko jeszcze się ucieleśni, to niemniej samo szczęśliwe rozwiązanie bardzo trudnego zadania, stworzenie pierwszego realnego planu, jest niemałą zasługą młodego Towarzystwa.

Z artykułu pomieszczonego w tej sprawie w Nr. 24 „Kroniki“ z r. z. widzę, że plan ów przez pośrednictwo prasy politycznej nie doszedł dokładnie do wiadomości ogółu, i dlatego należy go w kilku słowach wyjaśnić. Niewątpliwie, plan w tej postaci, jak o nim donosiły dzienniki Wasze, i jak się dostał do „Kroniki“, byłby niewykonalny nie tylko u nas, ale wogóle nigdzie. W postaci swojej rzeczywistej natomiast da się on w Galicyi z korzyścią prowadzić; nie nadaje się on jednak wcale dla innych stosunków, a przeprowadzenie jego w czyn możliwe jest tylko w państwie konstytucyjnym. Pochodzi to z samej istoty projektu: nie opiera się on głównie na wspomnianym w „Kronice“ podatku od recept, lecz na daleko szerszej podstawie, a mianowicie na przyjętej przez rząd austriacki zasadzie, dążącej do ubezpieczenia całych klas społecznych. Obecnie wniósł rząd austriacki do parlamentu projekt ustawy, ubezpieczającej urzędników prywatnych; ustawa ta stosowała by się do bardzo wielu lekarzy, a, że objęte nią ubezpieczenie nie odpowiada ani stanowisku społecznemu, ani długoletnim, kosztownym studjom, ani usługom oddawanym ogółowi przez lekarzy, więc Towarzystwo samopomocy dąży do uzyskania ustawy podobnej, lecz obejmującej samych tylko, —zato wszystkich lekarzy i dostosowanej do ich stanowiska i potrzeb. Wnosząc wyższe zabezpieczenie, nakłada też ten projekt ustawy większe ciężary na lekarzy, niż ustawa zabezpieczająca urzędników prywatnych na tych ostatnich. Obliczenie finansowe jest oparte w projekcie ustawy, opracowanym przez „Samopomoc“ na ścisłej matematycznej podstawie, a dokonane zostało przez zawodowych znawców techniki asekuracyjnej. Aby uzyskać emeryturę dla każdego lekarza, w kwocie 1200 koron, 500 rubli rocznie, odpowiednią pomoc w chorobie i t. p. musi premia asekuracyjna wynosić około 19% pełnej emerytury. Z tej premii część największą opłacać będą bezpośrednio sami lekarze; drugą część opłacać będą „pracodawcy“ lekarzy, jak kasy chorych, szpitale krajowe i prywatne i t. p., nie zapewniające lekarzom emerytury. Dopiero resztę pokryć ma podwójny podatek od recept, jeden opłacany przez samych lekarzy, drugi przez leczonych; podatek ten, jak wiele innych

w Austrii, składany byłby w postaci stempla, co niezmiernie upraszcza całą manipulację i kontrolę i zapobiega nadużyciom. Planowany stempel jest tak mały (5 halerzy), że nie powinienby ani lekarzowi, ani ludności leczącej się zaciążyć. Rola aptekarzy w całej sprawie ogranicza się właściwie do położenia na stemplu pieczęci aptecznej, które i tak obecnie na receptach wyciskać muszą. Dodać należy, że apteki w Austrii, są instytucją, jakby pół urzędową (możnaby je pod tym względem porównać z notaryatem); podlegając ścisłej kontroli rządowej i, spełniając już dzisiaj różne obowiązki, korzystają zato z dobrodziejstwa stałej, przez rząd ustanowionej, a stosunkowo wysokiej taksy za leki.

Oczywiście, cały plan opiera się na tem, że ustawa obowiązująca będzie całą Austryę,—a więc i Galicyę, jako należącą do tego państwa. Plan ten zatem, powtarzam, nie da się zastosować tam, gdzie rządzeni nie mają udziału w rządzie. Nie chodzi tu o kasę zapomogową, ale o rządowy zakład ubezpieczeń, o modyfikację i dopełnienie wniesionej już do parlamentu ustawy o zabezpieczeniu urzędników prywatnych, a takimi są u nas lekarze bardzo często. Plan opiera się wskutek tego na tej samej zasadzie społecznej, jak wniesiona do parlamentu ustawa, odpowiada temu prądowi, jak i w obecnej chwili na polu polityki socyalnej w Austrii się zaznacza.

Dlatego uwagi Szanownego Redaktora „Kroniki“, zupełnie słuszne, o ileby chodziło o dobrowolną akcyę wśród ogółu lekarzy polskich, nie mogą stosować się do akcyi, podjętej przez lekarzy galicyjskich i ich samych tylko dotyczącej. Akcyja ta jest, zresztą, koniecznością; ustawa bowiem o zabezpieczeniu urzędników prywatnych przymusowo obejmujące bardzo znaczną część lekarzy byłaby bez uzupełnienia jej i poprawienia zapomocą osobnej ustawy o ubezpieczeniu lekarzy, nową dla stanu lekarskiego w Austrii, a więc i dla lekarzy—Polaków, krzywdą i szkodą.

Projekt cały niedawno przedłożony został przez Towarzystwo równocześnie centralnym władzom rządowym i parlamentowi. W parlamencie przyjęty życzliwie, został przekazany najbardziej do tego powołanej komisji, t. zw. socyalno-politycznej. W biurach ministerjalnych zajęto się nim bardzo żywo. Oczywiście niema mowy o tem, aby projekt ów szybko zamienił się w ustawę. Parlament skodyfikowaniem ustawy zająć się, oczywiście, nie może, a tylko roztrząsa i uchwała ustawę już gotową, przez rząd przygotowaną. Dlatego los wniesionego do parlamentu projektu w razie pomyślnym może być tylko ten, iż parlament poleci rządowi projekt rozpatrzyć dokładnie i oświadczy się przytem w zasadzie za ogólnem ubezpieczeniem lekarzy w drodze osobnej ustawy. Władze rządowe zaś na dokładne zbadanie projektu potrzebować będą niemało czasu. Jednakże pierwszy, najważniejszy krok został już uczyniony; jest nim właśnie przedstawienie rządowi gotowego już, konkretnego projektu; gdyby się ograniczono do ogólnikowych petycji, sprawa zostałaby przez rząd, jak to tutaj zwykle bywa, odłożoną ad „calendas graecas“, natomiast konkretny wniosek daje rękojmię, iż rzecz poważnie zacznie być opracowywana. Bardzo być może, że spodziewany wniosek rządowy

w wielu szczegółach odbiegnie od wniesionego projektu; niemniej zasada projektu to, jest ubezpieczenie ogólne, obowiązkowe, z przyczynieniem się całego społeczeństwa, uznana została i w biurach ministeryalnych za słuszną, a to rzecz główna.

Wniesieniem do parlamentu wy dostał się projekt ubezpieczenia na szerszą arenę. Zajął się nim austriacka prasa lekarska i codzienna. W jednej i w drugiej uzyskał on prawie bez wyjątku uznanie i przychylnie przyjęcie. Zdarzają się, wprawdzie, i zarzuty, ale na to trzeba było być przygotowanym. Zresztą słyhać ich tylko niewiele: jedni, nie szczędząc pochwał projektowi, obawiają się, że rząd nie jest dość przychylny dla stanu lekarskiego, aby obdarzyć go choćby nawet najkonieczniejszą, ale dla niego korzystną ustawą; drudzy, i tych jest jeszcze mniej, sądzą, że stempel od recept w praktyce natrafi na trudności, zapominając, że dochód z tego stempla nie jest główną podstawą projektu i da się zastąpić czem innym np. dodatkiem z funduszków ogólnopństwowych, lub większą opłatą procentową od instytucji, zatrudniających lekarzy, a nie zapewniających im emerytury. Przeciwno stemplowi od recept na rzecz ubezpieczenia lekarzy ozwał się, wreszcie, głos krytyki w pewnym odcamie prasy farmaceutycznej, nie tając, zresztą, że na dochód z zamieszczonego stempla reflektują .. aptekarze na rzecz swoich funduszków ubezpieczenia.

O ile sądzić można, projekt, opracowany przez „Towarzystwo Samopomocy“, znajdzie poparcie ze strony wszystkich, lub prawie wszystkich towarzystw i instytucji lekarskich austriackich najrozmaitszej narodowości. W sprawie tej i w kilku jeszcze ważnych dla stanu lekarskiego sprawach odbył się w z. m. w Krakowie zjazd przedstawicieli towarzystw i instytucji lekarskich galicyjskich, który uchwalił w sprawach tych starać się o postępowanie jednolite i solidarne. Uchwała to niezmiernie doniosła, bo świadczy, że ogół lekarzy galicyjskich zrozumiał doniosłość akcji gromadnej i do niej, wyzbywszy się zaściankowych antagonizmów, jest istotnie zdolny.

X.

VI. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z d. 18 marca 1902 r.

I. Brudziński przedstawił chłopca 8-letniego z wrodzoną dyzlokacją serca w prawą stronę (dextrocardia), przytem brak w tym przypadku situs inversus viscerum wogóle (wątroba i śledziona są na swoim miejscu).

II. Kozerski przedstawił: 1) kobietę 36-letnią z owrzodzeniem przegrody kostnej nosa, brakiem całej przegrody chrząstkowej i owrzodzeniem owalnym środkowej części górnej wargi. Ex juvenibus okazało się, że mimo nietypowego wyglądu owrzodzeń są one

pochożenia przymiotowego. 2) Fotografie i schematyczne rysunki wykwitów na skórze u 67-letniej kobiety z dermatite polymorphe douloureuse, którą Düring wydzielił z grupy „pemphigus“. Cechy charakterystyczne: 1) objawy czuciowe; 2) wielopostaciowość; 3) napadowy sposób rozwoju; 4) dobry stan ogólny, nieproporcjonalny do obfitości wysypki. Chora sama, która ze względu na pęcherzową wysypkę, pokrywającą większą część ciała, nie mogła być na posiedzenie przywieziona, jest do obejrzenia na oddziale K.

III. Skowroński przedstawił chorego z t. zw. skurczem Dupuytren'a, polegającym na skurczeniu się rozścięгна dłoniowego (aponeurosis palmaris).

IV. Bronowski wygłosił rzecz p. t. „Przypadek pierwotnego mięsaka osierdzia (sarcoma epicardii)“.

Mówca przedstawił preparat serca chorej, zmarłej na jego oddziale w szpitalu praskim. Serce jest conajmniej 4 razy większe od normalnego; epicardium w okolicy prawego uszka dość szeroko ku dołowi pokryte guzem niby z wielu polipowatych narośli złożonym, tłuszczowej konsystencji, miejscami pokrytym nadżarciami i wybroczynami krwawymi. Cała pozostała powierzchnia epicardii pokryta również mnóstwem guzów rozmaitej wielkości, polipowatych, na nóżce nieraz wiszących. Mięsień sercowy miejscami (szczególnie w prawym przedsionku) ścieńczały, jama prawego przedsionka o połowę zmniejszona, jamy obu komór sercowych również o połowę zmniejszone. Zastawki sercowe bez zmian. Podczas sekcji po otwarciu klatki piersiowej nadto znaleziono: całe prawe śródpiersie przednie wypełnione chęłboczącym kulistym guzem, wielkości conajmniej głowy 10-letniego dziecka, a po otwarciu worka tego guza wylało się zeń płynu krwawego około 1½ litra. Badanie drobnowidzowe guza wykazało lymphosarcoma epicardii (kol. Markowski).

B. zwraca uwagę na 3 objawy, które mogłyby posłużyć za punkty wytyczne do rozpoznania nowotworów serca za życia, co dotąd pospolicie uważanem jest za niemożliwe: 1) stała duszność, wzmagająca się przy najmniejszym ruchu (asthma cardiale); 2) absolutna bezskuteczność w ciągu dłuższego czasu podawanych środków sercowych i pobudzających przy wrzekomem rozszerzeniu serca; 3) obecność krwawego płynu w jamie osierdzia przy braku objawów zapalenia tegoż.

W dyskusji Pawiński podnosi rzadkość przypadku wobec częściej spotykanych w sercu i osierdziu nowotworów wtórnych, dalej zaś stwierdza poważne trudności rozpoznawcze, które w podobnych razach powodują często rozpoznawanie wady zastawkowej, lub prostej adynamii. P. podnosi znaczenie spotykanego w tych razach objawu duszności. W końcu P. rozpatruje częstość i jakość nowotworów, spotykanych w sercu i osierdziu.

Sztejner sądzi, że roentgenografia mogłaby ułatwić rozpoznanie w podobnych przypadkach, Bronowski w odpowiedzi zaznacza, że wobec ciężkiego stanu chorej badanie było utrudnione.

V. Jan Piltz wygłosił rzecz p. t. „*O paradoksalnem oddziaływaniu źrenic na światło* (przypadek zwężania się źrenic przy usunięciu oświetlenia oka).

P. przedstawił chorego z zanikiem nerwów wzrokowych pochodzenia syfilitycznego (atrophia nervorum opticeorum luetica), u którego objaw paradoksalnego oddziaływania źrenic na światło występował w następujących warunkach: jeżeli przy sztucznem oświetleniu zasłonić choremu jedno oko, wtedy obie źrenice wyraźnie się zwężają. 39-letni mężczyzna przeszedł przymiot w 18 r. życia, zaniwidział 2 $\frac{1}{2}$ roku temu; żadnych zaburzeń ani ruchowych, ani czuciowych nie wykazuje. Odruchy normalne. Ze strony oczu występują objawy następujące: osłabienie wzroku w znacznym stopniu, słabe wysadzenie gałek ocznych (exophthalmus). Słaby stopień zezu rozbieżnego (strabismus divergens) i niedostateczność mięśni wewnętrznych (insufficiencia mm. internorum). Rozszerzenie źrenic obustronne (mydriasis bilateralis). Prawa źren. mniejsza, niż lewa; oddziaływanie źrenic na przystosowanie = prawie O. Tak zw. orbikularny odruch źrenic (zwężenie źrenicy przy mocnem zamykaniu oka) jest bardzo wyraźnie zaznaczony. Oddziaływanie na światło bezpośrednie: z lewej strony = O, z prawej bardzo nieznaczne i przemijające zwężenie; współczulne czyli konsensualne oddziaływanie na światło: z lewej strony t. j. przy oświetleniu prawego oka = O, z prawej strony, t. j. przy oświetleniu lewego oka słabe i prędko przemijające zwężenie prawej źrenicy. Przy raptownem zasłonięciu prawego oka występuje bardzo wyraźne i raptowne zwężenie prawej źrenicy i wyraźne zwężenie lewej. Przy nagłem zasłonięciu lewego oka spostrzegamy za każdym razem nieznaczne i prędko przemijające, lecz niezawodne zwężenie lewej źrenicy i bardzo wyraźne, już zdaleka widoczne zwężenie prawej z 8 do 3 mm. średnicy. Na podstawie krytycznego przejrzania odnośnej literatury i na podstawie własnych spostrzeżeń Piltz doszedł do następujących wniosków. Po wykluczeniu wszystkich przypadków niepewnych pozostaje zaledwie 5 niewątpliwych spostrzeżeń paradoksalnego oddziaływania źrenic na światło: spostrzeżenie Morselli'ego (w dementia paralytica), Bechterewa (w meningitis luetica + lues cerebri), Leitz'a w meningitis tuberculosa i Silex'a przy silnym stanie nerwowego rozdrażnienia pochodzenia urazowego i jedno własne spostrzeżenie przy atrophia nervorum opticeorum luetica. Paradoksalne oddziaływanie źrenic na światło jest objawem nader rzadkim, który spostrzegano dotychczas prawie wyłącznie w przebiegu ciężkich organicznych chorób układu nerwowego.

W dyskusyi Z. Kramsztyk podnosi rzadkość i wyrazistość objawu u demonstrowanego chorego i zaznacza trudności objaśnienia podobnych objawów.

Bornstein.

VII. O D C I N E K.

I. K. Proksch. **Historia chorób wenerycznych** (Die Geschichte der venerischen Krankheiten. Alterthum und Mittelalter) w starożytności i w wiekach średnich.

(Ciąg dalszy).

WIEKI ŚREDNIE. **Arabia.** Grecya i Rzym, które oddawna już nosiły w sobie zarodki rozkładu, upadły. Na czoło wystąpił naród nowy, który przy współudziale żyjących wśród niego uczonych i lekarzy żydów i chrześcian przyjął na siebie rolę badacza naukowego; skrępowany atoli ścisłymi przepisami Koranu, nie mógł zbyt się przyczynić do rozwoju wiedzy lekarskiej. Dotyczy to zwłaszcza chorób wewnętrznych. Tu grała rolę druga jeszcze ważna przyczyna, mianowicie—wysoce rozwinięta, acz tylko zewnętrzna, nie płynąca bynajmniej z usposobienia, wstydlivość u wyznawców Islamu. Ben Serabi (IX--X w.) sądzi, że owrzodzenia macicy mogą pochodzić „ex multitudine coitus“. Razis (X w.) opisuje maść merkuryalną i sublimat, zalecając leki te przeciwko wysypkom skórny, których powstanie stawia w zależności od cierpień cewki (krwawy i ropny wyciek z niej). Ali Abbas (koniec X w.) opisuje dokładnie objawy rzeżączki, do badania macicy i stosowania leków na nią zaleca użycie wziernika macicznego. Avicenna rozróżnia dwie postacie rzeżączki (opisuje ją pod nazwą „ardor urinae“): jedna powstaje skutkiem nadmiaru spółkowania, sprawia ból przy oddawaniu moczu i wyciek nasienia, źródłem drugiej są owrzodzenia na cewce, a cechą zewnętrzną jej, oprócz bólu, jest wyciek ropny, niekiedy krwisty; postać pierwsza częstokroć przechodzi w drugą. Leczenie polega na zachowaniu ścisłej diety, wstrzymaniu się od pracy i spółkowania, na użyciu środków wewnętrznych i zastrzykiwań do cewki. Owrzodzenia na prąciu dzieli na łagodne i złośliwe, wydzielające ropę i suche, z przebiegiem ostrym i przewlekłym; przynajmniej istnienie związku pomiędzy niektórymi owrzodzeniami narządów płciowych a jamy ust; przeciwko owrzodzeniom złośliwym zaleca leki rtęciowe.—Albucahis (pocz. XI w.) pomija opis pewnej choroby u otworu stolcowego „propter turpitudinem et inhonestatem“. Że „sprośność“ widzi w samej chorobie nie zaś jej umiejscowieniu, dowodzą szczegółowe opisy innych cierpień kiszek stolcowej. Gdzieindziej znowu wyraźnie wskazuje na źródło choroby: „generator hoc apostema ex excessu“.—Lekarze arabscy nie przyczyniali się wprawdzie, do rozwoju pojęć, wogóle do postępów w nauce o chorobach wenerycznych, atoli pracami swojemi dali dowód, że choroby te były im znane, a więc—co dla nas ważne—że istniały, za główną jednak zasługę poczynać im należy to, że rozpowszechnili użycie rtęci, zwłaszcza maści merkury-

alnej w chorobach skórnych, *eo ipso* w przymocie, który daje liczne na skórze objawy.

Powaga greków, rzymian, a później arabów rozszerzyła swe panowanie na Zachodzie ze szkodą dla rozwoju nauki, której adepti, miast badać przyrodę, układali komentarze do pism Hippokratesa, Galena, Avicenny i pod ich tylko powagą uciekali się, ilekroć nadarzyła się potrzeba rozstrzygnięcia wątpliwości.

Włochy. Trotula, nauczycielka w szkole lekarskiej w Salerno w XI w., pisała: „De inflatione virgae virilis et testicularum“, co nie powinno nas dziwić bynajmniej wobec zaświadczenia współczesnego jej Platearius'a, że kobiety cieszyły się szczególniejszem zaufaniem jako specjalistki w chorobach narządów płciowych mężczyzn. Gariopontus († 1056) trzymał się zasad lekarzy greckich, tu i owdzie dodając własne uwagi, z których widać, że chorzy w owe czasy nie mogli być dobrze leczeni, gdyż ukrywali choroby swoje, a lekarze z obrzydzeniem odwracali się od leczenia tychże chorób, uważając je za „indecoras et turpissimas.“ Wydane w końcu XI w. przepisy dyetyki p. t. „Regimen sanitatis Salernitanum“ zawierały wskazówki, jak się należy zachować *post coitum illegitimum*, zalecały mianowicie obmycie prącia i oddanie moczu („Ut sit certa salus, sit tibi nulla Venus. Ut sit certa Venus, praesto tibi sit liquor unus, Quo veretrum et nymphae prius et vagina laventur, Lotio post coitum nova fecerit hunc fore tutum; Tunc quoque si mingas, apte servabis urethras“). J. Platearius (koniec XI i pocz. XII w.) w rozdziale „De pustaulis in virga nascentibus“ opisuje sposób leczenia cierpienia tego, stosowany zwłaszcza przez lekarki z Salerno: prącie masowano najpierw delikatnie, następnie ściskano je raptownie, skutkiem czego „pryszcz“ („pustula“) pękał. Należy przypuścić, że leczono w ten sposób *chordam penis*, *gonorrhoeam chordatam*, sposób zaś sam, acz nieco zmodyfikowany, pochodzi od arabów, już bowiem Oseibia podaje, że w roku 940 pewien lekarz, ułożywszy chore prącie na gładkim kamieniu, pięścią wrzód rozbił i przeszkodę (zatrzymanie moczu) usunął. Według zapewnień Simona i E. Littré sposób ten do dziś dnia jeszcze znajduje zastosowanie wśród pospółstwa i żołnierzy. Rogerius, chirurg z XII w., opisuje rzeźączkę pod nazwą „reumatizatio virgae“, odróżnia stan ostry i przewlekły („de calida causa“, „de frigida causa“), tudzież wskazuje na związek pomiędzy rzeźączką a zapaleniem przyjądra. Teodorico Borgognoni (w. XIII) opisuje szczegółowo sposoby systematycznej kuracji wcieraniami maści ręciowej. Najczęściej stosowany był następujący: przedewszystkiem chory dostawał na przeczyszczenie, następnie przez cztery dni kąpiele, w których nacierał się siarką i solą, piątego dnia ponownie środek przeczyszczający, dopiero siódmego dnia rozpoczynało się właściwe leczenie. Wcieranie odbywało się w ciepłe (przy piecu, przed kominem); po skończonem wcieraniu chorego układano w łóżku i okrywano. Stosunki płciowe, użycie pokarmów nietłustostrawnych były zakazane. Wody zimnej do umycia nie mógł użyć chory dopiero po 40 dniach; wogóle powinien był wystrzegać się przedewszy-

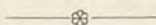
stkiem zaziębnienia. Obfite wydzielanie się śliny stanowiło objaw pożądaný, leczenie więc przerywano tylko w takim razie, jeżeli zęby i dziąsła zbyt bolały. Ażeby w ustroju nie pozostały resztki rty, co uważano za rzecz szkodliwą, należało zachować odpowiednią ostrożność przy robieniu maści, mianowicie trzeba było przede wszystkim pozbawić rty jej własności zabójczych, a dawało się to osiągnąć przez rozcieranie jej z tłuszczem starym, sianą, octem, gorczycą. Należy dodać, że przepisy takie przetrwały jeszcze do XVII wieku. Guilelmus de Saliceto (XIII w.) zaznacza, że choroby narządów płciowych męskich powstają „propter coitum cum foedida muliere, aut cum meretrice“, że przyczyną bubonów w pachwinach bywają cierpienia prącia. Zaleca środek profilaktyczny po stosunku płciowym cum foeda muliere, mianowicie — obmycie wodą, następnie zaś octem, tudzież okłady z octu. Zaznaczyć należy, że użycie wziernika macicznego, znane już Hipokratesowi i zalecane niejednokrotnie przez lekarzy arabskich, było zaniechane w wiekach średnich na Zachodzie, to też i G. de Saliceto podaje inne sposoby, dodajmy o wiele gorsze, do zastosowania w tych razach, w których dawniej posługiwali się wziernikiem. Magninus (z końca XIV w.) sądzi, że źródłem rzeżączki bywa wstrzemięźliwość płciowa, że wogóle nasienie, pozostając przez czas zbyt długi w naczyniach, ulega zepsuciu i staje się źródłem zatrucia całego ustroju. Z poglądem takim spotykamy się w głębokiej starożytności, jak również jeszcze u autorów z XV—XVI wieku; jedni z nich mówią o tem zupełnie seryo, inni natomiast żartobliwie, zaliczając wstrzemięźliwość płciową do przyczyn rozpowszechnionego w owe czasy przymiotu wśród duchowieństwa. Tenże autor widzi przyczynę niektórych chorób w spółkowaniu nienaturalnem, tak np. owrzodzenia na narządach rodnych powstają, zdaniem jego, „si ascendat mulier supra virum.“ Znakomity praktyk w zakresie chorób wenerycznych, profesor chirurgii w Bolonii, Petro di Argelata († 1423) powstaje przeciwko użyciu środków ściągających na owrzodzenia prącia, tą drogą bowiem wstrzymuje się odpływ ropy z gruczołów pachwinowych, a następstwem tego bywa bubo. Po stosunku płciowym z kobietą podejrzaną radzi obmyć prącie: w zimie moczem własnym, latem wodą gorącą. Marco Gatinaria gorąco zaleca terpentynę przeciwko rzeżączce. Giovanni Savonarda (1450) uzupełnia opis swój owrzodzeń prącia wzmianką, mającą znaczenie historyczne, powiada mianowicie, że lud używa do leczenia owrzodzeń narządów płciowych próchna drzewnego, zwłaszcza dębowego, ponieważ lekarze nie wdają się w leczenie chorób pomienionych. A przy takim zachowaniu się lekarzy czyż mogła się rozwijać nauka o chorobach wenerycznych? Nicolo Leoniceo (koniec XV w.) pierwszy z syflografów dowodził, że choroba, którą nazwano we Włoszech *morbis Gallicus* i którą uważano za zupełnie nową, znana była już Hipokratesowi i późniejszym lekarzom i opisywana pod różnemi nazwami. W literaturze nielekarzkiej spotykamy ważne nieraz wskazówki co do chorób wenerycznych. Nicolo Doglioni powiada, że już w roku 1302 istniało w Wenecyi

prawo skazujące na 20 soldów tego, kto udzielił osobie drugiej choroby „Vermocane“. Z opisu bordelów i innych wskazówek wynika, że była to choroba udzielana przy stosunkach płciowych, a więc weneryczna. *Pacificus Maximus*, poeta włoski z w. XV, w jednym z utworów swoich mówi niewątpliwie o przymiocie, opisując owrzodzenie prącia, które grozi w następstwie zniszczeniem nosa i cuchnącymi wrzodami w ustach.

F. G-yc.

(*D. t. n.*)

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 15 maja 1902 r.

—*js*— W d. 6 Maja odbyło się otwarcie szpitala żydowskiego na Czystem, dawno oczekiwane ze względu na szczupłość i nie odpowiadający wymaganiom społecznym stan budynków szpitala dawnego. Miejscowość gdzie stoi szpital, oddalona jest o 1½ wiorsty od rogatki wolskiej i, jak dotąd, ma bardzo złą komunikację, a sąsiaduje bezpośrednio z fabryką gazową. Zarzutu z tego inicjatorowi, zmarłemu d-r. *Natansonowi*, czynić nie można, gdyż budowa gazowni rozpoczęła się znacznie później, niż samego szpitala, a o udogodnienie komunikacji postarać się winno miasto, zarówno we własnym interesie, jak i w interesie chorych. Inna rzecz samo urządzenie szpitala. Nie wdając się w szczegóły, nadmienić musimy, że kardynalną wadę budowli stanowią pokoje zbyt niskie, wentylacja zbyt słaba, przejścia wąskie i ciasne, wanny zbyt szczupłe. Na podniesienie natomiast zasługuje urządzenie kuchni, pralni i kamery dezynfekcyjnej, oraz doskonale pomyślanego planu lecznicy dla leczenia świerzby i parcha, jedynej w kraju naszym. Koszt budynków wyniósł około 1.200.000 rb., a budowa z powodu braku funduszy, dostarczanych przez gminę trwała lat wiele.

Po przeniesieniu szpitala będzie zastosowany do niego etat podobny, jak w szpitalu D-ka Jezus, o czem pisaliśmy już poprzednio. Lekarzem naczelnym szpitala, jak wiadomo, jest kol. *Z. Kra msz ty k*, red. Krytyki lekarskiej.

—*d*— Komitet Towarzystwa dla budowy sanatorium w Zakopanem odbył w Krakowie w pierwszych dniach Maja posiedzenie. Przedmiotem obrad było zdanie sprawy z obecnego stanu budynku. Budynek zewnętrznie już ukończony; obecnie prowadzi się wewnętrzne roboty i instalacje. Założono rury do rozprowadzania wody zimnej i gorącej po całym budynku i zaczęto roboty koło rozprowadzenia światła elektrycznego. Niebawem rozpoczną się roboty koło centralnego ogrzewania parą o małym ciśnieniu. Ogólny stan robót jest taki, że sanatorium niezawodnie dnia 1 Listopada b. r. będzie oddane do publicznego użytku. Ze względu na blizkie otwarcie sanato-

ryum, zastanawiał się komitet nad środkami najlepszego pouczenia publiczności o całym urządzeniu zakładu i o warunkach przyjmowania chorych.

—z— Dyagnostyka Biegańskiego wyjdzie wkrótce w 3-ciem wydaniu, co dowodzi, że dobre dzieło zawsze znajdzie nabywców.

Z M A R L I.

Wolberg Adolf w Łodzi dnia 12 b. m. w wieku lat 76.

Od Administracji.

Z powodu kończącego się półrocza upraszamy sz. prenumeratorów o łaskawe uregulowanie prenumeraty oraz odnowienie jej na półrocze następne. W celu uniknięcia nieporozumień upraszamy o przesyłanie prenumeraty wprost do administracji (Marszałkowska 99).

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 Мая 1902 г.