

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. D-r *Aleksander Zawadzki*. Przyczynek do kazuistyki ran postrzałowych żołądka—str. 635. II. D-r *Czesław Otto*. Kryoskopja i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek (c. d.)—str. 640. **Streszczenia zbiorowe.** III. D-r *Władysław Sterling*. O nowych zjawiskach zrenicowych. (Dokończ.)—str. 643. IV. Metoda światłolecznicza Finsen'a i zastosowanie jej w niektórych chorobach skórnych. (Dokończ.)—str. 649.

V. **Dział sprawozdawczy:** I. *Chirurgia*. 289. *M. Salva*. O interwencyi wczesnej w przyp. urazów wątroby—str. 656. 290. *Potarca*. Nowy sposób postępowania operacyjnego wobec żylaków stolcowych—str. 657. 291. *Maritoux*. O stosowaniu światła w chirurgii—str. 658. II. *Choroby kobiet i akuszerya*. 292. *Theilhaber*. Choroby nerwowe i zaburzenia w organach płciowych kobiecych—str. 660. 293. *Leopold*. Szybkie i zupełne rozszerzenie ujścia macicznego za pomocą rozszerzadła Bossi'ego—str. 661. III. *Choroby krtani gardła i uszu*. 294. *Schwabach*. Znaczenie lecznicze masażu wibracyjnego błony bębenkowej—str. 662. 295. *Grosskopff*. Ozaena. Monografia i studjum—str. 663. VI. *Wiadomości terapeutyczne*. Od № 296—304—str. 664. VII. *Odcinek*. Kilka słów o ambulatoriach szpitalnych. Stosunek lekarzy ambulatoryjnych do szpitala—str. 666. *Kronika bieżąca*—str. 669. *Zmarli*—str. 671. *Ogłoszenia*.

Sommaire du Nr. 16. I. D-r *Al. Zawadzki*. A propos des coups d'arme à feu de l'estomac—p. 635. II. D-r *C. Otto*. La cryoscopie dans les maladies du coeur et des reins—p. 640. III. D-r *Władysław Sterling*. Nouveaux phénomènes pupillaires—p. 643. IV. De la methode de Finsen et son application dans quelques maladies de la peau—p. 649.

I. PRZYCZYNEK

do

KAZUISTYKI RAN POSTRZAŁOWYCH ŻOŁĄDKA.

(Odczyt wygłoszony na XI Zjeździe Chirurgów Polskich w Krakowie).

PODAŁ

Aleksander Zawadzki.

Operować, wyczekiwać, nieoperować — z temi trzema zdaniemj jeszcze do tej pory spotkać się można wśród rozmaitych chirurgów, aczkolwiek zdawać by się mogło, iż wraz z ogromnymi postępami techniki chirurgicznej sprawa postępowania wobec ran postrzałowych brzucha została rozstrzygnięta na korzyść natychmiastowego opera-

cyjnego zabiegu. Do liczby zwolenników nieoperowania przedewszystkiem zaliczyć musimy, niejako seniora tego obozu, Pawła Reclus'a, N o g u e s'a i t. d. Do tegoż obozu w ostatnich czasach przyłączyli się cały szereg lekarzy z wojen ostatnich: chińsko-japońskiej, amerykańsko-hiszpańskiej 1), turecko-greckiej 2), angielsko-boerskiej i chińskiej. O zdaniu lekarzy wojskowych w tym względzie rzec można, iż nie sposób porównywać roli chirurga wobec rany postrzałowej brzucha na wojnie z taką jego rolą podczas pokoju. Na wojnie, ani czas (niedostateczna ilość lekarzy), ani transport (odległość szpitala od pola bitwy), ani możność pewnego, a szybkiego rozpoznania, nie pozwalają na odpowiednie postępowanie z podobnymi chorymi. Chory długi czas leży na polu bitwy bez żadnej pomocy, znaleziony w stanie ciężkim z trudem dla innych, a szkodą nieraz dla siebie zostaje odstawiony do, odległego od pola bitwy, szpitala, a w tym szpitalu, jak cytuje Petersen³⁾ słowa Treves'a: kiszki wydostane z jamy otrzewny, lub serwety, przykrywającej je, stają się czarne prawie natychmiast: tak obsiadają je muchy; kłębiący się kurz z pola zasypuje całą jamę otrzewny i dzielnie pośredniczy we wprowadzeniu do niej zarazków. Ciężkie bardzo przypadki kończą się bez udziału lekarza śmiercią na polu bitwy. Mniej ciężkie dostają się do rąk chirurga w szpitalu w stanie opłakanym—albo wskutek nadmiernej utraty krwi, albo też wskutek rozwijającego się, lub już rozwiniętego gnilnego zapalenia otrzewny. Lekkie przypadki, a nader szczęśliwie, lub w szczęśliwych bardzo warunkach dla chorych otrzymane postrzałowe rany brzucha, które, być może, nawet i bez opieki lekarza skończyłyby się wyzdrowieniem, dają lekarzom polowym cały szereg wyzdrowień—tych chorych ani nie operują, bo stan dobry po względnie dość długim czasie od chwili postrzału pozwala rokować z pewnem prawdopodobieństwem wyzdrowienie.

Teraz przy porównaniu przypadków bardzo ciężkich, operowanych, kończących się częstokroć śmiercią, i lekkich—nieoperowanych, statystyczne dane przemawiają na korzyść leczenia wyczekującego. Nie będę tutaj przytaczał statystycznych danych o ranach postrzałowych brzucha; dane te, Szanowni Panowie, znajdziecie w pracach H. F i s c h e r'a 5), O t i s'a 4), C o l e y'a 7) 8), N u s b a u m'a 6), (Kriegstatistik) L ü h e'go 9), S i e g e l'a 10), R e c l u s'a 11), T r e l a t'a 12), M a c C o r m a c'a 13), P a r k e s'a 14), S e u n'a 15), V o y 16), V u l l i e t'a 17), D ö r f f l e r'a 18), D u r o s e l l'a 19), B a i l l y 20), M o r t o n'a 21), S t i m s o n'a 22), A d l e r'a 23) i innych.

Już powierzchowny rzut oka na dane statystyczne doprowadza nas do wniosku, iż musimy zupełnie inaczej patrzeć na dane lekarzy

wojskowych, zaczerpnięte z pola bitwy, inaczej na dane co do ran postrzałowych brzucha, wypadkowo lub umyślnie zadanych podczas pokoju.

Wobec nawału pracy lekarze podczas wojny nie są w stanie dokładnie notować swoich spostrzeżeń, stawiać rozpoznań, dokonywać badań pośmiertnych, dlatego też z ich statystyki wnioskować tylko można, ilu, mniejwięcej, umiera na wojnie wskutek ran postrzałowych brzucha;—o tem, ilu z pomiędzy tych nieboszczyków mogłoby nie umrzeć w innych warunkach, t. j. gdyby transport nie był daleki i uciążliwy, a pomoc szybka, energiczna i właściwa, trudno cośkolwiek powiedzieć.

Statystyka taka ma znaczenie tylko dla danych warunków i danej wojny.

By skończyć z ranami postrzałowymi brzucha podczas wojny, dodam, co następuje: przypadki samoistnego wyleczenia z tych ran, prawdopodobnie, zależą, jak zauważono przy badaniach pośmiertnych i laparotomiach, od zatkania otworu przedziurawionej kiszki, lub żołądka wycnicowaną nieco błoną śluzową tych narządów; przy tem wycnicowaniu i wypadnięciu tworzy się t zw. przez Reclus'a „bouchon muqueux“. Tworzenie się tej samoistnej zatyczki bywa tylko przy bardzo małym kalibrze broni, a wielkiej sile i szybkości lotu kuli; w tych warunkach angielskie karabiny o 7,7 m.m. i boerskie Mausery o 7 m.m. dawały w kiszkach otwory 4—5 m.m. Dodać należy, że otwory te były tak małe dzięki warunkom, w jakich były otrzymane—żołądek i kiszki żołnierzy były zazwyczaj puste (Petersen)3). Tych warunków w czasie pokoju nie mamy, kiszki lub żołądek bywają przepełnione, siła lotu i szybkość kuli niewielka, kaliber częstokroć większy, natomiast warunki dla wykonania operacji znacznie lepsze ze względu na rozporządzalną ilość czasu i samo operacyjne przygotowanie.

Jeżeli zachowawcze leczenie daje, wedle obliczeń lekarzy wojskowych, 40—50% śmiertelności, to, jak poniżej zobaczymy, operacyjne zabiegi, wykonane przed 8-ma godzinami po wypadku, dają (podczas pokoju) znacznie niższą odsetkę śmiertelności. Z tego porównania płynie wprost wskazówka dla nas: wyniki z pola bitwy nie mogą rozstrzygać o postępowaniu podczas pokoju; jeżeli tam nieodpowiednie warunki zmuszają nas do pozostawiania takich chorych na los szczęścia, to podczas pokoju, mając możność potemu, obowiązani jesteśmy występować czynnie i, jak mówi Küttner3): „każdego chorego takiego poddać laparotomii“; odsetka śmiertelności podczas wojny jest zbyt wielka dla ran takich, zadanych podczas pokoju. Twierdzenie to oparte jest na statystyce, a statystyka ta obejmuje przypadki po

większej części spostrzegane dokładnie, lecz odpowiednio do wymagań obecnych; dlatego też statystyka tych przypadków, aczkolwiek nie wielka, dla rozstrzygnięcia kwestyi, jaką odsetkę śmiertelności dają rany postrzałowe brzucha przy odpowiedniem poczynaniu sobie z niemi, ma nierównie większe znaczenie. Umyslnie dodałem—przy odpowiedniem leczeniu ich. Zacięty spór, jaki wiodli stronnicy zachowawczego leczenia z obrońcami i wyznawcami czynnych zabiegów, miał miejsce właśnie z powodu ran postrzałowych brzucha; sporu przytaczać nie będę, opis tego bardzo dokładny podali: Karczewski 24), Kukulka 25), Jalaguier 26). Pierwszym w szeregu czynnych chirurgów był Marion Sims w 1883 roku, energicznie poparli go Lawson-Tait, Kocher, Mikulicz, Parkes, Naucrede, Tillaux, Chauréli inni.

Dwa zadania ma przed sobą chirurg wobec tych ran: 1) zamknąć otwór w kiszkiach lub żołądku w celu niedopuszczenia, aby ich zawartość dostała się do jamy otrzewny, 2) powstrzymać krwawienie.

Reclus 11), broniąc popieranego przez się wyczekującego sposobu leczenia, podał cały szereg dowodów, skłaniających go do takiego postępowania.

W pracy, podjętej wspólnie z Noguès'em w 1890 r. 11), przytacza najpierw dane statystyczne Coley'a, który podaje 70% śmiertelności przy leczeniu operacyjnem; według obliczeń Reclus'a, który sprawdzał dane statystyczne Coley'a 7) 8), odsetka ta wynosi 78%, wyniki natomiast leczenia wyczekującego dają, według tegoż Reclus'a, 25% śmiertelności. Co do zamykania dziur w trzewiach, to te skutecznia sama natura: przez otwór w trzewiu wycisowuje się nieco błona śluzowa, przy czem tworzą się t. zw. *bouchon muqueux*, *bouchon rentrant*—zawartość trzewi jego—nie dostaje się do jamy otrzewny, jeżeli zaś przedostała się niewielka ilość, wówczas nadzwyczaj szybko tworzy się małe ograniczone zapalenie otrzewny, które najczęściej kończy się, przy odpowiedniem leczeniu (środki powstrzymujące ruchy robaczkowe trzewiów, dyeta, lód na brzuch) dobrze (zrosty).

Dowodząc aktualności swojego *bouchon muqueux*, Reclus przytacza obserwacye Barnarda 27), który tylko w 6-ciu z pomiędzy 24 przypadków znalazł zawartość trzewiów w otrzewny, mimo wielkiej nieraz ilości dziur w nich; Reclus i Noguès obliczają, że na 123 przypadki notowano ten objaw tylko w 20. Dalej przedsiębiorą doświadczenia na psach, by sprawdzić wręcz przeciwne wyniki, otrzymane przez Travers'a 28) i Parkes'a 14), i dochodzą do wyników niezbyt przekonywujących. Następnie przytaczają przypadki Bull'a 29), Hamilton'a 30), Bramann'a 31), Berger'a 32).

W końcu Reclus dochodzi do wniosku, że wskazaniem do natychmiastowej operacji może być tylko krwotok wewnętrzny; jeżeli go niema, należy wyczekiwać i dopiero wobec objawów poczynającego się zapalenia otrzewny, lub wobec wyraźnych dowodów wychodzenia zawartości trzewiów nazewnątrz—operować.

Cały ten, pięknie zbudowany przez Reclus'a i Noguès'a, gmach uległ ostrej krytyce, która dowiodła, na jakich chwiejnych opierał się on podstawach. Statystyka Coley'a, jeżeli wziąć pod uwagę dane, ogłoszone po jego śmierci, daje 60% śmiertelności; statystykę, ułożoną przez Reclus'a i Noguès'a, sprawdzili Klemme 33) 34), Lühe 9), Dölfler 18), Mannaberg 35) i dowiedli, że 1) cytowane dla porównania przypadki, operowane i leczone wyczekująco, są niejednakowej wartości, 2) nie wszystkie przypadki, przytaczane jako rany postrzałowe żołądka, lub kiszek, za takie uważać można, a Mannaberg wprost twierdzi, że z cytowanych 56-ciu tylko w 4-ech były przedziurawienia. Podane, jako dowody, krwawe stolce, lub wymioty, nie są wystarczającym dowodem przedziurawienia: pochodzić one mogą wskutek stłuczenia (wybroczyn), wylewów krwawych lub trombozy, jak to dowiódł doświadczalnie Reichel; zresztą, mamy obserwacye, gdzie mimo krwawych wymiotów, lub stolców przedziurawienia nie było (przyp. Andrews'a 25), Aievoli 36); odwrotnie, natomiast, brak tych objawów—nie świadczy o braku przedziurawienia. Lühe 9) podaje, że na 25 ran żołądka występowały wymioty tylko w 9-ciu przypadkach; równie pouczające są 2 przypadki, opowiedziane przez Sonenburg'a na „Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins“ 10/XII 1894 r. 1) Chory po otrzymaniu postrzału czuł się doskonale w ciągu paru tygodni, nagle wystąpiły bóle, zapaść—po 10 dniach zmarł—badanie pośmiertne wykazało, że dziura w żołądku z razu nie dawała żadnych objawów, po znekrotyzowaniu jednak brzegów rany wejściowej do żołądka—zawartość jego wylała się do jamy otrzewny—nastąpiło ostre gnilne zapalenie jej z następczem śmiertelnem zejściem. 2-gi przypadek: po postrzale w ciągu 3-ech godzin żadnych objawów—potem zapaść—laparotomia wykazała dziurę w żołądku i kiszkach, wielką ilość krwi w brzuchu. Jednem słowem, postawiono autorom zarzut, że ze statystyki nie korzystali obiektywnie—naginali ją do swych celów.

D. c. n.

II. Z Kliniki Terapeutycznej Szpitalnej prof. A. Szczerbakowa
w szpitalu Dz. Jezus.

KRYOSKOPIA

i zastosowanie jej
w chorobach serca i nerek.

Podał

Dr Czesław Otto.

Ordynator Kliniki Terapeutycznej Szpitalnej U. W.

(Ciąg dalszy).

Przechodząc z kolei do badań moczu w cierpieniach serca i nerek, rozpatrzmy wyniki badań kryoskopowych u chorych cierpiących 1) tylko na serce, 2) tylko na nerki, 3) na serce i nerki równocześnie.

Przypadków chorób czysto nerkowych spotykamy niewiele. Często się zdarza, że, mając do czynienia klinicznie z niedomogą sercową, uważamy dany przypadek na podstawie kilku badań kryoskopowych jako czysto sercowy. Kiedy jednak czynność serca wraca do normy, kryoskop wykazuje nam niedostateczność nerek. Tego rodzaju fakty spotykałem bardzo często podczas swych spostrzeżeń i dlatego przypadków czysto sercowych, określonych kryoskopem, miałem niewiele. W przypadkach tych należy zawsze odróżniać wzmożoną czynność serca z przerostem mięśnia sercowego ze wzmożeniem ciśnieniem ościennem i osłabioną czynność serca z małym ciśnieniem ościennem. Jakkolwiek będzie przyczyna jednego z tych stanów serca, bądź uszkodzenie zastawek, zwyrodnienie mięśnia sercowego, miażdżyca naczyń, bądź to zaburzenia wywołane pod wpływem systemu nerwowego, wyniki badań kryoskopowych będą zawsze jedne i te same.

Przy zwiększonym ciśnieniu ościennem w naczyniach, przy szybkiej działalności mięśnia sercowego wzmagają się szybkość krwiotoku w nerkach i przez to samo w tych warunkach musi się zwiększać ogólna ilość cząsteczek na 1 kilogram wagi, przewyższając znacznie przeciętną ilość dla zdrowego człowieka. Zamiast normalnych 3000, 4000 cząsteczek na 1 kilogram wagi, otrzymujemy 5000, 6000, a nawet więcej. Znaczenie $\frac{\Delta}{\delta}$ zwiększa się także równolegle i, jeżeli na-

blonek kanalików moczowych jest nieuszkodzony, spotykamy też samą różnicę i tutaj, jak w normalnych fizyologicznych warunkach.

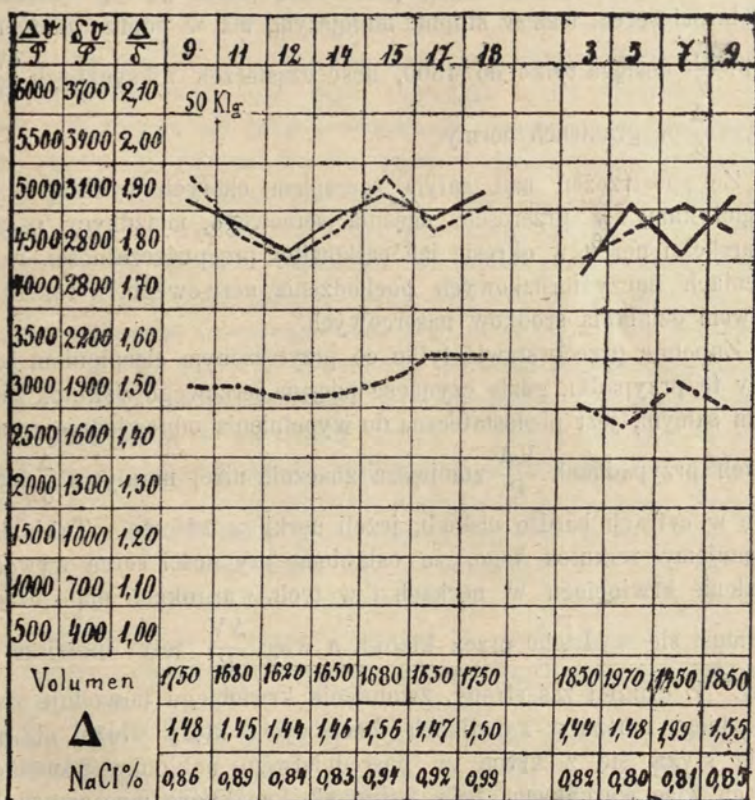
A więc, przy $\frac{V\Delta}{P} = 4500, \frac{\Delta}{\delta} < 1,80$

„ 5000 „ $< 1,90$, i t. d.

Na tablicy fig. 4 przedstawione są krzywe dwóch chorych dotkniętych cierpieniem serca z przerostem mięśnia sercowego i wzmożonym ciśnieniem ościennem. Kobieta, lat 36, budowy średniej, odżywiona umiarkowanie, cierpi od 5 lat na bóle w okolicy serca; przed

Październik

Listopad



I

Fig. 4.

II

kilku laty przebyła ostry gościec stawowy. Klinicznie stwierdzono niedostateczność tętnicy głównej i nieznaczną miażdżycę naczyń; ze strony płuc i organów jamy brzusznej żadnych objawów; mocz białka nie zawiera. Badanie kryoskopowe moczu wykazuje u danej chorej (fig. 4. I) wzmożoną znacznie diurezę cząsteczkową: $\frac{\Delta V}{P}$ osiąga do

5000, zamiast normalnych 3000 lub 4000; diureza toksyczna także wzmożona: $\frac{\delta V}{P} > 2500$, a stosunek Δ do δ w granicach normy.

Też same osobliwości przedstawiają krzywe kryoskopowe moczu chorego Kazimierza Z., lat 35, który przybył do kliniki z objawami nieznacznej niedomogi sercowej. Przed kilku laty przebył ostry gościec stawowy; *abusus in Baccho*. Kliniczne rozpoznanie: insuf. valv. mitralis, hypertrophia cordis, arteriosclerosis. Po dwóch tygodniach stosowania środków nasercowych, chory 3. XI (patrz tablica fig. 4. II) czuł się zupełnie dobrze i kryskopia moczu, dokonywana tegoż dnia i przez następnych kilka, wskazuje typ wzmożonej działalności serca, lecz w stopniu mniejszym, niż w poprzednim przypadku: $\frac{\Delta V}{P}$ dosięga tylko do 4500, ilość cząsteczek toksycznych $\frac{\delta V}{P} = 3000$, a $\frac{\Delta}{\delta}$ w granicach normy.

Ze spostrzeżeń nad całym szeregiem chorych wynika, że typ ten spotykamy w przeroście mięśnia sercowego, miażdżycy naczyń, w marskości nerek w okresie ich całkowitej przepuszczalności, w zaburzeniach naczynioruchowych pochodzenia nerwowego, a także pod wpływem działania środków nasercowych.

Zupełnie przeciwstawić tylko co przytoczonym cierpieniom serca należy te przypadki, gdzie czynność mięśnia sercowego wskutek zmian w nim samym, jest niedostateczną do wypełnienia odpowiedniej pracy. W tych przypadkach $\frac{V \Delta}{P}$ zmniejsza znacznie niżej normy, a $\frac{\Delta}{\delta}$ wyraża się w cyfrach bardzo niskich, jeżeli nerki są zdrowe. Takie dane otrzymujemy wskutek tego, że osłabienie czynności serca wywołuje zwolnienie krwibiegu w nerkach i w tych warunkach mało cząsteczek musi się wydzielić przez kłębki, a więc $\frac{\Delta V}{P}$ jest mniejsze od normy. Z drugiej zaś strony, zwolnienie krwibiegu powoduje zwolnienie biegu moczu w kanalikach moczowych, który dłużej niż normalnie styka się z krwią za pośrednictwem nabłonka kanalików. W tych więc warunkach, jeśli nabłonek kanalików moczowych jest nieuszkodzony, dużo soli kuchennej wessie się z moczu do krwi, a na jej miejsce wydzieli się odpowiednia ilość cząsteczek bezchlorowych z krwi do kanalików moczowych; wskutek tego $\frac{\Delta}{\delta}$ zmniejszy się, przybliżając się do jedności.

D. c. n.

*Streszczenia zbiorowe.***III. O Nowych zjawiskach źrenicowych.**

Podał

Władysław Sterling.

(Dokończenie).

Przyczyny powstawania. Przy rozpatrywaniu przyczyn i mechanizmu powstawania opisanych objawów nasuwa się przede wszystkim pytanie, czy nie są one zależne od światła, akomodacji i konwergencji. Pierwsze dwa przypuszczenia musimy wykluczyć od razu, ponieważ widzieliśmy, że zwężenie źrenicy powstaje i przy zupełnym porażeniu akomodacji oraz przy zupełnym braku oddziaływania na światło. Ponieważ zaś przy powstawaniu opisanych objawów gałka oczna zazwyczaj zwraca się ku górze i na zewnątrz, można więc przyjąć, że w mechanizmie powstawania konwergencya nie przyjmuje żadnego udziału. Próbowano tedy doszukiwać przyczyny w *zmianach ukrwienia tęczówki*, zależnych od zaniku gałki ocznej. Pierwszy wypowiedział przypuszczenie takie Westphal, który sam następnie występował przeciwko temu pogładowi. Badania Modiego, Schöler'a, Ronget'a, Dogiela pozornie przemawiają za tem, jakoby wpływy naczynioruchowe w naczyniówce i siatkówce mogły wywoływać zmiany w szerokości źrenicy. Według doświadczeń Herman'a i Landoisa'a, każdy dopływ krwi do tęczówki ma wywoływać zwężenie źrenicy. Dzisiaj jednak z klinicystów jeden tylko Schanz (Parisotti z r. 1890) broni mechanicznego sposobu powstawania zwężenia źrenicy. Według autora tego, ucisk mięśnia okrężnego na gałkę oczną nie jest równomierny: na pewne części ucisk wywierany bywa szczególnie silny, przede wszystkim zaś na okolicę korzenia tęczówki. Wskutek tego zostaje zatkana pewna część dróg odpływowych tęczówki: powstaje w niej zastój—i zanim wyrównają się zaburzenia krążenia, wywołane przez nierównomierny ucisk mięśnia okrężnego—zastój ten wywołuje zwężenie źrenicy. Stopień zwężenia tego zależny jest od rozmaitych warunków, jak: siły skurczu mięśnia okrężnego, położenia gałki ocznej, twardości białkówki i innych.

Teorya ta mechaniczna, jak powiedziałem, nie została przyjęta przez większość autorów. Wyprowadzono przeciwko niej rozmaite zarzuty. I tak można np. wykonywać doświadczenie w taki sposób, ażeby przez usunięcie powiek z gałki ocznej wykluczyć wszelki ucisk na tęczówkę—a jednak otrzymamy zwężenie źrenicy. Z drugiej strony,

jeżeli, nie każąc badanemu skurezyć powiek, będziemy uciskali sami palcami poprzez powieki na górny i dolny brzeg rogówki—to zwężenie źrenicy nie wystąpi. Najnowsze badania Hess'a wykazały, że najsilniejszy nawet skurez mięśnia rzęskowego nie jest w stanie wywołać znacznych zmian krążenia w widzialnych błonach ocznych, a doświadczenia Heine'go dowiodły, że nawet *przepelnienie krwi* naczyń tęczówki nie wywołuje zwężenia źrenicy. Ani Westphal'owi ani Kirchner'owi pomimo licznych i w rozmaity sposób wykonanych doświadczeń nie udało się ani razu wywołać zwężenia źrenicy za pomocą sztucznie wywołanych zastojów krwi w gałce ocznej. Wreszcie, wprost już przeczy teorii mechanicznej wykryty przez Piltza objaw współczulnego oddziaływania źrenicy, gdzie przy skurezu mięśnia okrężnego jednego oka następuje zwężenie źrenicy drugiego oka, gdyż gałka drugiego oka nie podlega przytem żadnemu uciskowi.

Zanim przejdę do przyjętego dzisiaj prawie ogólnie poglądu na istotę i sposób powstawania opisanych wyżej odruchów, zatrzymam się na chwilę na doświadczeniach Westphal'a, dokonywanych na gołębiach. U ptaków tych przy najlżejszem już dotknięciu rogówki występuje nadzwyczaj szybkie i wybitne zwężenie źrenicy, która nagle kurczy się do wielkości maleńkiego czarnego punkciku. Otóż, przy najlżejszem już zakokainizowaniu rogówki zwężenie źrenicy nie występowało, co dowodzi, że mamy tutaj do czynienia ze zjawiskiem, wywołanem przez podrażnienie nerwów czuciowych. Badania te miały na celu doświadczalne stwierdzenie wypowiedzianej przez Vossius'a i Kühn'e'go hipotezy, jakoby zwężenie źrenicy miało być zależne od podrażnienia czuciowych gałązek nerwu trójdzielnego w worku łącznicowym. Doświadczenia jednak Westphal'a, dokonywane na innych zwierzętach (białych królikach i świnkach morskich) doprowadziły go do wyników ujemnych. To samo da się powiedzieć i o doświadczeniach na ludziach: ani Westphal ani Kirchner przy najrozmaitszych podrażnieniach rogówki i białkówki nie otrzymywali zwężenia źrenicy (zastrzykiwanie tincturae thebaicae). Z drugiej strony, kokainizowanie gałki ocznej przy silnym skurezu powiek połączonym z oporem—nie prowadziło do osłabienia natężenia objawu. Według Kirchner'a, zresztą, podrażnienie nerwu trójdzielnego *à priori* już powinno wywoływać nie zwężenie, lecz rozszerzenie źrenicy. Brak tedy wszelkiego dowodu, ażeby u ludzi objaw ten dał się sprowadzić do podrażnienia włókien czuciowych w rogówce.

Nasuwa się tedy pytanie, czy przy występowaniu odruchu źrenicznego przy zamykaniu powiek—nie odgrywają roli jakieś spe-

cyalne drogi w układzie nerwowym, które istnieją i u osobników zdrowych, lecz przy pewnych warunkach sprzyjających podlegają szczególnemu utorowaniu. Wiadomo jest np., że u osobników zdrowych przebiegają włókna, zwięzające źrenice, we *wszystkich* nerwach ocznych, a więc i w górnej gałęzce nerwu twarzowego. Te jednak włókna, które przechodzą w stan czynny przy akcji akomodacji i konwergencji, posiadają nad wszystkimi innymi taką przewagę, że nie dają im na stan źrenicy wywierać żadnego wpływu (Wilbrandt-Solinger). Dopiero, gdy występuje porażenie tych pierwszych włókien, wtedy pobudzenie przechodzi z większą siłą do tych drugich włókien, które fizjologicznie w słabym stopniu tylko zwięzają źrenice. Prócz tego dowiedziono, że i główne włókna źrenicowe przebiegają czasem nie w nerwie okoruchowym, lecz w odwodzącym lub trójdzielnym. Ramboldi opisał kilka przypadków, w których przy zupełnie zachowanem oddziaływaniu na światło źrenice silnie rozszerzone przy skurczu powiek—przy *otwieraniu* oczu zwięzały się przy *klonicznych drganiach* mięśnia unoszącego powiekę górną i synchronicznych oscylacjach, co wprost przemawia za czynnościowem połączeniem pomiędzy zwieraczem źrenicy i mięśniem unoszącym powiekę górną.

Biorąc pod uwagę tak bliskie stosunki, większość autorów uważa zamknięcie powiek i zwiężenie źrenic za *ruchy skojarzone*. Za faktem tym przemawiają: dane ściśle doświadczalne i anatomiczne. Hitzig i Ferrier dowiedli pierwsi, że u zwierząt z pewnych okolic kory mózgowej za pomocą drażnienia prądem elektrycznym można wywołać jednoczesne zamknięcie oczu i zwiężenie źrenic. W ostatnich czasach wykazał Bechterew u małp w tylnych częściach półkul mózgowych dwie pary ośrodków, których podrażnienie wywołuje rozszerzenie i zwiężenie źrenic wraz z towarzyszącymi im ruchami gałek ocznych. Piltz wykrył w korze mózgowej królika ośrodek dla pojedynczego, jednostronnego, kontralateralnego zwiężenia źrenicy. Zwłaszcza wielką wagę posiadają badania nad punktem wyjścia górnej gałązki nerwu twarzowego. Większość autorów, wprawdzie, twierdzi, że całkowity nerw twarzowy bierze początek z jądra VII i że nie istnieją żadne poboczne punkty wyjścia dla gałązek ocznych nerwu twarzowego, pewna jednak część badaczy miarodajnych trzyma się zdania, że pewna część włókien nerwu twarzowego, mianowicie zaś włókna, zaopatrujące mięsień czołowy i okrężny oka—wychodzi z jądra nerwu odwodzącego. Niedawno zaś ogłosił badania swoje Mendel, w których dowodzi, że górna gałązka nerwu twarzowego bierze początek z tylnego odcinka jądra nerwu okoruchowego. Koelliker

dowiół pierwszy, że włókna pęczka podłużnego tylnego oddają liczne gałęzie poboczne, pozostające w związku bezpośrednim z komórkami, i włókna jąder dla 3 nerwów ocznych. Otóż Mendel wypowiada przekonanie, że tylny pęczek podłużny stanowi także połączenie pomiędzy nerwem twarzowym i okoruchowym, przeciwko czemu powstawał Koelliker i inni autorowie. Bądź co bądź, gdyby pierwotne badania Mendel'a zostały potwierdzone, zyskalibyśmy najprostsze i najłatwiejsze anatomiczne objaśnienie omawianych objawów źrenicowych.

Zresztą, zwięźenie źrenicy przy skurczu powiek nie stanowi, bynajmniej, jedynego przykładu ruchów skojarzonych w zakresie nerwu twarzowego. Remak spostrzegał wielokrotnie w zastarzałych porażeniach nerwu twarzowego z odczynem zwyrodnienia samoistne skurcze w mięśniach jarzmowych i unoszących kąty ust, jako kloniczne ruchy skojarzone z zamknięciem powiek. Spotykamy się także i z objawem odwrotnym: Fuchs spostrzegał przymusowe ruchy powiek w warunkach patologicznych, zależne od ruchów gałki ocznej. Istnieje, wreszcie, cały szereg fizyologicznych współdziałań pomiędzy nerwem okoruchowym i twarzowym: jak skurcz mięśnia okrężnego wraz ze skurczem zwieracza źrenicy pod wpływem jaskrawego oświetlenia, jak objaw Bell'a—czyli skierowanie się rogówki ku górze i nazewnątrz przy skurczu mięśnia okrężnego.

Jakie stanowisko zajmują objawy opisane w szeregu zjawisk patologicznych i czy, wogóle, posiadają one jakie znaczenie kliniczne? Zatrzymamy się przedewszystkiem na pięknej hipotezie Galassi'ego, według którego mogą one w pewnych przypadkach służyć dla odróżnienia obwodowego porażenia nerwu okoruchowego od ośrodkowego. Stara się ona wyjaśnić fakt, dlaczego przy sprawie obwodowej istnieje objaw źrenicowy, skoro wszelkie inne odruchy ze stron źrenicy już znikły? Otóż, istnieje prawo patologiczne, na mocy którego na wysokości sprawy zapalnej w nerwie znikają wszystkie ruchy dowolne i odruchowe w zakresie danego nerwu, w początkach jednak restytucji najpierw powracają ruchy dowolne, a potem dopiero odruchowe. W pewnym momencie sprawy odrodzeniowej, włókna nerwowe, w których dopiero zaczyna powracać dawna drożność, wykazują jeszcze dla prądu nerwowego pewien opór. Wskutek tego prądy słabsze (odruchowe) nie mogą po nich jeszcze przechodzić, a przechodzą tylko bardzo silne prądy (wywołane przez energiczny akt woli). Co więcej nawet: ten jedyny bodziec, na który włókna nerwowe odpowiadają w danej chwili, spotyka się nawet ze wzmoczoną pobudliwością na wzór tego, jak przy odczynie zwyrodnienia widzimy wzmoczone oddziaływanie na jeden tylko bodziec: galwaniczne wzmoczone oddziaływanie

mięśni. Ma więc objaw ten prócz tego wskazywać na początek zdrowienia. Pominąwszy jednak już fakt, że nawet przy czysto obwodowych porażeniach nerwu okoruchowego może dojść do zstępującego zwyrodnienia jego jądra — trudno jest przypisać hipotezie Gallassi'ego doniosłość rozpoznawczo-różniczkową, gdyż objaw nasz spotykamy często i u osobników zdrowych, z drugiej zaś strony widzimy go i u nieuleczalnych ociemniałych (np. przy zaniku nerwów wzrokowych) i u paralityków, gdzie o żadnym okresie odrodzeniowym nie może być mowy. Zresztą, taki „odezyn zwyrodnieniowy“ musiałby z czasem tracić na napięciu — podczas gdy, przeciwnie, opisane objawy źrenicowe trwają wiele lat po wystąpieniu porażenia, a nawet wzmagają się przy wprawie.

Antal zwraca uwagę, że objaw, polegający na zwężeniu źrenic po zwykłym zamknięciu powiek i następczem ich otwarciu, jest zjawiskiem fizyologicznem: upośledzenie tego objawu przy normalnem oddziaływaniu na światło może być zwiastunym objawem dla tych właśnie cierpień nerwowych, dla których brak reakcyi na światło jest patognomiczny. Natomiast objaw, polegający na zwężeniu źrenic przy wystąpieniu naprężenia mięśnia okrężnego i rozszerzeniu po ustąpieniu naprężenia, może być nie tylko wczesnym objawem zaburzeń w czynności źrenicy przy dobrem oddziaływaniu na światło, lecz i objawem późnym przy braku oddziaływania na światło, akomodacyę i konwergencyę.

Piltz z naciskiem wskazuje na fakt, że objaw ten znajdował często w katatonii: potwierdza to, według niego, pogląd Kraepelin'a i Bleuter'a na katatonię, jako na chorobę organiczną.

Wreszcie, objaw ten może posiadać nawet pewne znaczenie *lecnicze*. Już Graefe w r. 1854 radzi w każdym przypadku silnego rozszerzenia źrenic zwrócić nań uwagę i stosować forsowne i metodyczne zamykanie powiek dla ćwiczeń antymidryatycznych. Vossius i Kirchner opisali doskonale wyniki leczenia tą metodą.

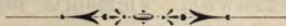
L i t e r a t u r a .

1. Graefe. „Notiz über Behandlung der Mydriasis“ (Archiv für Ophthalmologie. Bd. I. 1. 1854, str. 318).
2. Wundt. Grundriss der physiologischen Psychologie. 1880.
3. Gifford. Arch. of. Ophthalmol. (cytowany u Kirchner'a).
4. Wilbrand-Sänger. Die Neurologie des Auges. 1899.
5. Kleine. „Blutdruck und Pupille“. Votr. auf. der 73 Versamml. dt. Naturf. und Aertzte.

6. Bechterew. Ueber pupillenverengernde und Accomodationscentra der Genirnrinde. Neurolog. Centralblatt, 1900. Nr. 49.
7. Haab. Der Hirnrindereflex der Pupille. 1899. Zürich.
8. Piltz. Ueber neue Pupillenphänomene. Neurol. Centr. 1899. str. 248.
9. Westphal. Ueber ein noch nicht beschriebenes Pupillenphänomen. Neurol. Centr. 1899. str. 761.
10. Piltz. Weitere Mittheilungen über die beim energischen Augenschluss stattfindenden Pupillenphänomene.
11. Hitzig. Untersuchungen über das Gehirn. 1874. Berlin.
12. Bechterew. Ueber pupillenverengernde und pupillenerweiternde Centra in den hinteren Theilen der Hemisphärenrinde bei den Affen. Archiv für Anatomie und Physiologie. 1899.
13. Mendel. Ueber den Kernursprung des Augenfacialis. Neurol. Centralbl. 1887, str. 587.
14. Mingazzini. Ueber das Lidphänomen der Pupille (Galassi) Neurol. Central. Nr. 11. 1899.
15. Galassi. Supra un singolare fenomeno pupillare. Bulletino della soc. Lancis. degli Ospedali di Roma, Z czerwca r. 1887. (Cytowany u Mingazzini'ego).
16. Galassi. Sulla reazione palpebrale delle pupille. Ibidem. 1888 lipiec. (Cytowany u Mingazzini'ego).
17. Piltz. Experimental erzeugter reziproker Wechsel der Pupillendifferenz bei progressiver Paralyse.
18. Hirschl. Ueber die sympatische Pupillarreaction und über die paradoxe Lichtreaction der Pupillen bei progressiver Paralyse. Wiener klinische Wochenschr. 1899. Nr. 22.
19. Piltz. Ueber Aufmerksamkeitreflexe der Pupillen. Neurol. Centr. 1899.
20. Piltz. Weitere Mittheilungen über Vorstellungsreflexe der Pupillen. Neurol. Centr. 1899.
21. Ueber Vorstellungsreflexe der Pupillen bei Blinden. Neurol. Centralbl. 1899.
22. Bechterew. Ueber die willkürliche Erweiterung der Pupille. Deutsches Archiv für Nervenheilkunde. 1895. VII.
23. Rampoldi. Archiv für Augenheilkunde XI. 2. 1885. (Cytowany u Kirchner'a).
24. Schanz. Ueber die Westphal-Piltz'sche Lidschlussreaction. Berliner klinische Wochenschr. 1901. Nr. 42.
25. Kirchner. Ueber wenig bekannte Pupillenreaction und ihre therapeutische Verwertung. Münchener medicinische Wochenschrift. 1900. N-ra 44 i 45.
26. Piltz. O odruchach źrenic, występujących przy skupieniu u wagi. Gaz. Lekarska. 1899. Nr. 43.
27. Piltz. O nowych zjawiskach źrenicowych. Gaz. Lek. 1899. Nr. 36.
28. Piltz. O wpływie wyobraźni na odruchy źrenicowe u ociegniałych. Gaz. Lek. 1899. Nr. 47.
29. Piltz. O nowych zjawiskach źrenicowych. Medycyna. 1900. Nr 12. (Rzecz czytana na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek.).

30. Westphal. Ueber das Westphal-Piltz'sche Pupillenphänomen. Berlin, klin. Wochensch. 1901. Nr. 49.

31. Zur Geschichte der Lidschlussreaction der Pupillen. Berliner klin. Wochenschrift. 1902. Nr. 5.



IV. Metoda światłolecznicza Finsen'a i zastosowanie jej w niektórych chorobach skórnych (*lupus vulgaris, ulcus rodens, etc.*)

(Dokończenie).

Czy ostatni pogląd jest słusznym, dziś jeszcze przesądzać nie można. W każdym razie Finsen uważał za podstawę teoretyczną wartości leczniczej światła—jego własność bezpośrednio bakteryobójczą. Dla tego też cierpieniem, już à priori najstosowniejszem do wypróbowania w praktyce nowej metody, wydawał się Finsen'owi wilk (*lupus vulgaris*), najpierw ze względu na swe pochodzenie bakteryjne, następnie ze względu na umiejscowienie, najczęściej powierzchowne na ograniczonych obrębach skóry.

Chcąc zrozumieć wyniki, otrzymane przy fototerapii wilka, niezbędnem jest przytoczyć choć w krótkości obecny pogląd na istotę i przejawy tego cierpienia.

Ogromna większość badaczy uważa wilka za cierpienie pochodzenia gruźliczego. Obecność pałeczek, nie różniących się w niczem od pałeczek gruźliczych, rozwój gruźlicy po zaszczepieniu doświadczalnym tkanki wilka i, w ogóle, większość badań histologicznych i bakteryologicznych, dotyczących wzajemnego stosunku tych dwóch cierpień—wszystko przemawia za poglądem, że wilk jest to pewien rodzaj gruźlicy skóry. Jednakże, chociaż zdanie to jest ogólnie przyjęte, Kaposi na XII zjeździe międzynarodowym w Moskwie wypowiedział się przeciw pochodzeniu gruźliczemu wilka, opierając się głównie na danych klinicznych. W 1900 r. wyszła również praca d-ra Himmela, który na mocy szeregu doświadczeń i badań przychodzi do wniosku, że dane kliniczne, histologiczne i doświadczalne każą uważać wilka za postać chorobową zupełnie samoistną. Dotychczas jednak wnioski te nie są dowiedzione i, zanim nowe badania rzucają na omawianą sprawę dostateczne światło, ma się zupełnie prawo uważać wilka za gruźlicę skóry.

Obraz histologiczny zmian skóry, przez wilka wywołanych, jest

niezmiernie typowy. Pierwotne guziki wilka umiejscawiają się we wszystkich warstwach właściwej skóry (cutis), szczególnie zaś w pobliżu naczyń krwionośnych. Guziki te przedstawiają się jako skupienia komórek, które rozsuwają elementy normalnej tkanki skórnej. Odróżniają trzy rodzaje tych komórek: 1) komórki epiteloidalne, które stanowią główną część składową guzika; są one duże, najczęściej wielokątne, z jednym lub dwoma pęcherzykowatymi jądrami i obfitą ilością zarodki (protoplazmy), 2) komórki limfoidalne — okrągłe, lub owalne, prawie bez protoplazmy. 3) komórki olbrzymie (Gigantzellen), bardzo duże, najrozmaitszej postaci, często z wyrostkami; zawierają one wielką ilość jąder (nieraz do 40), tworzących wianuszek na obwodzie, albo też zepelnionych w jeden koniec komórki, podczas gdy pozostała, bezjądrowa, część zarodki przedstawia jednolitą, źle barwiącą się masę. Z czasem elementy komórkowe guzika ulegają zmianom wtórnym, mianowicie w części komórek występuje zwyrodnienie tłuszczowe, tworzą one rozpad, który się stopniowo wsysa, druga zaś część przyjmuje udział w powstaniu tkanki łącznej, tworzącej na miejscu guzika bliznę; lecz, zdaniem wszystkich badaczy, wśród włókien tej tkanki bliznowej lata całe mają pozostawać skupienia elementów komórkowych — resztki ziarniniaka wilkowego.

Najczęstszą lokalizacją wilka jest twarz (60% do 90% wszystkich spostrzeżeń wilka); zwykle przytem cierpienie zaczyna się od nosa — mianowicie na końcu jego dolnej części skrzydeł nosowych; następnie już, a czasem i pierwotnie, cierpienie zajmuje policzki, wargi, szczególnie górna, powieki i uszy. Rzadziej daleko wilk umiejscawia się na kończynach.

Zniekształcenie twarzy dochodzi czasem do rozmiarów potwornych, nie tylko wskutek rozwoju samych guzików wilka, lecz i dzięki sprawie następezej, mianowicie bliznom. Smutny ten obraz kliniczny jest ogólnie znanym.

W ogóle, wilk należy do niezbyt rzadkich cierpień: między wszystkimi chorobami skórnymi stanowi on 1,7% do 2%. Kobiety podlegają temu cierpieniu częściej. Zaczyna się ono zwykle w dzieciństwie (szczególniej począwszy od 3-ego roku życia), albo w wieku młodocianym aż do okresu dojrzałości płciowej; na wiek podeszły pada zaledwie 1—2% z ogólnej liczby zachorowań. Cierpienie to nie oszczędza żadnej warstwy społecznej — trafia się ono również często w pałacach, jak i w izbach nędzarzy.

Leczenie wilka należało do niedawna jeszcze do zadań wielce niewdzięcznych. Najrozmaitsze środki o działaniu miejscowem, chemicznem — przyzegające maści, smarowania i t. p. celu nie osiągają;

lepsze, lecz najczęściej tylko czasowe, rezultaty dawały zabiegi chirurgiczne: wyskrobywanie, wycinanie dotkniętych obrębów; gdy cierpienie jest rozlane, albo głęboko umiejscowione, zabiegi takie nie są możliwe. Leczenie ogólne — może tylko wzmocnić organizm, samego jednak cierpienia pokonać nie jest w stanie. Zawiodła również osławiona tuberkulina Koch'a, w której przez czas, niestety, bardzo krótki, widziano środek niezawodny na wszelkie cierpienia gruźlicze, na wilka zaś w szczególności.

Dopiero myśl Finsena: skorzystać z energii bakterjocydycznej światła i zastosować ją w terapii wilka — wydała owoce nadspodziewanie pomyślne i dziś już metoda ta, opracowana szczegółowo, cieszy się ogólnem i zasłużonem uznaniem. Dodać jeszcze należy, że w ostatnich czasach zauważono działanie analogiczne promieni Röntgena: pod wpływem ich na miejscach, dotkniętych przez wilka, rozwija się sprawa zapalna, po skończeniu której nacieczenie wilkowe zmniejsza się lub znika, wreszcie tworzą się cienkie, lecz trwałe blizny.

Przy stosowaniu leczniczem światła skupionego (według metody Finsena) dany obręb skóry powinien być zupełnie zabezpieczony od działania promieni ciepłikowych — w tym celu Finsen obmyślił przyrząd ochładzający z wodą bieżącą. Najważniejszą jednak zaporą, nie dopuszczającą promieni chemicznych (głównie bakterjocydycznych) wgłąb tkanek, jest krew krążąca; dowiódł to Finsen w sposób niezmiernie przekonywający na uchu ludzkim. Aby tę przeszkodę usunąć, Finsen wstrzymuje w danym obrębie skóry obieg krwi za pomocą specjalnego przyrządu uciskającego.

Materyału miał instytut w Kopenhadze ilość dostateczną: do końca 1899 r. pacjentów, cierpiących na wilka, przesunęło się 450. Wyniki fototerapii okazały się świetnymi. W żadnym przypadku leczenie nie pozostało bez rezultatu. W ogromnej większości polepszenie, gdy się już zaczęło, postępowało stale, póki w miejscach, dostępnych do leczenia światłem, nie znikł ostatni guzik wilka. Rezultaty są tak absolutne i stałe, że w razach, gdy polepszenia się nie otrzymuje, Finsen powątpiewa o słuszności rozpoznania. Nawrotu cierpienia ma nie bywać.

W instytucie światłoleczniczym petersburskim liczba chorych nie była tak znaczną, jednakże i tutaj w przeciągu 1900 i 1901 r. pacjentów z rozpoznaniem lupus vulgaris miano przeszło stu. Kuracja była prowadzoną niezmiernie systematycznie — oprócz szczegółowo notowanej obserwacji w większości przypadków stosowano badanie drobnowidzowe na wycinkach skóry z leczonych obrębów.

Przebieg leczenia oraz wyniki badań opisuje szczegółowo w swej pracy G l e b o w s k i.

Chorzy po pierwszej wizycie u lekarzy gabinetu światłoleczniczego są kierowani do kliniki chorób skórnych (prof. P a w ł o w) dla potwierdzenia rozpoznania; następnie fotografuje się ich i wycina kawałek tkanki wilkowej do badania histologicznego. Miejsce, wybrane do leczenia, oczyszcza się ze strupów, obmywa 3% roztworem kwasu bornego. Na drugi dzień chory zjawia się na pierwsze posiedzenie próbne, które trwa zwykle 30—40 minut. Następne posiedzenia trwają już po godzinie i odbywają się codziennie, albo nawet dwa, rzadziej trzy razy dziennie. Na miejsce leczone choremu po posiedzeniu nakłada się bądź suchy opatrunek, bądź—częściej—kompres rozgrzewający; w razie owrzodzeń lub pęcherzy używa się maść cynko-(10%) waselino-lanolinową, częstokroć z kseroformem (5%).

G l e b o w s k i przytacza 20 takich spostrzeżeń ze szczegółowym przebiegiem całej kuracji oraz z opisem obrazu histologicznego w dotkniętych tkankach w rozmaitych okresach leczenia. Wszystkie te spostrzeżenia są niezmiernie jedno do drugiego podobne, zarówno co do obrazu klinicznego, jak i histologicznego.

Na miejscu działania światła bezpośrednio po posiedzeniu nie widać żadnych śladów. Dopiero po upływie 2—5 godzin w obrębie leczonym występuje żywe zaczerwienienie, tkanka staje się nabrzmiąłą i przy ucisku wysoce bolesną i ten *odczyn zapalny* dochodzi do szczytu swego rozwoju ku końcowi pierwszej doby po posiedzeniu. Czasami, jednak względnie nie zbyt często, na miejscu stosowania światła dochodzi do przesieku surowiczego, tak, że pod naskórkiem tworzą się większe, lub mniejsze pęcherzyki. W razach wyjątkowych w miejscach tych rozwijają się owrzodzenia z obfitą wydzieliną, a następnie strupy. Podczas tej sprawy zapalnej guziki wilka zaciera się, giną wśród obrzękłej tkanki; gdy nabrzmienie przechodzi, guziki zarysowują się znów wyraźniej, ale już po jednym posiedzeniu zauważyć można, że są one spłaszczone, stopniowo stają się one coraz mniejsze. W wielu razach po 3—4 posiedzeniach w leczonych obrębach nie można było zupełnie dostrzedz guzików, w innych znów przypadkach rezultat ten osiągnano dopiero po 8—10 seansach. Ostatecznie w miejscu nacieczenia wilkowego występuje cienka, gładka, czasem nieco wgłębiona blizna; przez czas jakiś widać jeszcze na niej żółte plamki, które powoli znikają; sama też blizna, początkowo różowa, stopniowo blednie.

Obraz histologiczny odpowiada klinicznemu.

W skrawku skóry, wziętym po upływie jednej doby od posie-

dzenia, badanie drobnowidzowe wykazuje rozszerzenie i przepełnienie krwią naczyń, nabłonek ich nieco nabrzmiały, szczeliny limfatyczne również rozszerzone; w elementach komórkowych guzika lekki stopień zwyrodnienia, przeważnie jameczkowatego (wakuolizacja); zwyrodnienie to występuje głównie w komórkach olbrzymich; w tych samych komórkach widać i skupienia masy drobnoziarnistej, nie dającej odczynu tłuszczowego.

Po upływie dwóch dni od posiedzenia zmiany te występują wybitniej; dołącza się do nich jeszcze zwyrodnienie tłuszczowe zarodzi (protoplazmy) komórek oraz zmiany nekrobiotyczne w jądrach; głównie dotknięte są komórki olbrzymie,—komórki zaś epiteloidalne w bardzo nieznacznym stopniu. Na czwarty dzień po posiedzeniu cechy sprawy zapalnej i destrukcyjnej w komórkach ziarniniaka nikną, w naskórku zaś występuje wyraźne zwyrodnienie tłuszczowe warstwy dolnej oraz obfite łuszczenie w warstwach powierzchownych. Po upływie tygodnia nie widać już zmian opisanych, tak, że wówczas obraz histologiczny tkanki wilkowej z miejsca, raz tylko na działanie światła wystawionego, niezem się nie różni od obrazu tkanki nie lezonej; jedynie, może, ilość naczyń jest nieco większą.

Po dwóch posiedzeniach, gdy minie okres odczynu ostrego, można już zwykle skonstatować, że górne warstwy corii są w większym, lub mniejszym stopniu uwolnione od komórek ziarniniaka, oraz że wśród komórek okrągłych znajduje się coraz więcej komórek wrzcionowatych; ilość komórek olbrzymich w guzikach zmniejszoną jest bardzo wyraźnie.

Przy dalszem stosowaniu tej metody leczniczej stopniowo, w rozmaite przeciągi czasu, odpowiednio do głębokości nacieczenia wilkowego, całe corium oczyszcza się od elementów ziarniniakowych. Przez cały okres zablizniania się dotkniętego obrębu skóry naczynia są niezmiernie liczne i przekrwione; występują one grupami po kilka, lub więcej razem. Dopiero po upływie dłuższego czasu zaczyna się bujanie śródbłonna w tych naczyniach, wskutek czego zwęża się ich światło, aż do zupełnego zamknięcia i niedrożności.

Na podstawie obrazów histologicznych tkanki wilkowej w rozmaitych, następujących po sobie okresach leczenia, G l e b o w s k i wyprowadza wniosek, że w sprawie zablizniania przyjmuje udział część komórek epiteloidalnych i limfoidalnych ziarniniaka wilkowego; komórki olbrzymie nie grają w tej sprawie produkcyjnej żadnej roli: giną one wszystkie drogą zwyrodnienia jameczkowatego i tłuszczowego.

W bliznach dawnych, wytworzonych na miejscu guzików wil-

kowych dzięki leczeniu światłem, obraz histologiczny jest bliskim normy: wśród włókien tkanki łącznej nie widać zupełnie pozostałości komórek ziarniniaka. Dowodzi to, że uleczenie w danym miejscu jest zupełne i cierpienie nie grozi nawrotem.

Dodać jeszcze należy, że w okresie zablizniania, gdy w dotkniętych obrębach badanie histologiczne nie wykazuje już guzków ziarniniakowych, a szczególnie komórek olbrzymich — badanie bakteriologiczne nie wykazało ani razu pączek gruźliczych.

W ogóle, zdaniem G l e b o w s k i e g o, leczenie wilka światłem skupionem łuku Volty (metoda F i n s e n ' a), więcej, niż jakikolwiek inny zabieg odpowiada zasadzie podstawowej każdego leczenia: dać możliwość tkance chorej wrócić do normy dzięki sprawie twórczej, progresywnej.

Metoda ta, względnie niebolesna, dla chorego nie męcząca i absolutnie żadnym nie grożąca niebezpieczeństwem, — jeszcze i pod względem rezultatów kosmetycznych niesłychanie przewyższa wszystkie stosowane dotąd metody leczenia wilka. Ma ona jednak i niedogodne strony: wymaga bardzo, jak dotąd, kosztownych przyrządów i instalacji, zaciąga się nieraz na długi okres czasu, wreszcie, daje się ona zastosować tylko przy umiejscowieniu cierpienia powierzchownem.

Wyniki, otrzymane przez F i n s e n ' a w leczeniu lupus erythematoses, nie okazały się tak świetnymi. Na uwagę zasługują próby zastosowania metody światło-leczniczej w terapii naevi vascularis plani (F i n s e n, G l e b o w s k i) oraz alopeciae areatae.

G e r s z u n i zajął się w instytucie petersburskim wypróbowaniem omawianej metody w *ulcus rodens*.

Pod nazwą tą rozumiemy owrzodzenie, uporeczywie rozszerzające się, powstałe na tle sprawy nowotworowej w skórze; w ogromnej większości przypadków owrzodzenie to umiejscawia się na twarzy, przytem prawie zawsze w pobliżu oka: na czole, powiekach, nosie, policzku i t. d.

Co się tyczy cech histologicznych samej sprawy nowotworowej, to zdania anatomo-patologów są bardzo podzielone. O ile dawniej większość badaczy zaliczała *ulcus rodens* do gromady nowotworów rakowatych, uważając je jednak jako odrębny gatunek — to dziś ogólnie przeważa pogląd, że *ulcus rodens* nie jest pochodzenia nabłonkowego (epitelialnego), lecz śródbłonkowego (endotelialnego), t. j. nowotwór nosi charakter łącznotkankowy.

Z poglądem takim zgadza się i Gerszuni, który na podstawie swoich badań w następujący sposób objaśnia przebieg sprawy chorobowej w *ulcus rodens*.

Pierwiastkowo ma się do czynienia z czystym endoteliomatem, który lata całe trwać może jako nowotwór ze ściśle ograniczonym umiejscowieniem, nie dający przerzutów; dopiero pod wpływem tego, lub innego powodu (uraz, rozdrapywanie, a także zamknięcie światła w naczyniach) zaczyna się owrzodzenie oraz nadmierne bujanie nabłonka, pokrywającego skórę. Rozmaite czynniki drażniące zewnętrzne, zakażenie bakteryjne, wydzielina owrzodzenia — wszystko to podtrzymuje i podnieca przerost nabłonka, tak, że w tym okresie nowotwór robi wrażenie sprawy chorobowej pochodzenia nabłonkowego. Brak przerzutów Gerszuni objaśnia tem, że rozmnożone komórki śródbłonka, które, bądź co bądź, stanowią tło całej sprawy, zupełnie wypełniają szczeliny chłonne, naczynia chłonne stają się niedrożniami i nie przepuszczają elementów *nabłonkowych* do gruczołów.

Myśl o zastosowaniu światła do leczenia *ulceris rodentis* nie jest nową — opracował ją jednak dopiero Finsen. W 1900 roku przedstawił on Towarzystwu Dermatologicznemu w Kopenhadze czterech pacjentów, uleczonych w ten sposób. W przeciągu roku liczba chorych, leczonych w instytucie Finsena tą metodą, doszła do 25; w 11 przypadkach uleczenie było zupełne. Gerszuni miał do swego rozporządzenia 9 chorych. Pomimo bardzo pomyślnych rezultatów leczenia niechce on jednak na podstawie tak szczupłego materiału wydawać sądu o wartości leczniczej omawianej metody, przytacza tylko wyniki szczegółowych badań histologicznych, robionych nad wycinkami skóry tych pacjentów w rozmaitych okresach leczenia. Wnioski te dadzą się streścić w ten sposób.

Pod wpływem leczenia światłem według metody Finsena w tkance dotkniętej *ulcere rodenti* rozwija się sprawa zapalna (t. zw. „zapalenie fotochemiczne“) o cechach twórczych (produkcyjnych). Następstwem tego zapalenia jest rozwój tkanki łącznej (wytworzenie się blizny) oraz zanik elementów nabłonkowych. Wprawdzie, *ulcus rodens* wykazuje samo przez się dążność do zablizniania się, ale blizny są bardzo powierzchowne i nietrwałe; tymczasem, pod wpływem leczenia światłem wytwarza się blizna zupełnie trwała, która zajmuje również i głębokie warstwy skóry.

Szenk starał się wykazać wpływ skupionego światła (według metody Finsena) na skórę zdrową. Doszedł on do wniosku, że skupione światło łuku Volty wywołuje w skórze sprawę zapalną,

która nosi cechę zapalenia twórczego (produkcyjnego), jeśli na działanie światła skóra jest wystawiona nie dłużej nad godzinę; w razie dłuższego stosowania światła (np. posiedzenia dwugodzinne) zapalenie nosi cechy destrukcyjne, które doprowadzić mogą do zgorzeli.

D-r Stanisław Orłowski.

V. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

289. **Mercadé Salva. O interwencji wczesnej w przypadkach urazów wątroby.** (Revue de chirurgie. Janvier. 1902).

W miarę coraz bardziej ustalającego się poglądu, że laparotomia, rozpoznawcza nawet, jest jedynym postępowaniem racjonalnym w przypadkach ran drażących brzucha, coraz większej nabiera wagi zasada dokonywania operacji tej wcześniej. Lecz największym musi być pośpiech w tych razach, gdy uszkodzeniu ulegnie wątroba, rana bowiem broczy obficie, a krwotok ten, jak każdy, zresztą, wewnątrzotrzewnowy, nie zdradza wcale skłonności do samoistnego zatrzymania się.

Ze statystyki Scudder'a, obejmującej 543 spostrzeżeń, widzimy, że więcej, niż w połowie razy, w ciągu pierwszych 24 godzin nastąpiła śmierć z krwotoku; niema więc też czasu na wahania się, z czego autor dokładnie zdawał sobie sprawę w dwóch przytoczonych przezeń własnych przypadkach. Pierwszy z nich dotyczył 38-letniego mężczyzny, obciążonego gruźlicą, który otrzymał nożem rzeźniczym ranę kłoto-ciętą powierzchni wypukłej lewego zrazu wątroby. Rana, długa na 8 ctm., głęboka na 4 ctm., krwawiła en nappe. Operowano w 1 $\frac{1}{2}$ godziny po wypadku. Nałożono 4 szwy, pokryte gazą, wsuniętą między powłoki i powierzchnię zranionego narządu, a ku prawemu dołowi biodrowemu (fossa iliaca dex). wprowadzono dwa dreny. Sciany brzucha spojono szwem jednopiętrowym, dokonano, wreszcie, bezzwłocznie podskórnych wlewań soli. Wyzdrowienie po dwóch miesiącach, trzeciego dnia po zabiegu operowany chciał już chodzić.

W przypadku drugim został przejechanym 16-letni chłopiec. Laparotomia we 2 $\frac{1}{2}$ godz. Po uniesieniu ku górze przedniego brzegu wątroby przekonano się, że pęcherzyk był odklejonym zupełnie od jej powierzchni dołnej. W odległości 1 ctm. od wnęki operujący znalazł pęknięcie na całej przestrzeni zrazika kwadratowego (lobus quadratus), długie na 10 ctm., na 2 głębokie, o nierównych, poszarpanych brzegach. Za pomocą igły, mocno zakrzywionej udało się jednak nałożyć na pęknięcie owo 3 szwy, poczem ranę wytampo-

nowano szczelnie i zaopatrzono w dreny. Dwa razy, w szybkich odstępach czasu, zastrzyknięto choremu sól. Wyzdrowienie — w niepełna 4 tygodnie.

Rozglądając się w sposobach, zalecanych dla zatamowania krwotoku z wątroby, autor dochodzi do wniosku, że metody takie, jak: stosowanie pary wodnej pod wysokim ciśnieniem (Sniegirew), ogrzanego do 300—400° powietrza, lub zatykanie rany kawałkami sieci (Holländer, Loewy) nie mogą mieć znaczenia praktycznego. Pozostaje zatem: nałożenie podwiązki, szwu, wytamponowanie oraz użycie zegadła.

Nakładanie pincet i podwiązywanie naczyń stosować można chyba w razach wyjątkowych tylko; przyżeganie bywa niekiedy niebezpiecznym z tego względu, że daje powód do krwawień wtórnych. Wskazaniem jest tam, gdzie mamy krwawienie nieznaczne, lub gdzie broczy w tak dalekiej głębi, że niepodobna tamże wytamponować szczelnie. Wypełnienie gazą oddaje, niewątpliwie, usługi wielkie, nie jest to jednak sposób najlepszy i szwom bezwarunkowo należy oddać pierwszeństwo. Wybór szwu jest tu rzeczą całkiem obojętną; najlepszym jest ten, który operujący nakłada najprędzej, bądź ciągły, bądź węzłkowaty, kapiuchowy, lub w postaci U; pamiętać trzeba tylko, by brzegi rany pasowały dobrze. Szew stosować najlepiej w świeżych przypadkach ran ciętych. Tam, gdzie wątroba pęka na skutek stłuczenia, poprzestajemy na tamponadzie, szew zaś nakładamy tylko dla zbliżenia odcinków i przedszego zagojenia rany. Wprowadzenie do tejże drenów i ratowanie sił chorego kilkakrotnym roztworu soli kuchennej zastrzyknięciami jest również pożytecznym i wskazanem. Na tem polega, dziś najbardziej racjonalna, metoda lecznicza w obec ran i krwotoków z wątroby.

K. Niedzielski.

290. D-r J. Potarca (z Krajowy w Rumunii.) **Nowy sposób postępowania operacyjnego wobec żylaków stolcowych (hemoroidów.)**
(Revue de chirurgie. Mai. 1902.)

Jakkolwiek używana dziś metoda Whitehead'a daje wyniki dobre, sposób ten, wszelako, technicznie jest dość trudnym i wymaga za wiele przedwstępnych ostrożności przeciwwakaźnych, nie jest więc doskonałym, czyniącym zbytecznymi dalsze ku lepszemu próby. Za najwięcej zbliżoną do ideału autor uważa operację dr-a Vercesco, naczelnego lekarza wojsk rumuńskich; dr. V. rękoczyn swój stosuje oddawna, opublikował tenże jednak dopiero na Zjeździe Międzynarodowym w Paryżu w r. 1900.

Dla dokonania zabiegu niezbędnymi są: walec korkowy i kilka zwykłych szpilek karlsbadzkich. Wymiary walca mogą być różne; zazwyczaj długość waha się pomiędzy 8 i 9 ctm., grubość—od 3 do 3½ ctm, przyczem każdy z walców tych przebitym jest przez środek wymiaru podłużnego grubym na 2 mm. drutem miedzianym, zagiętym w pętle i tworzącym rękojeść. Dzięki urządzeniu takiemu walec korkowy daje się trzymać mocno, lub też poruszać dowoli.

Sam rękoczyn składa się z momentów następujących: 1) Osobnika znieczulonego układa się na grzbiecie, ze zgiętymi w kolanach kończynami dolnymi, po wprowadzeniu zaś lusterka rękojeścią ku górze, operujący wprowadza drugą ręką do odbytu walec. 2) Ten ostatni wsunąć należy aż do poziomu brzegów orificji ani i utrzymać w pozycji tej mocno, podczas gdy druga ręka wyciąga delikatnie lusterko. Na miejsce wziernika wciska się natychmiast śluzówka i sama trzyma walec na stałe. Teraz na odwodzie odbytu, t. j. na granicy błony śluzowej i powłok operujący wtyka skosnie ku wewnątrz szereg szpilek, w odległości 1 ctm. jedna od drugiej, przebijających zarazem śluzo-skórę i walec. 3) Pociągając ręką lewą za drut walca, aby naprężyć jednostajnie brzegi odbytu, dokonywa się możliwie szybko cięcie koliste, samego jednak tylko rąbka skórniego, tuż po za szpilkami. 4) Następnie odsuwa się ku tyłowi brzegi skórne rany i m. zwieracz sromu (m. constrictor ani), pozostawiając na odbytnicowej rurce śluzowej, umocowanej na walcu, cały pęk naczyń żyłkowych. Trzymanie walca powierza się pomocnikowi, operujący zaś wyluszcza wszystkie naczynia chore. Jeżeli mamy do czynienia jedynie z rozstrzenią tych ostatnich, walec wraz ze śluzówką wysawa się niezupełnie na zewnątrz i, w miarę wyjmowania szpilek, nakładać należy szew na brzegi rany śluzo-skórnej. Jeżeli zaś i śluzówka jest zwyrodniałą, rozcina się ją również kolisto po za granicami zmian i zeszywa brzegi ośrodkowego futerału śluzowego z brzegami zewnętrznej rany skórnej.

Pracę swą dr. P. ilustruje opisem pięciu spostrzeżeń odnośnych, w których za każdym razem otrzymano wyniki doskonałe. Wyższość metody tej jest, zdaniem autora, niewątpliwą i spoczywa na następujących danych: liczne i kłopotliwe zabiegi przedwstępne, zewnętrzne i wewnętrzne, stosowane przez tydzień jakiś przed operacją, stają się przy tej metodzie zbyteczne. Zabieg, w mowie będący, zabezpiecza hemostazę i czystość pola operacyjnego najzupełniej, odbył bowiem zamkniętym tu jest ściśle; dalej, wytwarza się tu nowy zwieracz o jaknajkorzystniejszych warunkach fizyologicznych. Skracą się znakomicie czas trwania operacji, a więc i wpływ krwi, do którego nie należy dopuszczać, zwłaszcza u chorych na hemoroidy.

K. Niedzielski.

291. Maritoux. O stosowaniu światła w chirurgii. (Revue clin. d'androgologie et gynékologie. № 87. 1902.)

Autor w pracy swej powołuje się przeważnie na spostrzeżenia dr-a Minina z Petersburga (patrz mój referat w „Kronice Lekarskiej“ Zeszyt 6. 1902), sam jednak stwierdził też wynik nader dodatni błękitnego światła elektrycznego w kilku przypadkach, a mianowicie: 1) w obec bolesnego skurczu przełyku, gdzie wszelakie próby wprowadzenia zgłębnika nie udawały się. Po jednorazowym zastosowaniu promieni tenże przedostał się przez przeszkodę bez żadnej trudności. Fototerapię zastosowano dalej 2) u pewnej ciężarnej,

cierpiącej na niczem nie dające się powstrzymać wymioty, które ustąpiły dopiero po trzykrotnym z działaniem światła seansie. D-r Maritoux zauważył nadto, że 3) przewlekłe sprawy zapalne ulegają wpływowi światła błękitnego daleko prędzej, niż ostre i, że 4) wylewy krwawe w warunkach tych wsysają się na drugi, najdalej trzeci dzień po ich powstaniu.

Daleko większą wiązkę faktów dostarczają nam spostrzeżenia Minina, który wypróbował skuteczność promieni elektrycznych w rozmaitych sprawach chorobowych i doszedł do wniosków bardzo pouczających. M. opisuje przedewszystkiem przypadki wyleczonej drogą tą przewlekłej pryszczycy twarzy. Co drugi dzień stosowano tu światło w postaci lampki, rozpalonej do białości, o sile 16 świec, zaopatrzonej w szkło błękitne i reflektor; posiedzenie trwało od 15 do 20 minut, reagowano zaś z odległości 20—30 ctm. Już po 3 seansie ustąpiły świerzbiączka i bóle skóry, po ósmym — osobnik odyskał skórę zupełnie czystą.

Skutek, niemniej dodatni, wywierało światło wobec wylewów do wnętrza stawu, jak np. poucza następujący ostry przypadek zapalenia kolana pochodzenia urazowego. Zarysy kolana znikły tu zupełnie; prócz pływającej rzepki, stwierdzono, że obrzęk zajmował całą górną część trzecią podudzia. A jednak już po czwartym posiedzeniu pacjent chodził całkiem prawidłowo, a ciepłota nie była podniesioną ani razu przez cały ciąg leczenia. Drugi chory, kopnięty przez konia w okolicę kolana, który kończyną powłóczył z wielką tylko trudnością, po otrzymaniu kwadransowej kuracji światłem, wyszedł z gabinetu lekarza o własnej sile! W innym znów przypadku ogólnych potłuczeń ciężkich zauważono, po 55-min. stosowaniu światła, wessanie się doraźne wylewów podskórnych i obrzęków, zmniejszenie się powierzchni, zajętych przez nadżarcia i strupy, ustąpienie bólów zupełne, odzyskanie, wreszcie, zdolności ruchowej. W jednym znów spostrzeżeniu, dotyczącym stłuczenia jądra, już po jednokrotnem zastosowaniu promieni, bolesność zmniejszyła się o tyle, że można było miejsce obrażone wybadać. Po trzykrotnem użyciu metody w mowie będącej, kuracja dalsza stała się całkiem zbyteczną.

Należy mniemać, że promienie wywołują szybki skurecz naczyń krwionośnych, bądź działając na nerwy naczyńniruchowe, bądź na gładkie włókna mięsne naczyń, przyczem wpływ tego nowego środka leczniczego ogranicza się nietylko do warstw powierzchownych, lecz sięga głębiej, bez czego nie mógłby być tyle skutecznym.

W dalszym ciągu spostrzeżeń przekonano się o dodatnim działaniu światła wobec gością stawowego, nerwobólów i dny. Za wymowną ilustrację posłużyć tu może jeden nader ciekawy przypadek, dotyczący osobnika, u którego stwierdzono liczne złoże moczianowe na ścianach żył: odłokciowej (vena basilica) i odpromieniowej (v. cephalica) aż do jamy pachowej. Wszystkie, stosowane zazwyczaj w tych razach, środki zawiodły najzupełniej, a zwrot ku lepszemu utrzymano dopiero po zastosowaniu fototerapii (lampka o sile 25 świec). Ta ostatnia nadawała się również bardzo dla usunięcia tak częstej nadezłości blizny kostnej po złamaniach, tam zaś, gdzie idzie o szybkie

uspokojenie bólu, terapia nasza nie posiada równego promieniom elektrycznym środka.

K. Niedzielski.

II. Choroby kobiet i akuszerya.

292. Theilhaver. **Choroby nerwowe i zaburzenia w organach płciowych kobiecych.** (Centralblatt für Gynäk. 1902, Nr. 12, str. 312).

I. Choroby nerwowe mogą powodować zaburzenia w genitaliach kobiecych, a przeważnie anomalie w miesiączkowaniu, a mianowicie:

1) Amenorrhoea; występuje przeważnie w psychozach czynnościowych, o wiele rzadziej w psychozach chronicznych. Również obserwowano amenorrhoeam, lub długotrwały brak miesiączki w chorobie Basedow'a, akromegalii i myxödema.

2) Dysmenorrhoeam napotykaemy w histeryi i neurastenii. Wskutek większej pobudliwości systemu nerwowego łatwo powstaje skurcz spazmatyczny zwieracza orificii interni.

3) Menorrhagiae są również częste u histeryczek wskutek niedomogi muskulatury macicznej.

4) Następstwem chorób nerwowych (histerya, neurastenia, etc.) bywa fluor albus, perodycznie występujący. Objasniają to wzmożonym ciśnieniem krwi, powstałym przez bodźce psychiczne.

5) Zanik macicy, jajników, pochwy, sromu, gruczołów piersiowych obserwowano w następstwie choroby Basedow'a, akromegalii i myxödema.

6) W tychże chorobach spostrzegano również opuszczenie pochwy.

7) Będąca w stanie zaniku macica chętnie przegina się w tył (in retroflexionem); ztąd wysnułi związek pomiędzy ciężką neurozą a tyłopochyleniem macicy.

II. Anomalie organów płciowych mogą spowodować zaburzenia w systemie nerwowym.

1) Okres rozwoju płciowego oraz klimakteryum mogą dać pophop do powstania neurozy i psychozy u osób nerwowych.

2) Miesiączkowanie często powoduje neurozę.

3) Onania, coitus reservatus i ejaculatio praecipitata u mężczyzny dają często powód do neuralgii podbrzuszej.

4) Długotrwałe choroby organów płciowych, związane z doczużliwymi bólami i gorączką (pyosalpinx, perimetritis, ropnie miednicy) często powodują nerwowość.

5) Długotrwałe i znaczne utraty krwi (myoma, carcinoma) mogą dać powód do ciężkich zaburzeń nerwowych.

6) U płciowo chorych kobiet może rozwinąć się hypochondrya ze strachu i zmartwienia.

7) Ciąża powoduje niekiedy neurozy u osób nerwowych, a niekiedy i u zdrowych wskutek autointoksykacji (samozakażenia).

8) Obłąd i psychoza w położu bywają następstwem wyczerpania podczas porodu, zmiany w krążeniu krwi w położu.

9) Ucisk może powodować newralgię i parezę przy istniejących guzach w podbrzuszu, ciąży bliźniętami, parametritis, perimetritis.

10) Sprawy zapalne w miednicy mogą dać początek neuritidi ascendenti.

11) Po porodach ciężkich obserwowano newralgie i paraliże kończyn dolnych wskutek ucisku plexus sacralis.

12) Neuritis może być następstwem samozatrucia (autointoxicatio), lub też rzeżączki i syfilisu.

13) Rak organów płciowych może się przrzuczać na nerwy.

14) Lymphangitis miednicy może powodować ucisk nerwów.

15) W następstwie operacji na organach płciowych spostrzegamy niekiedy neurozy i psychozy, zwłaszcza wtedy, kiedy usunięto jajniki.

16) Neurozy odruchowe autor odrzuca.

M. Warszawski.

293. G. Leopold. **Szybkie i zupełne rozszerzenie ujścia macicznego za pomocą rozszerzadła Bossi'ego, zwłaszcza przy eklampsyi.** (Centr. f. Gynäk. 1902, Nr. 19, str. 489).

Przekonawszy się naocznie w klinice Bossi'ego w Genewie o skutecznym i prędkim działaniu rozszerzadła Bossiego, autor stosował je w klinice swojej w 14 przypadkach eklampsyi z tym samym cudownym skutkiem.

Bossi sam opublikował 12 przypadków (Archiv. für. Gynäk. Bd. LXVI, Hft. 1), w których chodziło o szybkość ukończenia porodu. Za pomocą swojego przyrządu udało mu się w ciągu 20—30 minut osiągnąć zupełne rozszerzenie ujścia macicznego bez naderwania i bez żadnych nacięć na szyi macicznej, tak, iż za pomocą kleszczyków można było bez wysiłku natychmiastowo poród ukończyć.

Od tego czasu przybyło jeszcze 5 przypadków eklampsyi, w których przyrząd Bossi'ego okazał się również zbawiennym. We wszystkich tych przypadkach rozszerzono ujście w ciągu 20 minut bez jakichkolwiek uszkodzeń, do tego stopnia, że można było kleszczami odebrać płód.

Podając w krótkości historie chorób tych pięciu ciekawych przypadków, autor wygłasza następujące tezy:

1) Przyrząd we wszystkich przypadkach zdołał w ciągu 20—30 minut rozszerzyć zamkniętą prawie macicę do tego stopnia, że można było poród zakończyć za pomocą kleszczy.

2) W żadnym przypadku nie zauważono naderwania szyi macicznej; przy stosowaniu tego rozszerzadła należy, idąc za wskazówkami Bossi'ego, zachować spokój i cierpliwość.

3) Prawie we wszystkich przypadkach zaraz po zastosowaniu tego przyrządu wystąpiły bóle porodowe, które równomiernie i z nasileniem dotrwały do okresu wydalenia popłodu.

Jaką wartość posiada ten przyrząd w leczeniu eklampsyi, sądzić można z wyników znakomych Bossi'ego oraz z 12 przypadków z kliniki Leopolda.

Wszystkie matki (10 pierwiastek i 2 wieloródki) wyzdrowiały.

Ilość napadów eklampsji przed rozwiązaniem dochodziła od 1 do 13, a niekiedy i więcej.

Ujście było niekiedy wielkości pięciokopiejkówki srebrnej, niekiedy wielkością odpowiadało 25—50 kopiejkówce, lub też rublowi srebrnemu.

Siedm chorych eklamptycznych po prędkim rozszerzeniu za pomocą przyrządu Bossi'ego zostało rozwiązanych kleszczami. Wszystkie 7 dzieci przyszły na świat żywemi; z nich 2 wkrótce zmarło.

U 4 eklamptyczek musiano się uciec do perforacji czaszki; wszystkie czworo dzieci obumarły przed lub podczas rozwiązania.

U jednej eklamptyczki z łożyskiem przodującym zrobiono obrót na nóżkę, po rozszerzeniu szyi macicznej.

Zważywszy, że przez stosowanie przyrządu Bossi'ego wygrywa się wiele na czasie i że wszystkie prawie matki wyzdrowiały z ciężkiej choroby; zważywszy, że wszelkie nacięcia na części pochwowej są zbyteczne i że wszelkie tamponacye, szwy okazują się niepotrzebnymi, łatwo zrozumiemy doniosłość tego instrumentu. Od tej chwili eklampsja przestanie być wskazaniem do cięcia cesarskiego.

Wszyscy akuszerzy powinni się zaopatrzyć w ten instrument, który wyrabia Marelli w Milanie (via Paletta).

M. Warszawski.

III. Choroby krtani, gardła i uszu.

294. Sch w a b a c h. Znaczenie lecznicze masażu wibracyjnego błony bębenkowej. (Archives of otology № 4 i 5, 1901).

Obserwacye autora dotyczą 176 przypadków z ogólnej liczby 276 uszu, obciążonych różnemi cierpieniami. Masaż był robiony codziennie za pomocą elektrycznego motoru, opisanego przez Breitung'a, z początku w wolnem tempie (600 obrotów tłoku, 2 mm. każdy), później stopniowo coraz prędeż (do 1200 obrotów), w przeciągu jednej lub dwóch, najwyżej trzech minut. W 43 przypadkach sklerozy nie zauważono wielkiego polepszenia i w tych razach autor odradza używać masażu. W 39% przypadków przewlekłego nieżyty jamy bębenkowej nastąpiło polepszenie słuchu; w 45,7% zmniejszenie się szumów usznych. W podostrym nieżycie ucha środkowego, z wysiękiem w jamie bębenkowej, lub bez wysięku, zauważyć się dało stałe polepszenie w 44% przypadków, nawet w ostrych zapaleniach jamy bębenkowej przy influenzy zmniejszyły się szумы w 54% i słuch polepszył się w 66,6% przypadków. Szczególnie dobre rezultaty otrzymywano w przewlekłych zapaleniach ropnych ucha środkowego, gdzie było 91,6% zupełnego wyzdrowienia, lub znamiennej poprawy.

Alfred Heiman.

295. D-r W. Grosskopff. **Ozaena. Monografia i studyum.** (Klin. Vorträge, 1901. T. V, Roz. V, Red. prof. Hang).

Autor w monografii swej przedstawił ozenę jako cierpienie nosa, nie mające charakteru rozpadowego, odznaczające się prędko zasychającą i tworzącą strupy wydzieliną, o obrzydliwym zapachu, zanikiem błony śluzowej nosa i kości nosowych.

Objawy przedmiotowe cierpienia tego wyrażają się: osłabieniem, lub zupełnym zanikiem powonienia, połączone z nieznośnym zaduchem, zatkaniem nosa, bólami głowy w części czołowej, swędzeniem w nosie, w rzadkich przypadkach sprawie towarzyszy szum w uszach. Obiektywnie konstatujemy smród, nie dający się porównać z żadnym innym zaduchem. W zimie występuje on silniej, latem słabiej, podczas miesiączkowania więcej, podczas ciąży mniej (ozaena periodica). Znajdujemy często także zmiany w kształcie nosa, przyjmuje on niekiedy postać siodełkową. Przy badaniu wnętrza nosa widzimy masy koloru zielonego i czarnego i między niemi płynną wydzielinę. Po oczyszczeniu nosa od tych mas, spostrzegamy zupełny zanik muszli dolnej, bardzo często i środkowej, błona śluzowa przedstawia się błyszcząca i twardą, jak pargamin, miejscami znowu obrzmiała i łatwo krwawiąca. Wnętrze nosa daje się z powodu zaniku błony śluzowej i ztąd względnie większego światła z łatwością obejrzeć aż do tylnej ścianki gardzieli. Rozpoznanie pierwotnej ozeny jest tylko wtedy pewne, jeśli wykluczone zostaną ogniskowe ropienia nosa i jam nosowych. Zwolennicy teoryi pasorzytniczej szukają pod mikroskopem swoistych pasorzytów przy stawianiu pewnej dyagnozy. Siebenmann i jego zwolennicy wskazują na zrogowaciały nabłonek, Munck znowu na brak rodanku potasu w wydzielinie.

Prognoza w ozenie wogóle jest dobrą, co się zaś tyczy terapii, zupełne wyleczenie, dotychczas jest przez autorów wykluczone; smród i strupy dają się usunąć, ale przy bardzo wielkiej cierpliwości ze strony pacyenta i lekarza.

Ozena częściej się zdarza u kobiet, niż u mężczyzn.

Badania anatomo-patologiczne wykazują: nacieczenie błony śluzowej przez komórki okrągłe, tłuszczowy ich rozpad, zmianę cylindrycznego nabłonka na płaski, w późniejszych zaś okresach tworzenie się tkanki łącznej z zanikiem błony śluzowej, naczyń krwionośnych, gruczołów śluzowych i kości.

Dalej autor przedstawia różne teorye powstawania ozeny. T. zw. „ogniskowa teorya (Herdtheorie) przedstawia ozenę nie jako chorobę, lecz jako zbiór objawów różnego pochodzenia, t. n. Michel powiada, że ozena powstaje z powodu chronicznego zapalenia jam sąsiednich, i dlatego wielu lekarzy otwierało je, podobno nawet z dobrym rezultatem. Autor jest przeciwnikiem tej teoryi na zasadzie własnego doświadczenia. Teorya—pasorzytnicza: Löwenberg odnalazł swoistego, według niego, pasorzyta ozeny (*Bacillus mucosus*), później opisywano go jako identyczny z pneumokokiem Friedländer'a, czemu w nowszych czasach znowu zaprzeczono. Della Vedora i Belfanti przypisywali powstawanie ozeny odkrytemu przez

nich psendofterytycznemu łasecznikowi. W najnowszych zaś czasach Perez widzi przyczynę ozeny w łaseczniku, odnalezionym i nazwanym przez niego *Coccobacillus foetidus*. Inni autorzy są przeciwnikami teorii pasorzytniczej i powiadają, że, jeśli się znajdują jakies pasorzyty, grają one rolę więcej podrzędną. Nawet zwolennicy tej teorii znajdują się w wielkiej niezgodzie ze sobą. Według innych poglądów, najgłówniejszą rolę przy powstawaniu ozeny grają zmiany, zachodzące w samej wydzielinie i rozpad w jednej części, lub wszystkich gruczołach błony śluzowej nosa, szczególnie gruczołów Bowmann'a i groszkowych (acinos). Inna teoria uznaje ozenę jako następstwo przymiotu rodziców (Störck). Według innych znowu autorów przyczyną ozeny jest katar ropny nosa w latach dziecięcych. Wielu lekarzy jest zwolennikami t. zw. „muszlowej” teorii (Muscheltheorie, Frenkel), według której główną przyczyną ozeny leży w zaniku wrodzonym muszli i w wynikającym stąd ropieniu, smród zaś wytworzony zostaje przez specjalny ferment. Inni autorzy porównują zmiany w kościach nosowych przy ozenie ze zmianami przy osteomalacji. Co się tyczy smrodu, niektórzy przypisują go rozkładowi zrogowaciałego nabłonka.

Mówiąc o terapii, autor widzi najgłówniejsze zadanie w utrzymywaniu nosa w czystości (Klemperer), co daje się osiągnąć 1) przemywaniem nosa i 2) tamponadą jamy nosowej (Gottstein). Te dwa środki lecznicze, według autora, mają jedynie wartość w leczeniu ozeny. Przemywania nosa nie należą do rękoczynów zupełnie bezpiecznych ze względu na ucho i dlatego autor zwraca zawsze uwagę pacjentów, jak takowe wykonywane być winny.

Chirurgiczne leczenie, jako to wycinanie, wyskrobywanie muszli, jako też przypalanie, wyszły zupełnie z użycia. Masaż błony śluzowej przez wielu autorów jest gorąco polecany, jako też i elektroliza. Zastrzykiwanie surowicy, cieszące się w swoim czasie dużym powodzeniem we Włoszech, nie dało żadnych rezultatów. Zasypywanie nosa różnymi środkami antyseptycznymi, według autora, jest szkodliwe, gdyż pomaga tworzeniu się strupów. Ze smarowań bardzo dobre rezultaty otrzymywano od 30% Phenol. natrosulfuricinum ana Aq. destill. Przy leczeniu powinno się także zwracać uwagę na leczenie ogólne (blednicę, gruźlicę lub żółty). *Alfred Heiman*

VI. Wiadomości terapeutyczne.

296. (jz) **Congelatio.**

Lassar zaleca w odziębieniu masę następującą, którą radzi stosować na noc.

Rp. Ungu. plumbi
Vasellini flavi aa 40,0

Ol. olivar. 20,0

Acidi carbol. 2,0

Ol. lavandul. gtt. XXX

M.f.unguent.

297. (hul) **Combustio.**

Kharonov, po wypróbo-

waniu w oparzeniach nadmanganianu potasu, zachwalanego przez *Goldstein'a*, doszedł do wniosku, że środek ten działa skuteczniej od innych, stosowanych w tem cierpieniu. Oprócz tego bezpiecznie może być stosowany na obszernych nawet powierzchniach, tymczasem, gdy bizmut, lub też jodoform często wywołują w takich przypadkach objawy otrucia. *K.* stosuje omawiany środek w stężonym roztworze za pomocą pędzli, po którym to rękoczynnie uczucie bólu znika prawie niezwłocznie. Ponieważ w zętknięciu się z substancjami organicznymi nadmanganian potasu rozkłada się na potaż żrący, tlen in statu nascendi i tlenek manganu, *K.* sądzi, że potaż i tlen wywołują znieczulenie miejscowe, przyzegając zakończenia nerwów, tymczasem, gdy tlenek manganu zapewnia stan aseptyczny rany.

(*La Sem. Méd.*, 1902, Nr. 13).

298. (jz) **Dionin.**

Scherer zachwala działanie dioniny w dawkach po 0.02—0.03 *pro dosi* jako środka uśmierzającego kaszel męczący zarówno w niezżytach oskrzeli, jak i w gruźlicy. Działania ubocznego nie zauważył. (*Th. Mon.*, 3).

299. (jz) **Dormiol.**

Hoppe stosował dormiol u epileptyków w okresie zwiastunów i w stanach epileptycznych w postaci lawatyw (2—3 łyżki stołowe roztworu 10:150 w $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ litra wody) z dobrym skutkiem.

(*M. m. W.* 17).

300. (jz) **Erysipelas.**

Oryginalną metodę leczenia róży podaje *d-r Tregubow*, przypala bowiem miejsca, zajęte różą, zmoczoną w spirytusie i zapaloną watą aż do otrzymania oparzenia 1-ego stopnia i wystąpienia bólu.

Leczenie powtarza 2—3 razy dziennie. Notujemy ten sposób dla jego oryginalności.

(*D. M. W.* 27).

301. (jz) **Hydrargyrum lacticum.**

Gaucher stosuje mleczan rtęci w postaci 1 szprycy 1% roztworu podskórnie, lub po 4 łyż. kaw. dziennie 1% roztworu do wewnątrz w syfilisie, zaleca środek ten gorąco dla mało drażniących jego własności rtęci.

(*Bull. méd.* 18).

302. (jz) **Itrol.**

Boeck zaleca w praktyce ocznej itrol, szczególnie w pannus trachomatosis i w jaglicy z dużą wydzieliną.

(*W. m. P.* 27).

303. (hul) **Jodum.**

Weisz twierdzi, że usunięcie z pożywienia chlorków robi ustrój więcej podatnym do przyjęcia alkaliu jodku. *Sellei* leczył w ten sposób jodkiem 30 chorych i przekonał się, że u 5-ciu z nich, zdradzających idiosynkrazję do jodku, pożywienie wolne od chlorków okazało się, wbrew zdaniu *Weisz'a*, bezsilnem do zwalczania wrażliwości na ten środek. Radzi on jednak robić w dalszym ciągu doświadczenia w tym kierunku, ażeby należycie wyjaśnić tę sprawę.

(*La Sem. Méd.*, Nr. 11, 1902).

304. (hul) **Natrum salicylicum.**

Środek ten drażni nieco błonę śluzową żołądka, rozkładając się bowiem pod wpływem kwasu solnego żołądkowego, wydziela wolny kwas salicylowy, nie obojętny, jak wiadomo, dla żołądka. Ażeby zapobiedz temu rozkładowi, należy z jednej strony zobojętnić kwas solny żołądkowy, z drugiej zaś starać się o jak najszybsze wchłanianie salicylanu sodu. Według *Hombere'a*, osiągnąć to możemy za pomocą dwuwęglanu so-

du, podawanego przed solą salicylową, lub też jednocześnie z nią. Dzięki temu połączeniu zobojętnia się kwas solny i wytwarzają się w żołądku kwas węglany przyspiesza wchłanianie salicylanu sodu. Z drugiej strony, aczkolwiek radzą podawać ten środek w zna-

cznem rozcieńczeniu, ażeby tem zmniejszyć drażniące działanie, H. przekonał się, że żołądek lepiej go znosi, gdy jest podawany w małej ilości wody, wówczas bowiem najkrócej przebywa w żołądku.

(La Sem. Méd., Nr. 10, 1902).

VII. O D C I N E K.

Kilka słów o ambulatoriach szpitalnych. Stosunek lekarzy ambulatoryjnych do szpitala.

Napisał

D. Nisenson.

Od pewnego czasu odzywają się w prasie lekarskiej z jednej strony głosy, dowodzące ważności współlistnienia ambulatoryów przy szpitalach, z drugiej zaś strony, przemawiające za oddzieleniem ambulatoryów od nich. Jedni tedy utrzymują, że ambulatorya powinny stanowić integralną część szpitali; drudzy, że ambulatorya — to balast dla szpitali, szkodliwy nowotwór. Nie posiadam pod ręką sprawozdań szpitali zagranicznych i dlatego nie mogę statystycznie dowieść, w ilu większych miastach przyjęty jest ten, lub ów system. Kilkakrotnie odwiedzając jednak kliniki i szpitale zagraniczne (Krakowskie, Berlińskie, Czeskie, Wiedeńskie), o ile sobie przypominam, prawie przy każdym większym szpitalu widziałem ambulatorya. Wprowadzenie, bądź co bądź, nowego systemu — oddzielenia ambulatoryum od szpitala — dopiero w przyszłości może nas przekonać o mniejszej, lub większej korzyści tego, lub owego systemu dla chorych, lekarzy i społeczeństwa.

Tymczasem większość szpitali tutejszych posiada ambulatorya, stanowiące składową ich część. Zobaczmy teraz, jakie czynniki przemawiają za utrzymaniem dawnego porządku, i czy ambulatorya przy szpitalach mają racya bytu.

Komisya, zajmująca się pożądaną reformą szpitali, doszła jednomyślnie do wniosku, iż liczba obecna szpitali w naszym mieście nie odpowiada stosunkowo ilości ludności, wciąż wzrastającej, i że trzeba wyszukać środki na przebudowanie istniejących szpitali i wystawienie nowych. Otóż, ten chroniczny brak łóżek w szpitalach i pieniędzy daje się we znaki nie tylko przyjezdnym chorym, lecz i stałym mieszkańcom Warszawy. Łuki te poniekąd wypełniają ambulatorya. Udowodnię to cyframi, zaczerpniętymi ze sprawozdań o ruchu chorych w ambulatoryum szpitala starozakonnych w Warszawie za ostatnich lat kilka. W roku 1895 zgłosiło do ambulatoryów, znajdujących się przy szpitalu, 20.534 chorych; w roku 1896—22960; w roku

1897—24952; w 1897—27873; w 1898 r.—32230 i t. d. Widzimy więc, iż corocznie liczba chorych, szukających ulgi w swych cierpieniach, wzrasta się stosownie do wzrostu ludności. Przypuszczam, że nie inaczej się dzieje i w innych szpitalach.

Wśród tych chorych znajduje się wielu i bardzo wielu, którzy dla braku miejsca nie mogli być przyjęci do szpitala. Tutaj lekarze, ordynujący na oddziałach, mają możność przysłużenia się cierpiącej ludzkości. Zazwyczaj ordynatorzy wiedzą, ile mają wolnych łóżek na swych oddziałach; kwalifikują tedy, w razie potrzeby, ciężko chorego na swój oddział, wypisują mniej chorego, lub rekonwalescenta. Ambulatorya stanowią więc jakby aparat regulujący ruch chorych w szpitalu. Lekarze zaś, nie posiadający oddziału, z łatwością komunikują się w razie potrzeby, z odpowiednim ordynatorem, lub z miejscowym lekarzem i ułatwiają tym sposobem wstąpienie choremu do szpitala.

Inaczej rzeczy się mają, jeśli ambulatorya są w oddaleniu od szpitala. Dowodem słuszności wypowiedzianych przezemnie słów może nam posłużyć chwilowy, a może i stały podział szpitala starozakonnych na dwie części. Z chwilą przeniesienia go do nowej siedziby na Czyste, zachodzą przedewszystkiem trudności przewiezienia chorych z miejscowości, przeważnie przez żydów zamieszkałych; powtórnie, ordynatorzy, lub asystenci, przyjmujący de facto sami w ambulatoryach, tracą wiele czasu i ponoszą koszt na rozjazdy, nie otrzymując po większej części żadnego za to wynagrodzenia; wreszcie, ustawa szpitalna ogranicza w chrześcijańskich szpitalach przyjmowanie żydów do minimum. Komunikowanie się ze szpitalem listowne, lub telefoniczne zabiera wiele czasu, a wędrowka po mieście nie przysparza zdrowia choremu. Ambulatorya przy szpitalach mają wielkie znaczenie dla ordynatorów oddziałów i dla samych chorych. Chory po wypisaniu ze szpitala może pozostać nadal pod obserwacją dogląającego go na oddziale lekarza. Wstęp na oddział nie jest tak łatwy, jakby się zdawało: potrzebne są różne formalności; lekarz na oddziale jest zajęty świeżymi chorymi i t. d. Wyniki więc operacyi najłatwiej i najchętniej ordynator obserwuje w ambulatoryum swoim, a lekarz internista, lub inny specjalista dowie się o stanie zdrowia chorego. Kliniczny materyał nie ginie; chory zaś jest zadowolony, wiedząc, że nim się interesuje ordynator.

Nie małą korzyść przynoszą ambulatorya dla chorób dzieci przy szpitalach. Wszak dzieci do lat 10—12 same do szpitali nie przychodzą; przynoszą je, albo przyprowadzają matki, zostawiają resztę rodziny na łasce sąsiadów, lub w zamkniętych pokojach. Dobrze jest, jeśli przy ambulatoryum jest szpital; w razie zakwalifikowania dziecka do szpitala, znajdzie ono natychmiast rychłą pomoc, a matka może spokojnie wrócić do zwykłego zajęcia. Cóż się zaś stanie z chorem dzieckiem, obwożonem po mieście w celu wyszukania dłań kąta, i ile to nieszczęśliwych wypadków będzie wtedy w domu?

Wspomnę jeszcze o jednej korzyści, którą przynoszą ambulatorya przy szpitalach lekarzom. Zazwyczaj w ambulatoryach przyjmują ordynatorzy z asystentami. Ostatni mają możność, znajdując się pod kierunkiem doświadczeńszych kolegów, wyrobienia się w swym za-

wodzie; nabierają rutyny i pewności siebie. Ambulatorya—dopełniają korzyści, jakie wynoszą młodzi adepci medycyny z oddziałów, i przygotowują ich do samodzielnej pracy.

Powyższe okoliczności (zapewne nie brak i wielu innych) skłaniają mię na stronę zwolenników zespolenia ambulatoryów ze szpitalem. Smiem więc twierdzić, że dopóki, liczba szpitali i łóżek w nich nie będzie powiększoną w stosunku do ilości mieszkańców, ambulatorya powinny funkcjonować przy samych szpitalach, lub w nieznacznym od nich odległościach i nawzajem się uzupełniać. Wymaga tego dobro chorych i mechanizm szpitalny. Ma się rozumieć, dzisiejsze ambulatorya (mówię o szpitalu starozakonnych w Warszawie) nie odpowiadają ani wymaganiom higieny, ani nauki. Ambulatorya obecne są to celki, do których prowadzą dwie poczekalnie; jedna z nich jest prawie pozabawioną światła. Nie lepiej się też dzieje i w pokojkach dla przyjęć chorych. Badanie chorych jest tem samym utrudnieniem i lekarze nie osiągają tych celów, jakich pragną. Szkoda wielka, iż instytucya ta nie została włączoną do nowowybudowanego gmachu na Czystem. Z uwzględnieniem najnowszych wymagań medycyny utworzenie oddzielnych ambulatoryów, jako samodzielnych instytucyi, jest łatwiejszem na papierze, niż w rzeczywistości. Gmina tutejsza zużyła dużo pieniędzy, czasu i zachodów, nim udało się wystawić pomnikowe dzieło; zkąd znów wziąć środki na nowe projekty? Samo, zresztą, uzyskanie pozwolenia wymaga znów wiele czasu; projekty muszą przejść przez różne instancje. Lata przejdą, a szpital tymczasem będzie pozbawiony swej niezbędnej towarzyszkii — ambulatoryów, które jemu często i bardzo często przychodziły w pomoc, gdyż lwią część chorych, nieprzyjętych do szpitala, otrzymywała w ambulatoryach poradę i lekarstwo.

Daleko łatwiej kierować skombinowaną, będącą w ruchu maszyną, niż wymyśleć nową i puścić ją w ruch.

Przechodzę obecnie do wyjaśnienia stosunku t. z. lekarzy ambulatoryjnych do reszty lekarzy, ordynujących w szpitalu, resp. do niego samego. Lekarze ambulatoryjni, pracujący w szpitalu, mają stanowić, jak chcą jedni, balast dla niego i być zbytecznymi. Powyższe cyfry o ruchu chorych w ambulatoryach za ostatnie kilkolecie wyraźnie przeczą takiemu przypuszczeniu. Może, badanie w ambulatoryach nie jest tak ściśle, jak na oddziałach. Przyczyniają się do tego, jak wyżej wspomniałem, nieszczególne warunki, w jakich badanie się odbywa. Pomimo to, pracując przez jedenaście prawie lat w ambulatoryum (przez pierwsze cztery i pół roku jednocześnie pełniłem obowiązki asystenta na oddziale chorób wewnętrznych), mogę śmiało i ze spokojnem sumieniem powiedzieć, iż z tych kilkudziesięciu tysięcy rocznie chorych, poszukujących tam uzdrowienia, porządny procent doznawał ulgi, a nawet zupełnej poprawy.

Trzeba tedy przyznać, iż lekarze ambulatoryjni, przy dzisiejszem uposażeniu szpitali, ciągłym braku miejsc w takowych, pracują na równi z lekarzami, posiadającymi tytuł ordynatora, przynoszą nie małą korzyść społeczeństwu i samemu szpitalowi. Lekarze ambulatoryjni nie są anachronizmem w szpitalach; są zarówno, może w mniej-

szym zakresie, niż ordynatorzy, stałymi ich współpracownikami, dorzucając niejedną cegiełkę na ołtarzu dobroczynności publicznej. Jeśli dodam, że lekarzy ambulatoryjnych mianuje u nas Rada Miejska, po uprzednim balotowaniu ich przez gremium lekarzy szpitalnych; że lekarze ambulatoryjni pracują bez żadnego wynagrodzenia i bez praw służby państwowej (ma dopiero nastąpić reforma pod tym względem), to nie ma żadnej racji bytu traktowania ich po macoszemu. A jednak stało się tak niedawno z okazji inauguracji nowego szpitala na Czystem. Komitet budowy tego gmachu uważał za stosowne pominąć lekarzy ambulatoryjnych, pracujących w szpitalu starozakonnych po kilka i kilkanaście lat, i ignorować ich przy otwarciu szpitala. Osobiste zapatrywania niektórych jednostek na korzyść, lub szkodę istnienia ambulatoryjów przy szpitalach nie powinny być tu brane w rachubę—każdemu wolno tak, lub inaczej myśleć. W każdym jednak razie lekarze ambulatoryjni, stanowiąc jedno z ogniw szpitala, niesłusznie pominięci zostali.

Fakt ten, blachy sam przez się, dowodzi szczególnego stosunku szpitala do lekarzy ambulatoryjnych i wymaga wyjaśnienia.

Sądzę, że sprawiedliwość, a nie poboczne względy, powinny tu były odegrać główną rolę.

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 15 sierpnia 1902 r.

—OH— Nieopatrznie niecone wśród publiczności obawy przed stycznością z suchotnikami, przeciw czemu niejednokrotnie zabieraliśmy głos—przyjęły się już tu i owdzie, bujniej może, niż to przypuszczali propagatorzy hipotezy zaraźliwości suchot, i zaczynają przynosić owoce praktycznego ich zastosowania w życiu.

Oto kilka owych przykładów: w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej—wyższa rada zdrowia poleciła lekarzom sanitarnym odsyłać (na koszt towarzystw przewozowych) z powrotem statkami wszystkich pasażerów, u których wykryją suchoty. W Rockland, miejscowości klimatycznej, właściciele hoteli otrzymali zawiadomienie, że pod karą 50 dolarów nie powinni wynajmować mieszkań suchotnikom.

Jak daleko zajść mogą takie rozporządzenia, nie można dziś przewidzieć; pod wpływem strachu o życie—w człowieku najprędzej budzą się instynkty zwierzęce.

Kto wiatr sieje, zbiera burze:

Postęp ludzkości dąży do tego, aby konieczność walki o byt przyjmowała formy najłagodniejsze—ludzkie.

Lekarze, przyczyniający się właśnie do wprowadzenia w życie środków okrutnych, a przytem wątpliwej wartości, powinni zwłaszcza

nie za pominać, że ich zadaniem jest niesienie ulgi chorym przede wszystkim, że nigdy nie powinni poświęcać słabych i cierpiących dla interesu silnych i zdrowych.

—w— W Paryżu w Maju 1903 r. odbędzie się 3-i międzynarodowy zjazd lekarzy towarzystw ubezpieczeniowych.

—w— W Argentynie jedna z fabryk zapalek puściła w kurs pudełka z zapalkami, na których to pudełkach wydrukowane są przepisy walki z gruźlicą oraz zamieszczone są portrety lekarzy, specjalnie zajmujących się leczeniem gruźlicy. (R. Wr. 23).

—w— Obecny prezesem ministerium francuskiego jest lekarz Justyn C o m b e s.

—w— W Chicago dla miejscowego szpitala okręgowego wydano przepisy, zabraniające przyjmowania do szpitala chorych, którym grozi śmierć nagła. Również zabroniono przyjmować chorych, którzy dopiero co wyszli z drugich szpitali, a zwłaszcza tych, którzy tam byli operowani. (R. Wr. 24).

—w— W Irlandyi padł ofiarą swego powołania dr W. S m y t h, zaraziwszy się chorobą zakaźną od pacjentów swoich, chorych-biednych. Dla wdowy i dzieci, pozostałych po nim bez środków do życia, zebrano w bardzo krótkim czasie 7668 funtów szterlingów (76680 rubli). U nas społeczeństwo nie zatroszczy się nigdy o los wdów i sierot po lekarzach, którzy padli ofiarą swego poświęcenia. Warto by przeto myśleć o sobie! W tym celu należałoby każdemu zapisywać się na uczestnika Kasy Pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy. Dotychczas, niestety, zbyt mała liczba lekarzy zapisała się do grona jej uczestników,—jakkolwiek liczba członków stale się zwiększa.

—w— Niejaki W. Zimin ofiarował uniwersytetowi Tomskiemu rubli 100000 na urządzenie i utrzymanie instytutu bakteriologicznego. (R. Wr. 25).

—w— „Russkij Wracz“ za gazetą „Nowoje Wremia“ podaje, że Moskiewski Zarząd Miejski postanowił od jesieni r. b. wprowadzić w szpitalach zajęcia i rozrywki, odpowiadające wymaganiom chorych. We wszystkich szpitalach Moskwy będą zaprowadzone odczyty treści religijno-moralnej oraz z literatury, pogadanki z obrazami nikańczymi oraz biblioteki. Nadto znajdować się będą maszyny do szycia i inne oraz różne narzędzia dla tych chorych, którzy mogą zajmować się pracą. W szpitalu Miasnickim uczyć nadto będą czytać i pisać.

—w— W Rostowie nad Donem z rozporządzenia władzy zamknięto dyżury felcerów za przekroczenie przez nich przepisów i samodzielne leczenie z zastosowaniem sposobów, dozwolonych tylko lekarzom. (R. Wr. 27).

—w— W Holandyi na ścianach domu, w którym znajduje się chory na chorobę zakaźną, musi być wywieszona ogłoszenie z oznaczeniem rodzaju choroby. Wyjątku pod tym względem nie zrobiono nawet dla królowej Wilhelminy, gdy ta była chora na tyfus. Na ścianach pałacu królewskiego również było przybite takie ogłoszenie. Zdejmuje się je dopiero po zdezynfekowaniu mieszkania. (R. Wr. 27)

—w— Dziekan fakultetu lekarskiego uniwersytetu Paryskiego, Prof. D e b o v e udzielił nagane profesorom tegoż wydziału: G r a n-

cher, Bouchard i Lannelongue za zbyt częste przeprowadzanie wykładów, spowodowane częstymi wyjazdami do chorych, oraz za zbyt duże skracanie roku szkolnego z powodu późnego powrotu tychże profesorów z feryi letnich. Jednocześnie prof. Debove zwrócił się do wzmiankowanych profesorów z prośbą, by zechcieli nadal prowadzić wykłady prawidłowo, lub też, jeżeli inaczej postępować nie mogą, by ustąpili, zostawiając w ten sposób miejsce dla innych profesorów, którzy obowiązki swoje będą spełniać sumienniej.

—w— Największa śmiertelność panuje w Gwatemali (w południowej Ameryce), bo umiera tam 41 na 1000. Najmniejszą śmiertelnością odznacza się Nowa Zelandya, ze śmiertelnością 11 na 1000. (R. Wr. 23).

Z M A R L I.

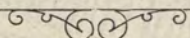
Prof. Karol Gerhardt dnia 20 lipca w majątku swoim Dambergu w Księstwie Badeńskim, w wieku lat 70. Urodzony w Speyer, studiował medycynę w Würzburgu, gdzie w r. 1856 uzyskał stopień doktora medycyny. Pod kierunkiem Bamberger'a i Rinecker'a w Würzburgu oraz Griesinger'a w Tybindze wystudował gruntownie dyagnostykę lekarską. W r. 1860 habilitował się w Würzburgu, w r. 1861 został profesorem kliniki chorób wewnętrznych w Jenie, w r. 1872 powołany na takąże katedrę do Würzburga, a w r. 1885 mianowany następcą Frerichs'a w Berlinie.

Był bardzo wybitnym dyagnostą.

Podręcznik jego auskultacji i perkusji wyszedł obecnie w 6-em wydaniu i cieszy się aż do obecnej chwili niezwykłą wziętością. Oprócz tego zmarły profesor napisał podręcznik chorób dziecięcych, który w r. 1898-ym wyszedł w 5-em wydaniu. Nadto napisał wiele rozpraw z dziedziny chorób krtani. Był chlubą nauki niemieckiej, która z jego śmiercią bardzo dotkliwą poniosła stratę. *J. W.*

Ryszard Förster, profesor okulistyki w uniwersytecie wrocławskim, dnia 8 lipca w wieku lat 76, we Wrocławiu.

Prof. Edward Porro, znany chirurg i ginekolog, w Medyolanie, w wieku lat 60.



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

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

SZCZAWNICA

Sanatorium D-ra J. Kołaczkowskiego przy zakładzie **wodolecznym** otwarte od maja do końca września. Srodki lekarskie, klimat, picie wód mineralnych, zętycy, kefiru i mleka, kąpiele hydropatyczne, mineralno żelaziste, rzeczne, elektryczne i mechanoterapia, inhalacya i t. p. Ceny przystępne.— Kuchnia wykwintna. Prospekty na żądanie wysyła **zarząd**.

„Oxygenium“

Woda nasycona tlenem i kwasem węglowym napój higieniczny
poleca

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne

„MOTOR“

(APTEKARZY WARSZAWSKICH)

Marszałkowska 23, telefon № 491.

Kąpiele borowinowe w każdej porze roku.

Jedyny
Naturalny produkt

DO
KĄPIELI

borowinowych
lecniczych.



MATTONIEGO

sól borowinowa
(suchy wyciąg)
w paczkach po 1 kile

MATTONIEGO

ług borowinowy
płynny wyciąg
w butelkach po 2 kile

Heinrich Mattoni, Francensbad, Karlsbad, Wiedeń, Giesshübl Sauerbrun, Budapes