

5328

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH

WYDAWANE PRZEZ

Lekarzy: Bauerertza Adama, Funka, Garbowskiego, Goldbluma H., Guranowskiego Ludwika, Hewelkego O., Hoenege, Hopfenbluma, Kępińskiego, Kobylńskiego F., Kosmowskiego, Kossakowskiego, Krajewskiego, Kruszewskiego A., Mączewskiego Władysława, Sierpińskiego K. W., Sobolewskiego Al., Stichego Czesł., Tyrchowskiego W., Wojciechowskiego I., Wyszynskiego W., Zweigbauma.

REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY

W. H. Krajewski.

WYDAWCA

F. Kobylński.

Rok piąty № 3. 1 Lutego 1884.

Wychodzi 2 razy na miesiąc. — Przedpłata wynosi w Warszawie rocznie 5, półrocznie rs. 2 kop. 50. — Na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. — Cena ogłoszeń: za centymetr kwadratowy jednorazowo 5 kop., sześciornazowo 4 kop., półrocznie 3 kop., rocznie 2 kop. — Numer pojedynczy kop. 30. — Biuro Administracyi i Ekspedycyi: Czy-
sta Nr. 4. — Biuro Redakcyi: Chmielna Nr. 32 —
Rękopisy nie zwracają się.

WARSZAWA.

W DRUKARNI M. ZIEMKIEWICZA i W. NOAKOWSKIEGO

przy ulicy Krakowskie-Przedmieście Nr. 415 (15).

1884.

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

47. J. PAWIŃSKI. **Badania kliniczne nad arytmiją serca w ogólności, a w szczególności przy wadach zastawek.** (Warszawa 1884—str. 311. — in 8^o z 8-ma tablicami).

Nauka o arytmii serca dotychczas zaniedbywaną była przez najznakomitszych nawet klinicystów, jakkolwiek pokrewne i blizkie jej palpacyjne, stosunkowo dość starannie były zbadane (może tylko dzięki tej okoliczności, że chorzy daleko częściej uskarżają się na bicie serca, podczas gdy arytmia połączoną jest z nieznacznymi objawami podmiotowymi). Fizjologja na zwierzętach wykazała, ilu różnorodnym wahaniom podlega mechanizm serca; cóż więc powiedzieć mamy o wahaniami tych u człowieka, którego mechanizm sercowy ulega jeszcze wpływowi najrozmaitszych afektów psychicznych.

Z liczby narzędzi używanych do poszukiwań nad rytmem serca, autor przeważnie posługiwał się poligrafem Grunmach'a.

Opierając się na prawidłowym stosunku trwania skurczu i rozkurczu serca (u zdrowych ten ostatni zawsze trwa nieco dłużej), rozróżnia Pawiński kilka odmian rytmu serca, a mianowicie:

A) Stosunek czasu skurczu do czasu trwania rozkurczu, nie przekracza granic prawidłowych, czyli że pierwszy krótszy jest niż ostatni. Gruppa ta dzieli się na dwie: *Eurythmia* i *Pararhythmia*, ta ostatnia zaś znowu na dwie: *Tachyrhythmia* i *Bradyrhythmia*. Wreszcie należą tu mięszane postacie, w liczbie których na szcze-

gólną uwagę zasługują dwie, a mianowicie: a) częstość uderzeń serca zmienia się dopiero po pewnej liczbie uderzeń i b) zmiana następuje już po 2 — 4 uderzeniach.

B) Arytmija — w ścisłem znaczeniu tego wyrazu (*Arhythmia stricte sic dicta*), przy której nieprawidłowe rewolucyje serca występują naprzemian z prawidłowymi. Należą tu dwie główne postacie: 1) pomiędzy nieprawidłowe arytmiczne uderzenia wstawiony jest cały szereg prawidłowych i 2) prawidłowe uderzenia występują rzadko. Dawniejsza klasyfikacyja arytmii (*Bouillaud, Nothnagel i Léé*) jest błędną, albowiem oparta jest na krótkich rysunkach sfigmograficznych, zawierających nie więcej jak 8 — 12 uderzeń i dla tego przedstawiających linje nieprawidłowe, gdy długie krzywe, otrzymywane za pomocą poligraufu Grunmach'a, okazują pewne prawidłowe cechy (peryodyczność).

C) *Dysrhythmia cordis* polega na niejednoczesnej czynności obydwóch pół serca; należy tu tak zwane *Hemistolia cordis* (*Leyden*).

Autor robi uwagę, że, wbrew rozpowszechnionemu ogólnie mniemaniu, nie *Laënnec* pierwszy odróżniał prawdziwe intermisje od fałszywych; o 150 lat wcześniej opisał takowe dokładnie *Willis* w dziele pod tytułem: „*Pharmaceutica rationalis sive diatriba de medicamentorum operationibus in humano corpore* authore *Thoma Willis, Hagae, Comitum—1675, p. 355*”. Na podstawie własnych rysunków sfigmograficznych rozróżnia autor dwa rodzaje intermissyi, niezależnie od tego, czy tętna zawarte pomiędzy odstępami są prawidłowymi lub nie: 1) tętno znaj-

dujące się bezpośrednio przed odstępem wyróżnia się od innych albo tylko większą długością katakroty, 2) albo też wyróżnia się jeszcze i przez to, że przestrzeń, oddzielająca je od poprzedzającego tętna jest krótszą, niż odstępy pomiędzy innemi uderzeniami tętna. Pomimo znacznej różnicy przepuszczeń tych na obrazach sfigmograficznych, trudno jest ocenić je za pomocą ręki.

Co się tyczy głównych postaci pulsu arytmicznego (tętno dwudzielne, trój... wielodzielne, naprzemienne i paradoksalne), to własne spostrzeżenia autora i otrzymane przezeń liczby świadczą, iż tętno dwudzielne (pulsus bigeminus) powstaje wskutek przedwczesnego uderzenia serca w każdej drugiej rewolucyi, skutkiem czego skraca się czas poprzedzającego rozkurczu; dopiero następujący rozkurcz dobiega czasu prawidłowego, tak, iż pomiędzy nim, a następującym skurczem, istnieje większy przeciąg czasu niż ten, który oddziela dwa bliżej ku sobie położone uderzenia serca. W podobny sposób powstają i inne pomienione postacie tętna, jak tętno dwu — trój — czworo... wielodzielne.

Dość obszerny oddział poświęca autor palpacyjom serca; główną cechę takowych przedstawia, zdaniem autora, podmiotowe uczucie chorego. Wszystkie inne nawet podmiotowo dające się stwierdzić objawy nie należą tu wcale. W ogólności odróżnia Pawiński następujące przypadki palpacji:

1) Siła i częstość uderzeń serca są prawidłowe.

2) Częstość prawidłowa, a siła uderzeń zwiększona (przerost serca).

3) Częstość zwiększona, podczas gdy siła może być zwiększoną lub zmniejszoną.

4) Częstość i siła są zmniejszone (stłuszczenie serca, wyzdrowienie po tyfusie).

Co się tyczy arytmii, to nie towarzyszą jej żadne zjawiska podmiotowe, czem

się właśnie różni zasadniczo od palpacji.

Część historyczna zawiera wiele faktów ciekawych, a głównie poglądy Galeana, które nigdzie tak dokładnie nie były streszczone, oraz badania uczonego polskiego z pierwszej połowy XVI-go stulecia, nazwiskiem Strusia (Struthius), którego praca zajmuje jedno z najwybitniejszych stanowisk w dziejach nauki o chorobach serca (tytuł dzieła tego jest następujący: „Sphygmicae artis jam mille ducentos annos perditae et desideratae, Lib. V a Josepho Struthio Posnaniense medico conscripti. Cum caes. Majest. Privilegio ad decenium. Basileae per Joannem Oporinum).

Kazuistyka jest nader obszerna i opatrzona licznymi cyframi i tablicami. Ważniejsze wnioski ze spostrzeżeń autora są następujące:

1) Pomimo pozornej nieregularności tętna, można znaleźć typy przedstawiające pewną prawidłowość.

2) Tętno wielodzielne składa się zwykle z pulsów mniej złożonych (dwudzielnego, trójdzielnego).

3) Niekiedy zauważyć można w tego rodzaju powikłanym pulsie—tętno naprzemienne zajmujące zwykle środek tętna wielodzielnego.

W każdym typowym arytmicznym pulsie, można spostrzedz tętno początkowe, odznaczające się wielkością i siłą, tętno pośrednie i małe słabe tętno końcowe, które odgrywa główną rolę w tworzeniu przepuszczeń.

Oprócz rysunków sfigmograficznych zebrał autor pewną liczbę kardiogramów w celu rozwiązania, 1) jakim wahaniom ulega czas trwania rewolucyi wchodzących do składu jednego kardiogramu?—i 2) jakim wahaniom ulegają części składowe oddzielnych rewolucyi serca?

Przedewszystkiem zbałał autor pewną ilość osobników zdrowych ogółem 30 kardiogramów, pochodzących od rozmaitych osób); stosunek minimum czasu trwa-

nia rewolucyi serca do maximum przedstawia się jak 100 i 132. Przy wadach zastonek (22 kardiogramów od 13-tu chorych) otrzymywał autor następujące liczby:

Insuf. valv. bicusp. przy zachowa-
nem wyrównaniu 100: 140
„ „ „ niewyrównane 100: 148
Stenosis ostii venosi sin. przy za-
chowaniem wyrównaniu 100: 156
Insuf. valv. semilum. aostae przy
zachowaniem wyrównaniu 100: 133
„ „ semilum. aostae niewy-
równane 100: 135
Stenos. ostii arter. sinistri wyrów-
nane 100: 130
„ „ „ „ niewy-
równane 100: 134.

Przy rzadkiem tętnie wahania są w ogólności większe, niż przy częstem.

Co się tyczy istoty arytmii, to autor uznaje słuszność teoryi, iż *główną przyczyną* niemiarowości jest zwiększone ciśnienie w przedsionkach, zależące od zastojów krwi, który wpływa na główne aparaty nerwowe serca; wiadomo bowiem, że główne sploty nerwowe kierujące ruchami serca znajdują się w przedsionkach. Czas trwania skurczu ulega mniejszym wahanom, niż trwanie rozkurczu (Donders, Landois, Pawiński); z przytoczonej przez autora tablicy widać, iż przy częstoci tętna 32 na minutę czas trwania skurczu jest taki sam, jak przy tętnie wynoszącym 63 na minutę. Czas trwania rozkurczu znajduje się w odwrotnym stosunku do częstoci (przynajmniej przypuszczać tak każą dotychczasowe spostrzeżenia).

Ostatni rozdział pracy przedstawia nauka o połowicznym skurczu serca (Hemisystolia cordis, Leyden), która przedstawia tylko typową, peryodyczną arytmie, w której zmiany w innerwacji przeważają nad warunkami mechanicznymi. Autor zwraca uwagę na to, że wbrew ogólnie rozpowszechnionemu mniemaniu, zwolnienie ruchów serca i tętna nie przedstawia zasadniczej cechy połowicznego skur-

czu serca, ponieważ obserwował autor przypadek (pierwszy w literaturze), w którym istniał on przy 180—200 uderzeniach na minutę, gdy tętno wynosiło 90 — 100.

J. Polak.

48. Prof. H. SENATOR. **O samoza-
każeniu przez nieprawidłowe sprawy
rozkładowe i wywoływanej przez nie
(dyskrastycznej) śpiączce.** (*Ueber Selbst-
infection durch abnorme Zersetzungs-
gänge und ein dadurch bedingtes (dyscras-
sisches) Coma. Kussmaulscher Symptomen-
complex des „diabetischen Coma“.* (*Zeit-
f. klin. Med. Bd. VII Hft. 3).*)

Pod nazwą skazy, dyskrazji pojmujemy stany chorobowe, zależne od nieprawidłowego składu krwi i soków, który rozwija się wskutek warunków, rodzących się wewnątrz samego ustroju.— Jedną z przyczyn powstawania skaz, mianowicie *zatrzymywanie się prawidłowych wydzielin*, znała już starożytna medycyna, która uciekała się doń przy wyjaśnianiu najrozmaitszych chorób (skazy wskutek zatrzymywania się przeziwu skórnoego, nasienia, mleka).

Pomimo, że pogląd ten utracił obecnie b. wiele ze swej dawnej powagi, każdy jednak przyznaje go odnośnie chorobowych stanów, wynikających wskutek utrudnionego odpływu żółci, moczu i t. p.

Drugą przyczyną skaz mogą być wytwory rozmaitych *nieprawidłowych rozkładów* w ciele. Możliwość ta, przypuszczana w starożytności, w nowszych czasach nie była zupełnie uwzględnioną. Dopiero od 1857 spotykamy się z odnośniami spostrzeżeniami, mianowicie od chwili odkrycia przez Pettersa acetonu we krwi i sokach chorych na moczówkę cukrową, kiedy obecności tego ciała zaczęto przypisywać przyczynę szeregu nerwowych objawów, spostrzeganych u tych chorych, a noszącego nazwę „*śpiączki diabetycznej*”.

W 1868 roku autor poruszył tę kwestyję z okazji przypadku zaburzenia w dyjecie, któremu towarzyszyły bardzo wyraźne objawy otrucia siarkowodorem.

Wtedy również zaznaczył, że w przewodzie pokarmowym rozwijają się nawet normalnie rozmaite ciała, które w sprzyjających warunkach mogą się przyczynić do wywołania ogólnych zaburzeń.

W miarę lepszego poznawania sprawy trawienia do znanej już poprzednio: tyrozyny i leucyny, przyłączyły się i inne wytwory gnicia, jak fenol, indol, kwasy grupy aromatycznej i t. d. Wszystkie te ciała odznaczają się mniej lub więcej jadowitemi własnościami i oddziałują przeważnie na *układ nerwowy*. Podane w odpowiednich ilościach ludziom, lub zwierzętom wywołują kurcze, porażenia, śpiączkę i śmierć; w mniejszym stopniu: ogólne osłabienie, zawroty, odurzenie, szum w uszach i t. p. — jednym słowem szereg objawów, przypominający dolegliwości towarzyszące zwykle przewlekłym zaburzeniom w trawieniu.

Drugim narządem, którego cierpienia mogą wynikać z zaburzeń w trawieniu są nerki. Wydzielanie się rozmaitych szkodliwych wytworów trawienia przez nerki nie może być dla nich zupełnie obojętnem i zapewne wiele przypadków przewlekłego białkomoczu zależy od nieprawidłowego składu krwi, od samoskażenia, które powstało wskutek wadliwego trawienia. Bezpośrednio dowieść tego nie można: znajdowane zmiany — będące następstwem stanu ogólnego — bywają zwykle uważane za jego przyczynę. Ztąd też pojęcie białkomoczu dyskrastycznego nie mogło się należycie rozszerzyć, zwłaszcza w Niemczech. Dziwnem się to wydaje w obec tego, że zmiany w nerkach spostrzegane np. przy moczwócce cukrowej — nie są uważane za źródło, lecz, słusznie, za następstwo choroby. Nieprzeprowadzenie dalszej analogii pomiędzy zjawieniem się białka w moczu i cukru, i towarzyszącymi im zmianami w nerkach uderza autora tem bardziej — że, jak wiadomo, w niektórych przypadkach cukrówki za przyczynę uważa on zaburzenia w trawieniu (postać kiszko-wątrobową cukrówki).

Do szeregu ogólnych cierpień, wpływających również z wadliwości w trawieniu, zalicza autor: dnę, krzywicę i tak zwaną oksalurję.

Źródłem samozakażania, na podobieństwo przewodu pokarmowego, może stać się każda fizjologiczna, lub patologiczna jama, w której wytwarzają się rozmaite szkodliwe przetwory — między innymi autor na pierwszy plan wysuwa *pecherz moczowy*.

Objawy zakażenia przy rozkładzie moczu są powszechnie znane i przypisywane zatruciu amonijakiem, zapewne uderzający zapach tego ciała odwrócił uwagę od innych składników moczu mogących ulegać rozkładowi. Większe znaczenie należy tu niewątpliwie przypisywać gnijącej ropie, z której rozwijają się rozmaite szkodliwe kwasy grupy tłuszczowej, a szczególnie nader jadowity trymetylamin, wytwarzający się z lecytyny ropy. Obraz kliniczny przedstawiający się w tych razach, b. mało przypomina otrucie amonijakiem.

Wreszcie i w *mięszorowych narządach* mogą się zdarzać warunki dla powstania nieprawidłowych pierwiastków, a ztąd i samozakażenia — na przykład przy niedostatecznym dowozie niezmienionej zresztą krwi. — Sprawę takiego niedostatecznego utleniania możemy upodobnić do otrucia fosforem, gdzie również tylko z tego powodu następuje b. silny rozpad tkanek i wytwarzanie takich ciał, jak tyrozyna, leucyna (Hoppe—Seyler). Taka myśl nasuwa się zwłaszcza w obec niedokrewności złośliwej (A. perniciosa).

Widzimy z powyższego, że w ustroju istnieją liczne źródła, mogące dawać początek najrozmaitszym samozakażeniom z ostatnich nie wiele posiada jakieś bliższe określenie, niektóre, przeważnie przewlekłe, były wymienione wyżej.

Przy skazach, rozwijających się ostro, a priori nie można oczekiwać wielkiej rozmaitości objawów. Układ nerwowy, a

szczególniej mózg, będący ogólnie upośledzonym z powodu zmiany składu krwi, a nietylko w oddzielnych swych ogniskach, daje też i ogólny odczyn, w postaci takich mózgowych objawów, jak bóle lub ciężenie głowy, ospałość, dochodząca do śpiączki, albo też niepokój, bredzenie, drgawki, zawroty, nudności, wymioty. Obraz ten będzie urozmaiconym chyba tylko wtedy, gdy jakaś część mózgu okaże się więcej wrażliwą na szkodliwą domieszkę krwi.

Kussmaul pierwszy opisał pod nazwą „śpiączki cukrzycowej”, zbiór nerwowych przypadłości, spostrzeganych u diabetyków. Za przyczynę ich uważano powszechnie zakażenie acetonem, chociaż sam Kussmaul nie był tego zdania, ponieważ zastrzyknięcie acetonu wywołuje objawy nie zbyt zbliżone do opisywanego przez niego zjawiska.

Dotąd przypuszczano, że objawy opisane przez Kussmaula, zdarzają się tylko u chorych na moczówkę i, że zależą od ciał, dających po przejściu do moczu odczyn na aceton, t. j. barwiący się po dodaniu chlorku żelaza na czerwono.

Autor jednak spostrzegał je i w innych przypadkach, ponieważ zaś z drugiej strony śpiączka nie jest dla nich zjawiskiem cechującym przeto proponuje nazywać je wprost „zbiorem objawów Kussmaula”. Objawy te są następujące:

1) duszność przy zupełnej drożności przewodu oddechowego, odznaczająca się nadzwyczajnymi rozmiarami wdechowych i wydechowych ruchów; częstość oddechów bywa przytem zwykle przyspieszoną.

2) przyspieszona czynność serca.

3) znaczne pobudzenie, jęki i krzyki.

4) śpiączka.

Ciepłota ciała nie bywa przy tem znacznie podniesioną, niekiedy bywa nawet bardzo niską.

Autor spostrzegał powyższy zbiór objawów w dwóch przypadkach *przewlekłego nieżytku pęcherza*, w dwóch *raka żołądka*,

w trzech przypadkach *niedokrwistości żółtwej*.

We wszystkich przypadkach objaw Kussmaula występował zawsze na parę dni przed śmiercią i w ogóle powinien być uważanym za oznakę zbliżającego się konania i śmierci.

Objaw ten nie stoi w ścisłym związku z zakażeniem acetonem, ponieważ w kilku przypadkach, w których spostrzegano go jak najwyraźniej, moc po dodaniu półtora chlorku żelaza nie barwił się na czerwono. *O. Hewelke.*

49. Dr. de CÉRENVILLE i Pr. A. HERZEN. **Spostrzeżenia kliniczne i fizjologiczne nad przetoką żołądkową.** (*Un cas de fistule gastrique Revue Méd. de la Suisse Romande N. 1 r. 1884*).

I. Dr. de Cérenville. Spostrzeżenia kliniczne.

W połowie kwietnia r. z. przybył do szpitala kantonu Lausanne niejaki H. Baud, winiarz lat 28 mający. Już w grudniu w r. 1882 przez 15 dni B. pozostawał w szpitalu z powodu silnych bólów w okolicy żołądka i ciągłych wymiotów. Przez zimę jakkolwiek trawił opieszale i od czasu do czasu dawne bóle wracały, nie wymiotował jednak i względnie czuł się dobrze.

Z początku kwietnia r. z. bez widocznej przyczyny po każdym jedzeniu występowały silne bóle żołądka, ustępujące z pojawieniem się wymiotów i z tego powodu B. powtórnie postąpił do szpitala. Chory niegdyś silnej budowy, znacznie wychudzony, z oczami zapadniętymi i podsiniałymi. Okolica żołądka na dotyk nie bolesna, brzuch spłaszczony i wciągnięty, przez cienkie powłoki brzuszne i ściągnięte kiszki łatwo wyczuć można kolumnę kręgową. Stan bezgorączkowy, zaparcie stolca od dni kilku, wymioty natychmiast po jedzeniu, bez śladów krwi.

Po pięciu dniach pobytu w szpitalu skutkiem bezustannych wymiotów chory znacznie upadł na siłach. W celu sztucznego karmienia zaprowadzono mu sondę żołądkową, przyczem okazało się, że na

39 centymetrów poniżej łuku zębowego, a więc mniej więcej w okolicy wpustu, koniec sondy napotykał na przeszkodę, której mimo usiłowań przejść nie zdołano. W otworze wyjętej sondy pozostało się cokolwiek płynu śluzowego, bez zapachu, odczynu zasadowego. Płyn ten nie trawił białka.

Probowano też wypełnić żołądek kwasem węglowym, użycie jednak proszków burzących, nie zmieniając podżwięku okolicy żołądka wywołało silne odbijanie a następnie pieniste wymioty.

Rozpoznano dyspepsyję, przewlekłą nieżyt żołądka, ze stopniowym zaciśnięciem wpustu i rozszerzeniem przelyku mogącem pomieścić pewną ilość pokarmów. Co się tyczy natury zaciśnienia, to, wykluczając możebność raka (brak krwawienia przy wymiotach i zgłębianiu, brak powiększonych gruczołów i t. d.) jak również zwężenia skutkiem działania środków silnie gryzących (czego wywiady nie wykazały), syfilis i zwężenia bliźnowatego po wrzodzie (na co również niema dowodów), autor według Rokitańskiego, zaciśnienie to uważa za stwardnienie pierścieniowate wpustu (induration annulaire) powstałe skutkiem przewlekłej dyspepsyi.

Z powodu nieodpowiedniego pożywienia i częstych wymiotów, błona śluzowa wpustu grubieje, przyczem zatrzymujące się części pokarmów rozszerzają przelyk, a drażniąc wpust, wywołują przeistoczenie jego w pierścień włóknisty. Raz upewniwszy się o obecności zaciśnienia wpustu i nie złośliwej jego naturze, nie mogąc odżywiać chorego drogą naturalną (lewatywy trzustkowe okazały się również bez wpływu), postanowiono wobec upadku sił chorego, utworzyć sztuczną drogę dla odżywiania t. j. przetokę żołądkową. W tym celu, z lewej strony równoległe do fałszywych żeber zrobiono w odpowiedni sposób przecięcie żołądka, po uprzednim przyszyciu ścian jego do przeciętych powłok brzusznych zapomocą

katguta i szwów metalowych. Ranę opatrywano opaską Listera. Całą operację chory zniósł bardzo dobrze, a po paru dniach szwy zdjęto, poczem otrzymano przetokę żołądkową na 2 centymetry szerokość. Przy pomocy lejka przez tę przetokę odżywiano chorego mlekiem, buljonom, jajami, mięsem i sucharkami. Po każdym nakarmieniu chorego, przetokę zamykano tamponem z waty, podtrzymując go odpowiednią opaską. Przy tego rodzaju postępowaniu po niejakim czasie stan zdrowia chorego znacznie się poprawił, chory mógł chodzić swobodnie i zniósł nawet podróż do Zurichu, gdzie go zawiózł Pr. Herzen w celu demonstracji. Waga z 48 kilogr. podniosła się do 60. We wrześniu r. z. chory opuścił szpital. W domu powrócił do dawnego sposobu karmienia się drogą naturalną, skutkiem czego dyspepsyja i dawne wymioty znowu wystąpiły i chory po raz trzeci postąpił do szpitala i tu już w dalszym ciągu służył Prof. Herzen do badań fizjologicznych niżej streszczonych. Podczas pobytu chorego w szpitalu autor kilkakrotnie próbował przejść przeszkodę z góry na dół przez połyk, lub z dołu do góry przez żołądek, zawsze jednak bezskutecznie.

II. Pr. Herzen. Spostrzeżenia fizjologiczne.

Autor badał chorego zwykle rano na szczo w 12 lub 14 godzin po wprowadzeniu wieczery, składającej się z mleka, jaj i tartego chleba, przyczem znajdował: żołądek, zawierał od 200 do 300 sześć cent. wodnistego płynu żółtawego, mocno żółtego lub zielonego, opalizującego albo zlekką mętnego. Płyn ten oddziaływał kwaśno i zmieniał barwę wodnego roztworu tropeoliny, mimo że można było w nim wykazać dość znaczną ilość żółci. Niekiedy płyn ten zmieniał krochmal na cukier, co mogło zależeć od zawartej w nim śliny, a jeszcze prawdopodobniej od soku trzustkowego, który niewątpliwie razem z żółcią dostał się do żołądka.

Płyn zawierał nieznaczną ilość pepsy-

ny lecz nigdy nie było w nim trypsyny, czego można było się spodziewać, gdyż na czczo sok trzustkowy jej nie posiada, a tylko w 4 do 5 godzin po jedzeniu, równocześnie z obrzmieniem śledziony (Herzen). Opisany powyżej płyn autor nazywa *pierwszą zawartością żołądka* w celu odróżnienia go od *drugiej zawartości*, którą otrzymywał, nieco później po wydaleniu pierwszej. Druga ta zawartość będąca świeżą i czystą wydzieliną błony śluzowej żołądka, przedstawiała płyn gęsty, zupełnie bezbarwny i przezroczysty, oddziaływający kwaśno. Płyn ten zmienił aczkolwiek nie zawsze, wodny roztwór tropeoliny w stopniu, odpowiadającym 2% wolnego kwasu solnego. W przypadkach, w których rzeczony płyn nie daje odczynu z tropeoliną, znajdujący się tam kwas solny jest według niektórych w ścisłym związku z pepsyną (acide chlorhydropeptique), według zaś autora powodem ujemnego tego rezultatu, jest współczesna obecność ciał białkowatych, wtedy bowiem nigdy barwa tropeoliny się nie zmienia. Doświadczenie pokazuje, że zmieniona nawet już barwa tropeoliny z powodu obecności wolnego kwasu solnego, wraca po dodaniu ciał białkowatych do swego pierwotnego koloru. Drugi ten płyn nie trawił białka, co jest dowodem, że na czczo sok żołądkowy pepsyny nie zawiera, a dla jej wydzielenia konieczną jest obecność pokarmów w żołądku.

Próbował też autor oznaczyć przepuszczalność wpustu. W tym celu wprowadził pewną ilość zabarwionego płynu do łyku. Po kwadransie zawartość żołądka pozostawała niezmienioną, i dopiero po upływie półgodziny, do trzech kwadransów zupełnie zabarwiła się wprowadzonym do przelęku płynem barwiącym.

W końcu autor postanowił zbadać na chorym niektóre dane, mające wpływ na trawienia.

Heindehein utrzymuje, że pewne do- tychczas nie oznaczone, pierwiastki po-

karmów wywierają niezwykle wpływ na wydzielanie się pepsyny, przyczem pierwiastki te muszą być koniecznie wessane przez błonę śluzową żołądka.

Według Schiffa, własność tę mają po części dekstryna i pepton, przyczem znaczenie ma tu tylko obecność ich we krwi niezależnie od drogi, którą się do niej dostały (czy to wessane przez błonę śluzową żołądka, czy też odbytncy, czy przez podskórne zastrzyknięcie, byleby nie wessane przez błonę śluzową cienkich kiszek). Autor chciał się przekonać, czy w samej rzeczy dekstryna lub pepton, wessane przez błonę śluzową żołądka albo też odbytncy, zwiększają siłę trawienia. W tym celu robił doświadczenie swe rano, naczczo, z pierwszą zawartością, jak wiadomo ubogą w pepsynę. Wprowadzając do żołądka choremu woreczki z jedwabnej siatki, zawierające twarde białko z jaj, raz z roztworem z pół litra kleju z dekstryny, dwa zaś razy z taką samą ilością wody przekroplonej, uprzednio wprowadzając dekstrynę w lewatywie, otrzymywał zawsze trawienie daleko szybciej, aniżeli przy zwykłych warunkach. Wypadało by też dowieść, że bez stosowania uprzedniego lub jednoczesnego pierwiastków, pobudzających trawienie (dekstryny), przy tych samych warunkach, byłoby ono znacznie opóźnionem. Doświadczeń tych autor jeszcze nie wykonał, wielokrotnie jednak mógł się być upewnić, że rano po zjedzeniu naczczo jaj na twardo występują natychmiast objawy niestrawności, które przechodzą po wypiciu filiżanki bulionu, mała bowiem ilość zawartego w bulionie rozpuszczonego białka (a według Grütznera chlorek sodu) pobudza znacznie siłę trawienia.

Opierając się na powyższych danych autor radzi dyspeptykom pić bulion, lub też stosować lewatywy z dekstryny na na pół godziny przed jedzeniem, a to w celu zwiększenia siły trawienia ich soku żołądkowego.

K. W. Sierpiński.

50. Dr. NOSKOWSKI. **O arseniku, a w szczególności o wartości łatwo rozpuszczalnych jego przetworów w leczeniu chorych gruźliczych.** (*Etude sur l'arsenic et en particulier sur la valeur des préparations facilement solubles dans le traitement préservatif et curatif des malades tuberculeux.* Lyon 1883).

Autor opierając się na spostrzeżeniach, że robotnicy pracujący w fabrykach z obfitości wyziewami arseniku, rzadko ulegają cierpieniom płucnym, zastosował fakt ten do leczenia suchot. Podczas 12-letniej praktyki lekarskiej, miał wielokrotnie sposobność przekonać się o skuteczności arseniku w gruźlicy, a nawet, jak utrzymuje, tylko długotrwałemu użyciu tego środka zawdzięcza swe zdrowie.

W pierwszej części swej pracy N. zajmuje się fizjologicznym działaniem arseniku, znanem dostatecznie z farmakologii. Dodaje tylko, że bojaźń użycia arseniku jest przesadzoną, ponieważ Budin i inni podawali do 5—10 ctgr. dziennie bez najmniejszych objawów zatrucia. Natomiast takowe występowały nawet przy małych dawkach, jeżeli czynność nerek była w jakikolwiek sposób upośledzoną. Arsenik działa prędzej w stanie rozpuszczonym, niż w stałym, ponieważ trudno się rozpuszcza, a więc i skutek działania następuje później. Wpływ arseniku na krążenie objaśnia autor porażeniem układu nerwowego współczulnego i porównywa go do objawu, powstającego po przecięciu nerwu współczulnego (Cl. Bernard). — Poprawiając ogólne krążenie, środek ten zmniejsza napływy krwi miejscowe, działa więc, jak środek odciągający na skórę lub kanał pokarmowy, z tą różnicą, że tutaj powierzchnią odciągającą jest cały organizm. Skutkiem tego płuca stają się mniej przekrwione, skóra działa lepiej, a szczególnie poprawia się czynność oddechowa skóry, co wpływa na względny odpoczynek płuc. — Zmniejsza się równocześnie ilość wydzielanego mocznika i kwasu węglanego. Je-

żeli dodamy do tego obniżenie ciepłoty, zwykle przy użyciu arseniku widziane, to będzie można przyjąć ten środek, jako czynnik, oszczędzający i zmniejszający przemianę materii w organizmie.

Z tego wyprowadza autor działanie lecznicze arseniku przy gruźlicy płuc. — Nie jest on środkiem swoistym, działającym bezpośrednio na cierpienie miejscowe; zmniejszając jednak napływy krwi do płuc i poprawiając ogólne odżywianie organizmu, wpływa na sprawę miejscową i może nawet wywołać zablźnienie utraty substancji w płucach.

W literaturze poprzedzającej tę pracę Lebert, Guenot de Mussy, Peter, nie należą do zwolenników leczenia suchot płucnych arsenikiem, nie mogą jednak zaprzeczyć wpływu tego środka na odżywianie i stan ogólny chorego. Moutard Martin, Rendu zauważyli znaczną poprawę przy leczeniu suchot arsenikiem, szczególnie w przypadkach przebiegających bez gorączki. — Isnard, który jest gorliwym zwolennikiem arseniku, dochodzi w swych sprawozdaniach do przesady, utrzymując, że nawet znacznie posunięte zmiany miejscowe zupełnie mogą być wyleczone. Jaccoud w swej pracy „O leczeniu suchot płucnych” utrzymuje również, że arsenik znakomicie wypełnia wskazania mające na celu poprawienie ogólnego odżywiania, a oprócz tego uspakaja wrażliwość nerwową i zmniejsza ciśnienie krwi i częstość tętna. Ostatnią pracą, tyjącą się tej kwestyi jest dzieło prof. Buchnera z Monachium „o Leczeniu i zapobieganiu gruźlicy”. W tej pracy, opartej już na odkryciu Kocha, autor przyjmuje leczenie antyseptyczne, jako jedynie wskazane. — Ponieważ jednak środki przeciwnilne bezpośrednio działające nie mogą być zastosowane, pozostaje antyseptyka pośrednia, t. j. środki powiększające odporność organizmu przeciw wnikaniu mikrokokków. Pomędzy temi środkami pierwsze miejsce należy się podług Buchnera arsenikowi, który działa szczególnie jako środek

zapobiegawczy w gruźlicy dziedzicznej.— Powołuje się przy tem na doświadczenia D-ra Kempnera, wykonane z jego polecenia i na spostrzeżenia Botkina, który używa arseniku przy suchotach w dużych dawkach ze znakomitym rezultatem.

W większych dawkach użyty arsenik jest, jak wiadomo, trucizną. Dawki trujące są różne, co zależy od przetworu użytego, stanu nerek, stanu nerwowego osoby przyjmującej ten środek. Jeżeli arsenik użytym jest w stanie stałym w większej ilości, powstają wiadome objawy: palenie w gardle, nudności, wymioty, rozwolnienie, nagły upadek siły i śmierć. Objawy te zależą od bezpośredniego działania arszeniku na błonę śluzową przełyku i żołądka. Przy użyciu arszeniku w stanie płynnym, t. j. w znacznym rozcieńczeniu nie otrzymamy wcale objawów wyżej wymienionych, a występują inne objawy, zależne od ogólnego działania arszeniku, wprowadzonego do krwi. W skutek tego arsenik w roztworze jest środkiem prędzej działającym i więcej trującym, niż w stanie stałym. Objawy zatrucia w tym wypadku są następujące: uczucie ściskania w okolicy serca, drganie włókienkowe w mięśniach całego ciała, szczególnie w przednich mięśniach tułowia, bladeść twarzy, skóra pokrywa się potem, powstaje nadczułość skóry i zmysłów: światło i głosowstręt (photophobia i phonophobia). Nieco później przy objawach ogólnego znieczulenia i utracie przytomności następuje śmierć.

Autor objaśnia powiększenie łaknienia przy użyciu arszeniku w małych dawkach zwiększonym wydzielaniem soku żołądkowego; ponieważ arsenik trudno się rozpuszcza, wymaga więc znacznej ilości soku żołądkowego, który, wydzielając się, wywołuje uczucie głodu. Nadmierne wydzielanie soku, powtarzające się codziennie jest przyczyną, że ilość pepsyny coraz się zmniejsza, wskutek czego trawienie staje się powolnem, pokarmy pozostają przez dłuższy czas w żołądku i ule-

gają fermentacji. Arsenik więc w stanie stałym dłuższy czas używany do wewnątrz, jest środkiem szkodliwym, chociaż, jak podają niektórzy autorzy, można się przyzwyczaić i do większych ilości arszeniku; górale i myśliwi w Styryi i Tyrolu spożywają znaczne jego ilości, bez widocznego szkodliwego wpływu (Knapp. Tschudi). Knapp przytem dodaje, że ludność tamtejsza jest dobrej budowy ciała i nie zna wcale suchot płucnych.

Ponieważ arsenik w stanie stałym użyty wywołuje nieprzyjemne objawy ze strony żołądka, których arsenik w roztworze nie sprowadza, poświęcił więc autor ustęp swej pracy badaniom nad rozpuszczalnością przetworów arszenikowych. Arsenik otrzymujemy w dwóch postaciach: bezkształtny, jak szkło błyszczący i krystaliczny z połyskiem metalicznym. Pierwszy, jako znacznie więcej rozpuszczalny, rozpuszcza się 4—10 cz. gorącej wody, krystaliczny zaś w 400 cz. gorącej, a w 500—100 zimnej.

Wszystkie doświadczenia autora doprowadziły do następujących wniosków:

- 1) że arsenik mało się rozpuszcza w wodzie, trochę więcej w kwaskowatych płynach.
- 2) że pomimo wysokiej ciepłoty wymaga długiego czasu do nasycenia.
- 3) że również długiego czasu wymaga do zupełnego rozpuszczenia, jeżeli ilość jego jest mała.

W drugiej części swej pracy autor opisuje działanie *liści orzecha* (*folia juglandis regiae*) i *jodoformu*, jako środków dobrze działających w gruźlicy i zobojętniających szkodliwe działanie arszeniku.

Liście orzecha zawierają taninę, chlorofil, kwas jabłkowy, cytrynowy, sole i alkaloid lub glikozyd — juglandinę. — Liście te na powietrzu tracą swą gorzycz i własności ściągające. — Bouchard użył wyciągu spirytusowego tych liści w leczeniu żołądów z dobrym skutkiem. Szczególnie zalecają użycie tego środka w żołądkach, wklajających gruźlicę.—

Autor widział dobre skutki na sobie i wielu swoich pacjentach, przy czem zauważył działanie pobudzające, podobne do działania herbaty, lub naparu coca. Liście orzecha, lub ich wyciąg, zadawane razem z arsenikiem, zobojętniają szkodliwe działanie tego ostatniego środka, jeżeli nawet użytym jest w większych dawkach t. j. 10 mlgr. odrazu. W ostrych sprawach gruźliczych środek ten obniża ciepłość, poprawia łaknienie i odżywianie (Luton, Guenot, i inni).

Bardzo ważnem wskazaniem w leczeniu gruźlicy płuc jest uspokojenie kaszlu i złagodzenie rozdrażnienia błony śluzowej dróg oddechowych. Wskazaniu temu odpowiada użycie środków narkotycznych, które jednak mają wiele niedogodności. Jodoform zastępuje zupełnie środki owe, nie posiadając, jak utrzymuje autor, ich niedogodności. Środek to lotny, nierozpuszczalny w wodzie, w dawce od 3—5 grm. trujący, wywołuje rodzaj upojenia, znieczulenia, upadek sił i śmierć.— W organizmie mało się rozkłada; część jego wydziela się w moczu jako jodek sodu, większa zaś część przez drogi oddechowe. Smak jego jest słodki, zapach mocny, przenikający, szafranowy, nie wywołuje owrzodzeń, również wewnętrznie nie drażni. Bouchardat użył go w dawce w 5—25 ctgr. przy zółzach. W dawce 4—5 mlgr. działa już znieczulająco na drogi oddechowe; działanie to następuje natychmiast po wessaniu środka, w powietrzu wydechanem otrzymujemy zapach szafranu. Jodoform zmniejsza wydzielinę i znosi nieprzyjemną woń w suchotach płucnych, połączonych z obfitą, cuchnącą plwociną. Działa wówczas lepiej, niż wszystkie środki balsamiczne, szczególnie w dawkach większych do 25 ctgr. dziennie. Przeciwwskazania do użycia jodoformu stanowi stan gorączkowy, w którym działanie jego jest prawie żadne.

Semmola pierwszy użył jodoformu w chronicznem serowatym zapaleniu płuc, a Rummo przepisując wziewania jodoformu

z olejkiem terpentynowym otrzymał zupełne ustąpienie kaszlu, trwającego kilka miesięcy pomimo ciągłego leczenia.

W trzeciej części wskazuje autor najlepszy sposób użycia arseniku. Leczenie gruźlicy zasadza na połączeniu trzech środków: arseniku, wyciągu z liści orzecha i jodoformu. Najwygodniejszą formę ich użycia są pigułki. Aby otrzymać roztwór arseniku w pigułkach, rozpuszcza się go w kwasie solnym; otrzymany roztwór miesza się z gorącym wyciągiem spirytusowym liście orzecha, który zagęszcza się proszkiem obojętnym, następnie dodaje się jodoformu i wszystko pokrywa się roztworem balsamu de Tolu, aby przeszkodzić wysychaniu pigulek.— Jeżeli gruźlica jest już znacznie posuniętą, radzi autor zacząć od podania 10 pigulek (z których każda zawiera 1 miligram) dziennie, w dwóch dawkach podczas jedzenia, w miarę polepszenia się ilość pigulek zmniejsza do 4, i na tej dawce trzeba pozostać przez kilka miesięcy, zalecając pewne przerwy w użyciu. U osób nerwowych, lub z chorobami nerek dawka początkowa powinna być mniejsza; po pewnym czasie można ją zwiększać, o ile jednak nie wywołuje objawów nieprzyjemnych dla chorego. Jeżeli 10 pigulek dziennie nie sprowadza poprawy, można zwiększyć dawkę o 4 dziennie i baczną zwracając uwagę na objawy, pozostać przy tem przez miesiąc.

Arszenik jest przeważnie wskazanym w chronicznych przypadkach suchot płucnych, przebiegających bez gorączki.— U dzieci i w ostrych przypadkach lepiej działają liście orzecha; można więc i wtedy używać pigulek, przepisując jednakże oddzielnie napar z liścia orzecha lub wino zawierające od 30 — 50 grm. wyciągu w litrze. Jeżeli zółzy wikłają gruźlicę oprócz pigulek — zaleca się jodoform z tranem.

W czwartej części autor podaje szereg spostrzeżeń nad chorem na gruźlicę płuc, u których użycie arseniku wywołało

względne wyleczenie lub znaczną poprawę. Przytaczając 30 szczegółowych historii chorób, dochodzi do następujących wniosków:

1) Kwas arsenikowy jest najlepszym ze środków arsenikowych w leczeniu suchot płucnych, szczególnie w stanie rozpuszczonym, aby uniknąć miejscowego działania na błonę śluzową żołądka.

2) Trzeba go używać w dawkach większych, które dobrze bywają znoszone zadane razem z liściem orzecha.

3) Szczególnie zaleca się w suchotach z przebiegiem powolnym, w przypadkach ostrych, wywiera dobre działanie wyciąg liścia orzecha w dużych dawkach.

4) Leczenie małemi dawkami arseniku podczas ciąży i okresu porodowego kobiet gruźliczych daje dobre wyniki.

W piątej części zajmuje się autor wpływem wyziewów arsenikowych, jako środka zapobiegawczego przy gruźlicy. — Pracując przez pewien czas w fabryce przetworów chemicznych, zauważył autor, że pomimo przepelnienia powietrza różnemi wyziewami drażniącemi, robotnicy prawie wcale nie chorują na suchoty płucne.

Poszukiwania jego nad wpływem rzemiosła na częstość suchot płucnych doprowadziły go do wniosku, że te rzemiosła, które zajmują się bezpośrednio przetworami arsenikowemi dostarczają najmniej suchotników. W pracy swej przytacza mnóstwo dowodów, zebranych z prac statystycznych Chevalier'a, Lombard'a, de Pietra Sante i innych. Wskazuje nadto, że fakt ten znanym był już w średnich wiekach i posłużył wówczas lekarzom do leczenia suchot płucnych. Dioscorides, Avicena, Rhazes, wychwalali wyziewy arsenikalne w leczeniu chorób płucnych, a Trousseau wznowił ten sposób, chociaż stosował go tylko w astmie. Autor zaleca wziewanie pary arsenikowej ludziom, skłonnym do suchot płucnych i występuje przeciw przesadzonej bojaźni do koloru zielonego na obiciach i

ścianach, gdzie często nie ma wcale arseniku, a jeżeli jest to, wywiera prędeż działanie dobre, szczególnie w pokojach dzieciennych.

Kończąc swoją pracę autor podaje radę dla biednych suchotników, szukających pracy, aby wybierali zajęcia w fabrykach metalurgicznych, połączonych z wyziewami arsenikowemi.

M. Hopfenblum.

II. Chirurgija, Oftalmologija i Syfilidologija.

51. GUIARD. **O sposobach odejmania prącia mających na celu zapobieżenie zwięzieniu nowego zewnętrznego otworu cewki, a w szczególności o sposobie „*en raquette*“.** *Prf. Guyon. Des procédés d'amputation de la Verge destinés a prévenir le rétrécissement du nouveau méat. Procédé en raquette de M. le professeur Guyon (Annales des Maladies des Organes génito-urinaires N. 13 1-er Decembre 1883).*

Klassyczny sposób Boyer'a odejmania prącia uległ z czasem zmianom, już to w celu łatwiejszego wstrzymania krwotoku, tu możemy zaliczyć zamianę noża na rozpalone żelazo, termokautery, galwanokanstyyczną pętlę, (Szkoła Lijońska z Bonnet'em naczele), które znów ustąpiły potem ecraseur'owi Chassaignac'a (Ruysch, Heister, Graefe, Binet); już to dążącym do usunięcia niebezpieczeństwa grożącego od zapalenia żył. Ponieważ jednak stosunkowo łatwo zatamować krwotok przy amputacyi prącia, a wraz z wprowadzeniem opatrunku przeciwnilnego znikła obawa zapalenia żył, wrócono więc wkrótce znowu do noża.

Niektórzy chirurgowie zwracali szczególną uwagę na pojedyncze trudności spotykane przy operacyi, tak naprz: stawali się wynaleść metodę ułatwiającą przewiązanie naczyń (Langenbeck, Schreder); ponieważ odnalezienie otworu cewki w kikucie przedstawia niejaki trudności, sta-

rano się więc wynaleść metodę ułatwiającą odnalezienie takowego (Barthélémy). Wszystkie te jednak niedogodności posiadają drugorzędne znaczenie, a więc metody, do ich usunięcia służące, powinny ustąpić pierwszeństwa metodom, mającym na celu zapobieżenie zwężenin zewnętrznego otworu cewki po odjęciu prącia.

Od niedawna dopiero zwrócono uwagę na tę ważną okoliczność. Pierwszy Ricord i Rizolli przed czterdziestoma laty zaczęli myśleć nad sposobami odjęcia prącia, zapobiegającymi zwężeniu cewki. Po nich wielu jeszcze innych operatorów starało się oto samo, lecz usiłowania ich jakoteż dyskusja w Towarzystwie Chirurgicznym Paryżkiem w 1864 r. nie doprowadziła do pożądanego rezultatu.

Co się tyczy rzeczywistego istnienia i częstotliwości tych zwężeń zdania uczonych były podzielone. Velpeau np. uważał tę komplikację za bardzo rzadką, wspomina jednak, że na 15 chorych operowanych widział dwa razy zwężenie. Oddawna zresztą znane są wypadki tego rodzaju. Desault wspomina o wypadku obserwowanym przez Corigny, w którym u chorego w cztery tygodnie po operacji nastąpiło takie zwężenie, że musiał za pomocą ciasta żrącego zniszczyć część blizny zamakającej otwór cewki. Bernardi, Roux, Gayrand d'Arrix, Jullien i Guyon obserwowali wypadki zwężenia zewnętrznego otworu cewki, niekiedy nawet bardzo późno (3 lata) po dokonaniu amputacji członka. Wysilenia dla wydalania moczu z pęcherza przy zwężeniu zewnętrznego otworu cewki bywają przyczyną różnych powikłań, najczęściej nacieczenia moczowego (przypadek Goyrand'a, dwa wypadki Jullien'a, jeden Moulinier'a i jeden Fochier'a), albo też wielolicznych przetok moczowych (Erichsen).

Prof. Verneuil przytacza kongiastyję płuc, jako jedno z powikłań; w jego wypadku ustąpiła ona zaraz po rozszerzeniu zewnętrznego otworu cewki.

Zachodzi teraz pytanie co stanowi

główną przyczynę zwężenia otworu cewki w kikucie, jaki jest jego mechanizm? Niektórzy autorowie przyjmowali możliwość bezpośredniego zlepiania się ścianek cewki w kikucie, jeżeli zaraz po operacji nie wprowadzono cewnika. Zdaje się to jednak dosyć wątpliwem, gdyż połączeniu per primam stoi na przeszkodzie moczenie, które powtarza się 4 do 5 razy na dobę. Najważniejszą rolę, według autora, gra tu kurczenie się blizny. Ma tu miejsce to samo, co następuje po traumatycznym rozerwaniu cewki, a wiemy jak zwężenie prędko następuje po zranieniu. Przy jednakowych towarzyszących okolicznościach zwężenie cewki będzie tem silniejsze im mniejszym był otwór cewki przed obrażeniem. Najłatwiej więc będą następowały zwężenia, jeżeli przy odjęciu prącia będziemy używać cięcia prostopadłego do jego osi gdyż w takim razie otwór cewki w kikucie jest okrągły i bardzo mały. Wszystkie sposoby wykonywania tej operacji od czasów Boyer'a aż do Chassaignac'a mają właśnie tę wadę. Daleko mniej sprzyja zwężeniom cięcie ukośne, gdyż wtenczas otwór cewki będzie eliptyczny i znacznie większy, co mniej sprzyja powstaniu zwężenia. Lecz przy zwężeniach tego rodzaju gra rolę nietylko kurczenie się blizny samej cewki, ale na całej powierzchni przecięcia powstaje blizna w tkankach otaczających cewkę, która, chociażby otwór cewki pozostał otwarty i niezmienny, kurcząc się, mogłaby wywołać zwężenie, które możnaby nazwać „zaciśnięciem peryferycznem“ (constriction périphérique). Przyczyna ta wprawdzie nie jest doowiedziona dla zwężeń po amputacyjnych, ale w zwężeniach innego rodzaju widziano ją często. Guyon zalicza do nich zwężenia po rzeźączce, a Necker opisuje kilka wypadków, w których zniósł zwężenie przez nacięcie blizny zewnętrznej, co nazwał „debridment par libération externe.“

Jeżeli rzeczywiście po amputacji ma miejsce takie kurczenie się blizny ze-

wewnętrznej, to dla uniknięcia następczego zwężenia nieobojętnem będzie miejsce pręcia, w którym dokonywamy operacji. Rzeczywiście, jak sprawiedliwie zauważył Broca przy cięciu w części jamistej, gdzie cewka jest ściśle z ciałami jamistymi złączona, zwężenie nastąpi prędzej, niż jeśli operujemy przy osadzie pręcia gdzie cewka jest połączona luźną tkanką z otaczającymi częściami i przez to blizna jej nie tak łatwo może być wciągnięta w bliznę otaczających części.

Dalej jako jedną z przyczyn zwężenia następczego po amputacji uważa autor większą kurczliwość cewki niż części ją otaczających; w skutek czego otwór cewki zostaje wciągnięty w głębi kikuta i pociąga za sobą bliznę części obwodowych, rozumie się zaciskając jeszcze bardziej otwór. Metoda operowania wywiera też pewien wpływ na zwężenia, tak np. autor zauważył, iż po operacji, robionej nożem, daleko rzadziej następują zwężenia, niż po operacji dokananej rozpalonem żelazem, toż samo stwierdził Dr. Jullien u innych operowanych.

Niektórzy autorowie zaznaczają, iż przyczyna dla której odejmuje prącie wywiera pewien wpływ na częstość tego powikłania. Morel-Lavallée przypisuje taką własność zmiżdżeniom pręcia (wypadek Leubir'a w którym członek został odgryziony przez konia, i w którym po zagojeniu nastąpiło nadzwyczaj silne i uparte zwężenie służy tu za ilustrację). Autor jednak nie zdaje się przywiązywać wielkiej wagi do tych spostrzeżeń.

Nareszcie zwężenia następcze mogą powstać w skutek regeneracji w bliźnie nowotworu, który dał pohop do wykonania operacji. Ze wszystkich powyżej wymienionych przyczyn, najczęstszą i najważniejszą zdaje się być kurczenie blizny. Następnie autor opisuje wszystkie metody amputacji pręcia i grupuje je w następującym porządku:

A) Metody, w których, dla zapobieżenia

zwężeniom wtórnym, używano kateteru à demeure;

B) Metody, w których w tym samym samym celu przyszywano błonę śluzową cewki do skóry bez rozszerzania jej otworu;

Metody, w których łączono przyszywanie z tworzeniem pewnego rodzaju sztucznej hypospadii. Do tej ostatniej kategorii autor zalicza metodę Guyon'a.

A) W skutek nieszczęśliwych wypadków jakie się przytrafiały z powodu niemożności odnalezienia otworu cewki po amputacji (Beclard). Beimas a następnie Barthélemy radzili wprowadzać przed operacją kateter do cewki i potem obcinać prącie razem z kateterem, pozostawiając część tego ostatniego w kikucie.

Autor jednak nie sądzi, aby to było potrzebnem a nawet możebnem, gdyż z jednej strony po amputacji, opierając się na danych anatomicznych łatwo znaleźć otwór cewki, z drugiej nie zawsze możemy przed amputacją odszukać otwór pręcia. Zresztą wypadek, który się zdarzył Beclard'owi nie upoważnia nas jeszcze do użycia sposobu, który utrudnia operację, gdyż kateter stawiając opór nożowi, robi cięcie nierównem a przytem pozostała część kateteru w cewce kikuta może się wśliznąć do pęcherza co stanowi bardzo niemiłą komplikację. Nareszcie kateter à demeure przeszkadza zwężeniom natychmiastowym, ale nie zapobiega zwężeniom następczym, które są bez porównania ważniejsze.

B) Z tych to przyczyn Smyly powziął pierwszy myśl, nasuniętą mu przez Prof. Porter'a, aby nieodrzucając kateteru à demeure, przyszyć kłone śluzową cewki do skóry kikuta i z dobrym skutkiem tę myśl w czyn wprowadził po amputacji główki pręcia zajętej rakowcem. Jak widzimy metoda ta jest zapożyczona od Diffenbacha, który to samo robił przy rozszerzaniu zwężenia szparę ustnej.

Idąc za radą Velpeau, który w ten

sposób chciał uniknąć długiego pozostawiania kateteru w cewce, Ricord w kilku wypadkach używał tego sposobu operowania zmodyfikowawszy go w ten sposób, iż przy amputacji wyciągał trochę błonę śluzową cewki z kikuta, nacinał ją u góry i u dołu i przyszywał, na ten sposób utworzone dwa boczne płaty błony śluzowej do skóry odpowiedniej strony prącia. Lecz wkrótce przekonał się o niedość skuteczności tego sposobu i chciał zastosować do rozszerzenia otworu cewki kółko metalowe podobne do przyrządu Dupuytren'a, używanego po operacji kanału, ale modzelowata tkanka nie chciała nigdy ustąpić temu przyrządowi.

W 1847 r. Melchior Robert powziął myśl połączenia metody Smyly z metodą Ricord'a; operację swoją wykonywał on w 4-ch okresach najprzód wprowadzał kateter i rysował na skórze dwie koliste linje oddalone jedna od drugiej na 6 cent.; następnie przeprowadzał na wysokości wyżej położonej kolistej linii 3 nitki, dwie poprzecznie i jedną prostopadle, przechodzące przez wszystkie warstwy prącia i kateter. W trzecim okresie wsuwał kateter głębiej i jednym cięciem odcinał prącie z kateterem na wysokości niżej położonej linii kolistej. Nareszcie w czwartym okresie wyciągał kateter z nitkami, których w ten sposób otrzymywał 6. Każda nitka miała dwa końce, jeden ze strony skóry drugi od błony śluzowej i końce te ze sobą związywał. Sposób ten bardzo dobrze pomyślany, ma jednak niedogodności, gdyż z jednej strony szwy wywołują niekiedy zapalenie żył, z drugiej zaś widziano po operacji tą metodą wykonanej, wtórne zwężenie. W nowszych już czasach Erichsen radził sposób różniący się od sposobu Ricord'a tem tylko, że zamiast dwóch nacięć błony śluzowej robił ich kilka i utworzone w ten sposób płaty przyszywał oddzielnie do skóry. W tym samym roku Bourguet zakomunikował Towarzystwu Chirurgicznemu następujący sposób operowania: najprzód nożem

międzykostnym przeszywa prącie z przodu ku tyłowi, niżej miejsca gdzie zamierza wykonać operację, a potem rozcina część chorą prącia na dwie połowy. W drugiej fazie wykrawa dwa płaty boczne obejmujące błonę śluzową i nieco masy ciał jamistych, poczem amputuje prącie w zamierzonym miejscu, wreszcie dwoma, wyżej wymienionemi płatami; przykrywa ranę poamputacyjną ciał jamistych i przyszywa je do skóry kikuta.

Wykonywając operację w ten sposób przesuwamy bliźnę na zewnątrz i ku obwodowi kikuta przez co otwór cewki pozostaje ziejącym i zwężenie niemożliwem. Rozcięcie podłużne prącia z jednej strony ułatwia wycięcie płatów, z drugiej pozwala dokładniej określić granicę nowotworu. Autor, zwraca uwagę, że sposób ten nie jest ani pośpieszny ani łatwy, co się zaś tyczy zapobiegania zwężeniom następczym, to Bourquet, który go praktykował, trzy razy skonstatował, wprawdzie po 3 — 4 ch latach, trwałość wyleczenia, inni jednak chirurdzy niebardzo pochlebne o nim zdanie wygłosili.

Nareszcie Demarquay proponował przecinać cewkę trochę więcej ku przodowi niż ciała jamiste i skórę, i tak wykonywał częściową amputację prącia; z czasem jednak metodę tę zastosował Demarquay przy całkowitem odjęciu ciał jamistych i w tym razie, po wprowadzeniu kateteru, robił przez skórę dwa cięcia pół eliptyczne, zaczynające się w okolicy nadłonowej i schodzące się na mosznie, potem oddzielał ciała jamiste od miejsca ich przyczepu, cewkę od nich separował i takową na granicy nowotworu poprzecznie przecinał. Nareszcie, nadciąwszy tak oddzieloną część cewki u góry i u dołu, dwa jej płaty przyszywał do skóry, przez co tworzył się rodzaj vulvae. Tak samo wykonywał tę operację Malgaigne.

Widzimy, że wszystkie sposoby, opisane pod literą B, dążą do tego aby zastąpić kateter à demeure, przyszyciem błony śluzowej do skóry kikuta i przez to

przeszkodzić tworzeniu się blizny oddzielnej w ściankach cewki i odsunąć bliznę ku obwodowi kikuta. Dla tego właśnie sposoby te stoją wyżej od poprzedzających, mają jednak tę wadę, że we wszystkich cewkę przecina się poprzecznie, a przez to otwór jej zostaje okrągłym a więc najmniejszym.

C) Daleko większe znaczenie ma następująca metoda, polegająca na skośnem przecinaniu cewki. Pierwszy użył tego sposobu Rizolli w 1844 r. i wykonywał operację w następujący sposób: Nożem skierowanym tak, jakby chciał odciąć całe prącie w kierunku skośnym, od dołu ku górze i od tyłu ku przodowi, przecinał tylko cewkę, następnie zaś zwracał nóż wprost ku górze prostopadle do osi prącia i kończył operację jednym cięciem. Następnie brzegi rany ciał jamistych zbliżał do siebie, w skutek czego otwór zostawał ziejącym i zwężenie nastąpić nie mogło a katetery i bugies stawały się zbytecznymi. (Sposprzeżenia Rizolli, Péruzzi, Consolini).

W 1854 r. Ricord powziął myśl, aby po odcięciu prącia sposobem Boyer'a, wyciąć z dolnej powierzchni kikuta, płat skóry w formie litery V; a potem rozciąwszy dolną ściankę cewki płaty błony śluzowej, w ten sposób powstałe, przyszyć do brzegów rany skórnej. Przez to powstaje sztuczna hypospadija. Tego samego prawie sposobu, za wyłączeniem wycięcia płata skórniego, a ograniczając się tylko na prostem przecięciu dolnej ścianki cewki i skóry, użył Sédillot dla zniesienia zwężenia, pozostałego po amputacji sposobem Boyer'a. Za przykładem Ricord'a poszli inni Chirurgowie jak Verneuil, Demarquay, Broca, Follin, Voilemier, a przed Ricord'em jeszcze bo w 1853 operację tym sposobem wykonał Richet. Earl, zmienił metodę Sédillot'a w tem, że przecinał tylko dolną ściankę cewki zostawiając skórę nietkniętą, a potem do uretry wprowadzał dla przeszkodzenia zrośnięciu jej brzegów,

ciała obce np. gąbkę prasowaną, Ghérini zaś uważał za niedostateczne przecięcie tylko cewki, przecinał więc i skórę tylko to nacięcie skóry robił dłuższem od nacięcia cewki, a następnie wprowadzał kateter zagięty na końcu zewnętrznym, i to zagięcie zaczepiał w kącie rany. Nareszcie Thomas Teale radził po przecięciu dolnej ścianki uretry i skóry, zeszyć błonę śluzową płatów ze skórą, obce ciała zaś wprowadzane przez poprzednich autorów do cewki uważał za zbyteczne.

Tak więc ten ostatni sposób operowania ma tę przewagę nad poprzednimi, że uwzględnia dwie przyczyny zwężeń wtórnych mianowicie małość otworu, który przez przecięcie skośne cewki znacznie się powiększa, i działanie zwężające blizny zewnętrznej, która w tym razie, kurcząc się, nietylko nie sprzyja zwężeniu, ale przeciwnie rozszerza jeszcze bardziej otwór rozciągając jego brzegi.

D) Jakkolwiek metoda powyższa jest bardzo dobra, ma jednak jedną wadę: nieuwzględnia jednego z bardzo ważnych czynników zwężeń, mianowicie nie zwraca uwagi na kurczliwość ścian cewki w kierunku podłużnym (gdyż w tym kierunku idą kurczliwe elementy, wchodzące w skład jej ścianek), tymczasem cewka, kurcząc się po amputacji, wciąga bliznę, co sprzyja zwężeniu.

Niedokładność tę usunął Prf. Guyon, który wykonywał operację w następujący sposób, zasługujący na nazwę amputacji prącia „en raquette“. Guyon rysuje najprzód na skórze prącia linję cięcia, która przedstawia na górnej powierzchni półkole zwrócone wypukłością ku górze; od końców tego półkola prowadzi po każdej z bocznych ścianek prącia linje idąca zaokrąglając się ku tyłowi i łączy je pod kątem na doinej powierzchni prącia. Kąt znajduje się o 2 cent. ku tyłowi od linii na górnej powierzchni się znajdującej. Następnie pomocnik naciąga skórą prącia ku spojeniu łonowemu, a operator, wlewając rękę wzięwszy glans, prawą za pomocą

noża przecina skórę. Po skurczeniu się takowej równo z brzegami rany skórnej przecina ciała jamiste, strzegąc się by nie ranić cewki. Przeciąwszy ciała jamiste separuje od nich cewkę na niewielkiej przestrzeni i potem przecina poprzecznie. W dalszym ciągu Guyon nacina dolną ściankę cewki i płaty trójkątne przyszywa doskóry pięciu szwami, z których dwa łączą rogi płatów a dwa drugie ich środki ze skórą odpowiedniej strony kikuta prącia, piątym szwem przyszywa błonę śluzową kąta rany ze skórą tegoż kąta. Tamuje następnie krwotok przez przewiązanie tętnic prącia, nie zwracając uwagi na krwawienie z ciał jamistych wprowadza kateter, aby ochronić przeciwgnilny opatrunek od przesiąkania moczem i nakoniec nakłada opatrunek przeciwgnilny z całą możliwą ścisłością. Amputacja prącia „en raquette“ według metody Prf. Guyon'a, łączy w sobie wszystkie zalety poprzednich sposobów, a usuwa ich niedogodność, jest więc najracjonalniejszą. O rezultatach zaś jej możemy sądzić z dwóch wypadków przez autora przytoczonych.

W jednym z nich, gdzie amputacja prącia „en raquette“ była dokonana w skutek rakowca glandis, nastąpiło wyleczenie. Chory zupełnie swobodnie urynował i jeszcze w trzy lata potem można było wprowadzać do cewki najwyższe numera kateterów skali Charrière'a. Drugi wypadek opisuje autor bardzo szczegółowo według sprawozdania Malécot'a. Chory był operowany d. 12 stycznia metodą „en raquette“. Przebieg rany pooperacyjnej był świetny. Szwy zdjęto po dwóch dniach, kateter wyjęto na trzeci dzień a 11-go lutego chory opuścił szpital w takim stanie, iż Nr. 30 kateteru skali Charrière'a przechodził doskonale przez otwór cewki. Można było jeszcze skonstatować ten stan w miesiąc po wyjściu chorego ze szpitala.

J. Garbowski.

52. Dr. A. MOOREN. 25 lat praktyki okulistycznej. (*Fünf Lustren oph-*

talmologischer Wirksamkeit von Dr. Albert Mooren dirig. Arzt der städtischen Augenklinik in Düsseldorf).

W końcu roku zeszłego ustąpił z posady naczelnego lekarza miejskiej kliniki ocznej w Düsseldorfie, znany w świecie naukowym Albert Mooren. Imię jego ściśle złączonem było z postępem nauki o chorobach ocznych — obok Graefe'go, Donders'a, Förster'a, Arlt'a i innych należał on do tych okulistów, którzy oftalmologii, jako oddzielnej gałęzi medycyny, dali niejako prawo obywatelstwa, już to ugrupowawszy pojedyncze, rozrzucone luźnie części okulistyki w jedną systematyczną całość, już to posuwając szybko własną pracą i spostrzeżeniami naprzód całą naukę.

Kilka miesięcy przed ustąpieniem z zajmowanej przez siebie przez 25 lat posady ogłosił on obszerną pracę pod powyższym tytułem. Jest to sprawozdanie sumiennego i pracowitego lekarza z 25-letniej pracy, jest to niejako spowiedź człowieka nauki z życia swojego. Ktokolwiek zajmował się choćby tylko pobieżnie oftalmologiją, ten z pewnością, wyczytawszy imię Mooren'a, chętnie weźmie książkę do ręki, będąc pewnym, że czas czytania jej poświęcony, nie będzie straconym. Autor przechodzi prawie wszystkie choroby oczów systematycznie, dając o nich wierny obraz swoich poglądów, oraz opisując dokładnie przez siebie używane sposoby leczenia. My przytaczamy tutaj te tylko sposoby i ich leczenie, które w praktyce większe mają znaczenie, lub gdzie Mooren swój własny zaprowadza sposób.

W przewlekłych chorobach powiek, zwłaszcza w zapaleniach brzegu powiekowego (Blepharadenitis, Blepharitis ciliaris), radzi Mooren przedewszystkiem ciepłe okłady, już to jako okłady z wody gorącej, lub od razu rumianku, już to w formie kaptaplazmów. Tych ostatnich używa przy zapaleniach mniej ostro występujących, lub gdy w skutek zbyt przewlekłego ich

przebiegu nastąpiło zgrubienie tkanki łącznej podskórnej. W razie wytwarzania się około pojedynczych rzesów małych wrzodzików, pokrywających się strupkami, należy najprzód odmoczywszy strupki, takowe starannie pozdejmować, rzesy, około których są owrzedzenia, powyrywać, a następnie wcierać biały praecipitat w postaci maści. Gdyby tłuszcze, co czasem się zdarza, wywoływały pryszczycę (Eczema), to należy usunąć używanie maści, a zastosować rozczyń samego leku. Nierzadko zdarza się, że długo trwające zapalenie brzegu powieki szczególnie dolnej, wywołuje przez blizny łącznicy, albo przez zgrubienie chrząstki powiekowej, kurczenie się powieki i małe jej odwinięcie (ectropium palpebr. infer.), Mooren usuwa je nowym, przez siebie używanym sposobem, który polega na tem, iż naprężając w kierunku ku wewnątrz powiekę dolną, przecina się podskórną Ligamentum externum w odległości około pięciu milimetrów od kącika zewnętrznego powiek. Wskazówką potrzeby tej dobrej operacji jest fałdowanie się skóry w kierunku pionowym, szczególnie w okolicach kątów ocznych. Jeżeli odwinięcie powieki dolnej pochodziło głównie z porażenia nerwu twarzowego, to leczy się wycięciem kawałka skóry kształtu elipsoidu ze skroni i to w kierunku od wewnątrz i z góry ku zewnątrz i ku dołowi. Często spostrzegaliśmy Mooren obfite łzawienie oczów pomimo, że kanały łzowe były zupełnie wolne, a położenie powiek także prawidłowe. W tych razach przypisuje on ten chorobliwy objaw nadmiernej wydzielności łez, zbytnej wrażliwości łącznicy na wpływy atmosferyczne. Stan ten uważanym jest za niewyleczalny, jeżeli zaś zdarza się u osób już starszych, to należy do objawów poprzedzających wybuch jaskry ostrej (prodroma glaucomatis). Przy łzawieniu wskutek nieżyty worka łzowego i przewodu nosołzowego używa się 3 razy dziennie po kilka minut trwających ciepłych okładów,

wpuszczając w oko oprócz tego wieczorem kilka kropli $\frac{1}{2}\%$ rozczyń kwasu karbolowego i to ogrzanego. Gdy objawy miejscowego nieżyty się zmniejszyły, to przestrzykiwać należy kanał nosołzowy ogrzanym słabym rozczyń kwasu bornego, salicylowego lub karbolowego. Zondowania używał Mooren tylko w rzadkich wypadkach.

Z chorób łącznicy zasługuje na wzmiankę *śluzotok łącznicy* oraz *blonica tejsze*. — W śluzotoku (Conjunctivitis bleorrhoeica) tak w okresie pierwszym, jak i później, gdy częstokroć i rogówka już jest owrzedzoną, używał z dobrym skutkiem aqua chlori, której jego zdaniem nie zastąpić nie zdoła. W wypadkach lżejszych wystarczał rozczyń kwasu salicylowego lub bornego.

W zapaleniu błonicowem łącznicy (Conjunctivitis diphtheritica), używa Mooren gorących okładów przez cały dzień, a czasem i noc, bez przestanku zmienianych i to tak długo, dopóki zgręzy błonicowe się nie oddzieliły i zapalenie nie przeszło w stan śluzotokowy (stadium blenorrhoicum). W zapaleniu łącznicy ziarnistym *przewlekłym* (Conjunctivitis granulosa chronica), poleca wcieranie w skórę powiek mieszaniny z 5,00 jodoformu, 30,00 Colloidium i 2,00 jakiegolwiek eterycznego olejku np. ol. menthae piperitae aether. — Mieszaninę tę wciera się przez kilka dni w powierzchnię zewnętrzną powiek, każdorazowo przedtem dawne pozostałości aethere. acet. zmywając. Chcąc leczenie jeszcze więcej skrócić, należy maść (Rp. Jodoformi sublimi pulv. 0,15 Vaselini 10,00 MDS. Maść) w łącznicę odwróconych powiek silnie palcem wcierać. Powstały w skutek tego ból usuwają w krótkim czasie zimne okłady. Jeżeli przy cierpieniach łącznicy wytworzy się silne unaczynienie rogówki (Keratitis superficialis vasculosa vel Pannus), które przy zwykłym leczeniu nie ustępuje, to radzi autor zaszczerpienie ropy śluzotokowej — uważać jednak należy, by powierzchnia rogówki

nie była uszkodzoną, oraz by cała była naczyniami pokrytą.

We wszystkich postaciach *zapaleń rogówki* (Keratitis) słusznie bardzo kładzie Mooren nacisk na to, czy te występują w postaci ostrej, połączone z bólami rzęskowatymi, przekrwieniem naczyń podłącznicowych, lub też w postaci niezapalnej, nie przyczyniając choremu prócz zniżenia siły wzroku, żadnych innych dolegliwości. — W pierwszym wypadku poleca używanie atropiny, w drugim ezeriny. Używanie tej ostatniej poleca szczególnie w wszelkich powierzchownych obrażeniach nabłonka, lub nawet większych ranach rogówki, obcemi ciałami zadanych, dalej, w owrzodzeniach rogówki i ropniach tejże błony.

We wszystkich tych wypadkach chorobowych używanie ezeriny jest wtenczas wskazanem, jeżeli nie ma objawów zapalnych a charakter choroby jest tak zwany niezapalny (torpidus, antonicus). Rany rogówki nie powinny także być nowowytworzonymi naczyniami pokryte, gdyż to jest przeciwwskazaniem dla używania ezeriny. Z przetworów chemicznych ezeriny, używa Mooren prawie wyłącznie tylko Eserinum (Physostigminum) salicylicum w roztworze 0,05: 15,00, czyli 1 gran na 2 ucyje. U wrażliwych na zimno chorych, gdy po w kropleniu tego płynu ból następuje, należy używać ogrzanego roztworu. Ciepłe okłady na oko, zmieniane dosyć często, a używane 3 razy dziennie po godzinie, są środkiem wielce przy leczeniu pomocnym.

Wskazania do używania atropiny są zupełnie przeciwne tym, które dopiero co przy używaniu ezeriny omówiliśmy. — Jeżeli choroby rogówki występują z silnym przekrwieniem naczyń łącznicowych i podłącznicowych z nabrzękami łącznicy, z nastrożeniem około rogówki, a zwłaszcza z przekrwieniem naczyń tęczówki, to bezwarunkowo wskazanem jest używanie atropiny w połączeniu z ciepłymi okładami. W wypadkach, w których nasięki rogów-

ki (infiltratio) połączone są z bardzo silnymi, zupełnie do rozmiarów tychże nie proporcjonalnymi, bólami rzęskowymi (neuralgia ciliaris), oraz bólami w okolicy czoła, skroni i twarzy, uważa Mooren za przyczynę całej choroby cierpienie nerwu trojstego, i gdy miejscowe leczenie nie przynosi ulgi, to wstrzykiwania podskórne roztworu morfiny w okolicach oczodołu częstokroć okazuje się bardzo skutecznem. Gdy i takie leczenie nie pomaga, to kilkakrotne powierzchowne potarcie nasięku zaostrzonym kawałkiem saletrzanu srebra złągodzonym (Argentum nitricum mitigatum) w krótkim czasie do skutku doprowadzi. Odmienne znacznie jest leczenie tych *postaci owrzodzenia rogówki*, które są połączone z nagromadzeniem ropy w przedniej komórce (Hypopyon-Keratitis, Ulcus corneae serpens, Saemisch). Najprzód należy całą łącznicę oraz przewody łzowe starannie oczyścić z wszelkich wydzielin przez przestrzyknięcie słabym roztworem kwasu salicylowego lub bornego ¹⁾, następnie przeciąć rogówkę przez całą szerokość wrzodu. (Cięcie Saemisch'a). Przy silnem podrażnieniu łącznicy z zwiększonym wydzieleniem łez i ropy połączonym, odradza Mooren używanie atropiny; gdy tęczówka jest zdrową, poleca używanie ezeriny, a gdy wydzielinę łącznicy się zwiększą, radzi zastosować wodę chlorową; przy końcu zaś choroby, gdy nastrożenie około brzegu rogówki już zupełnie zniknęło, należy odwrócone powieki obmywać 1% roztworem saletrzanu srebra. W razie, gdy chory zimnego roztworu atropiny nie znoszą, należy takowy ogrzać ²⁾. — Co

¹⁾ Choroba ta według obecnie przyjętej teorii, polega na pasożycie roślinnym, który głównie w przewodzie łzowym się rozwija. Przemawia za tem szczególnie ta okoliczność, że prawie zawsze spotykamy tę postać owrzodzenia rogówki u ludzi, którzy mają zatkałe przewody nосо-łzowe.

(Przyp. spraw.)

²⁾ Używanie ogrzanego roztworu atropiny jest połączone z niedogodnościami, choćby samego już ogrzewania, a do tego wielu chorych w ogóle atro-

do przyczyn zapalenia rogówki śródmiąższowego (Keratitis profunda, parenchymatosa), to bezwarunkowo uważa Mooren tę chorobę za objaw dziedzicznego zakażenia przy miotowego.

Przy zapaleniach *białkówki* (scleritis, episcleritis) zwraca Mooren uwagę na częste pojawienie się tej choroby przy przewlekłych chorobach skóry (Sclerodermia, Elephantiasis arabum oraz Spedalskhed). Przy leczeniu należy główną uwagę zwracać na przyczynę choroby; dobre odżywianie i świeże powietrze, czystość skóry przy zupełnem zaniechaniu miejscowego leczenia, z wyjątkiem tylko ciepłych okładów na oko, przynosi najlepszy skutek. Jeżeli zapalenie białkówki połączone jest z równoczesnym zmętnieniem rogówki, to wkraplanie 1% roztworu atropiny jest wskazaniem.

U osób skrofulicznych ma mieć dobry skutek wstrzykiwanie podskórne pilokarpiny i w ogóle używanie środków napotnych.

Dużą część swej pracy poświęca Mooren chorobom *jagodówki* (chorobom tęczówki ciała rzęskowatego i naczyńki) oddział ten wraz z *jaskrą* należy do najlepszych. Zwraca on uwagę na rozpoznany dzisiaj zwyczaj wkraplania przy wszelkich zapaleniach tęczówki roztworu atropiny—zwyczaj to ze wszechmiar niechwalebny, gdyż według jego bardzo trafnych spostrzeżeń, stopień przekrwienia naczyń tęczówki powinien być miarą do użycia atropiny. W bardzo gwałtownych zapaleniach tęczówki atropina nie działa zupełnie, dopiero gdy przez miejscowe upusty krwi (sztuczne pijawki) i ciepłe okłady przekrwienie na-

czyń zmniejszymy, działa ona z dobrym skutkiem. W wypadkach zranień oka poleca wstrzymanie się od używania atropiny tak długo, póki rana w rogówce dobrze się nie zasklepi. Co do przyczyn zapalenia tęczówki, to obrażenia oka (trauma) oraz przeziębienie odgrywają tu daleko większą rolę, niż zakażenie przymiotowe. W dalszych uwagach o zapaleniach tęczówki, ciała rzęskowatego i naczyńki nie znajdujemy nic takiego, co by dawniej znanem nie było, lub co by wybitniejszym rysem było jego osobistych poglądów. Ciemny w oftalmologii dział przyczyn *chorób oka współczulnych* (Ophtalmia sympathica), stara się Mooren nieestety niczem nie stwierdzonymi hipotezami obcych autorów podeprzeć. Przyjmuje on w ogóle trzy rodzaje cierpienia oka współczulnych: 1) *sympatyczne cierpienie nerwowe* (neurosis sympathica) znamionujące się światłowstrętem, zmniejszeniem siły widzenia, osłabieniem siły akomodacji i zwężeniem pola widzenia. 2) *zapalenie oka sympatyczne*, ze zwykłymi tak powszechnie znanymi objawami zapalenia tęczówki i naczyńki, oraz 3) *zapalenie siatkówki współczulne* (Retinitis sympathica). To ostatnie rozpoczyna się zwykle pewną zbytnią wrażliwością siatkówki na światło, następnie powstaje zwężenie i braki pola widzenia (scotoma), a wreszcie powolna utrata wzroku. Co do czasu, kiedy zaczyna się współczulne zapalenie oka rozwijać, to widział je Mooren najwcześniej w 12 dniach po skaleczeniu oka, najpóźniej zaś po dwudziestu kilku latach. Jako przyczynę wczesnego rozwijania się zapalenia oka współczulnego uważać należy głównie poprzednio przebyte choroby oka, które tak zwaną odporność zmniejszyły. Co do dróg, któremi zapalenie z jednego oka na drugie przechodzi, to głównie teoria Nothnagla jest uwzględnioną: Podział naczyń krwionośnych w obu połowach ciała jest zupełnie symetrycznym, napełnienie zaś naczyń krwionośnych jest w stosunku odwrotnym do siebie. Gdy

piny nie znosi, i dostaje po każdorazowem jej użyciu silnego nieżyty łązniczy. W tych wypadkach radzimy zarzucić używanie atropiny, a natomiast używać 1% roztworu duboisiny. — Preparat ten w bardzo dobrym gatunku kupuje się w aptece Dr. Heinricha w Warszawie. Po dłuższem przechowywaniu traci barwę lecz nie traci własności.

(Przyp. spraw.)

jedno oko wskutek np. Irido-cyclitis zanika, to zanika w niem i pewna ilość naczyń, w drugim więc oku taka ilość jest przekrwioną i ztąd przyczyna choroby. — Oprócz tej hypotetycznej drogi stwierdzonem jest przejście zapalenia oka z jednego na drugie przez nerwy wzrokowe łączące się w chiasma; nie podlega też najmniejszej wątpliwości, że i nerwy rzęskowe biorą udział w przenoszeniu choroby. Jaskrę uważa Mooren za skutek podrażnienia nerwu troistego (neurosis nervi trigemini). Podstawą jej jest zwiększone wydzielanie cieczy przez naczyniówkę. Przyczyny tego podrażnienia nerwu troistego mogą leżeć w samym oku, lub po za nim. Przy leczeniu jaskry przypisuje autor wielkie znaczenie sklerotomii.

W końcu autor rozpatruje *zapalenie siatkówki barwnikowe* (retinitis pigmentosa), odklejenie się siatkówki i zapalenie nerwu wzrokowego. Znaną powszechnie przyczyną zapalenia barwnikowego siatkówki, pokrewieństwo rodziców, spotykał Mooren w $\frac{1}{3}$ części wszystkich przypadków tej choroby i uważa ją na równi ze wszystkimi innymi okulistami za nieuleczalną.

Odklejenie siatkówki (ablatio retinae), uważa również prawie za niewyleczalne, spotykał je znacznie częściej, jak inni, głównie z tego powodu, że zwrócił uwagę na tę chorobę u osób już ociemniałych. Leczyć próbował Mooren oddzieleniem siatkówki za pomocą nakłócia białkówki i wypuszczenia cieczy pod siatkówką nagromadzonej; skutek bywał czasami dobry, lecz nigdy nie był trwałym. Obecnie leczy tę chorobę przez wyssanie cieczy za pomocą strzykawki Pravatz'a.

Między przyczynami zapalenia *nerwu wzrokowego* przytacza głównie przekrwienie błon mózgowych w skutek pracy umysłowej nadmiernej, oraz w początkach chorób zapalnych ostrych, szczególnie wysypkowych. Dalej, wspomina o zwiększeniu serca, powstrzymaniu odpły-

wów haemorrhoidalnych, potów nóg, oraz regularności. Wielkie znaczenie przy powstawaniu zapalenia nerwu wzrokowego przypisuje Mooren zmianom krążenia krwi na powierzchni skóry, przeziębienie i zmoczenie ciała, uważa także częste przyczyny tej ciężkiej choroby. Przytacza tutaj jak w ogóle w całym dziele na poparcie swych twierdzeń rozmaite bardzo ciekawe wypadki. Bardzo ważną rolę według Mooren'a odgrywa syfilis przy zapaleniach nerwu wzrokowego. Co się tyczy leczenia w tym ostatnim wypadku, to należy energicznie i bardzo długo kurację przeprowadzać, chcąc być od następstw zapewnionym. Wspomina on, że miał chorych, którym po 200 frykcyi w czasie jednego leczenia dać kazał, zwracając naturalnie bacność na to, aby nie wywołać zbyt wielkiego śluzotoku.

Kepiński.

MISCELLANEA.

54 DEBOVE stosował w zakładzie „Hopital de Bicêtre” **przekarmianie** (gavage) jako środek leczniczy **przeciwko suchotom**, analogicznie sztucznemu tuczeniu zwierząt. Sposób ten stosuje Debove nie tylko przy gruźlicy, ale i przy wszelkich chorobach połączonych z upośledzonym odżywianiem. Chory dostaje dziennie najmniej trzy litry mleka i 600 gramów ($\frac{3}{4}$ funta) suchego proszku mięsnego, która to ilość odpowiada przeszło 2 kilogr. świeżego mięsa. Proszek ten podaje się w mleku, za pomocą sondy żołądkowej i lejka. Proszek przyrządza się w ten sposób, iż mięso, oczyszczone od tłuszczu i tkanki łącznej, kraje się w plasterki, suszy na blachach przy 100° C. i cienko rozciera. „Gavage” wydaje w ogólności pomyślne wyniki, jak o tem świadczą nietylko obserwacje samego Debove'a, ale i spostrzeżenia innych, a w tej liczbie sprawozdawcy „Wien. Med. Blätter”, który w szeregu wypadków obserwował zniknięcie wodnej puchliny u starca, oraz zwiększenie ciężaru ciała u suchotnika w ciągu 40 dni o 10 kilogramów (24-funty). Debove zauważa, iż pomiędzy łaknieniem a zdolnością trawienia istnieje często zupełna dysharmonja, tak, iż przy zupełnym braku apetytu, sztuczne karmienie może wydawać świetne owoce, a nawet i apetyt powraca po upływie pewnego czasu, tak, iż najwybitniej sprawdza się tu przysłowie: „l'appetit vient en mangeant”. (Wien. Med. Blätter 1—1884)

55 Swieży olej liniany w zastępstwie trau używa się ostatnimi czasy często w New-Yorku, i o tyle jest od pierwszego dogodniejszym, iż nie posiada tak przykrego smaku. Nadto wystarczać mają stosunkowo mniejsze dawki. Przepisując środek ten dzieciom, najlepiej męsząc go z miodem lub z jakimkolwiek przetworem słodowym; u dorosłych najlepsze jest połączenie z alkoholem. Zwykle przepisują środek w mowie będący trzy razy dziennie po łyżeczce. Tylko przy życiu nazbyt wielkich dawek obserwowano szkodliwy wpływ na trawienie albo zmniejszenie apetytu.

(*Deut. Med. Zeit.* 14 stycznia 1884).

56 Chloral jako vesicans. Według Ritter'a plaster diachyloowy pokropiony chloralem i ogrzany działa na skórę jako „vesicans”.

(*New-York Med. Journ. D. M. Z.* 4—1884)

57 Wziewanie przeciwnie przeciwko suchotom płucnym stosowane, wydają według znanego na polu terapii chorób płucnych autora, Burney'a Jea, świetne rezultaty. W jednym ze swych wykładów klinicznych (w King's College Hospital, w Londynie), opisuje on wydatny przypadek suchot w ten sposób uleczoney: przypadek, który obserwowano w całym przebiegu od chwili znacznego rozwoju choroby do zupełnego uleczenia. Dotyczył on młodej dziewczynki, u której przed półtora rokiem wykryto na klinice proces tuberkuliczny, początkowo w przewodzie kiszkowym, następnie zaś i infiltracje w obu płucach. Ogólne odżywianie było upośledzone, silna gorączka trwała kilka miesięcy (ciepłota dochodziła do 101^oF, a nawet do 102^oF; tętno dochodziło do 124—), oddech oskrzelowy, rzęzenia biegunka, poty mocne. W końcu roku zeszłego ta sama pacjentka opuściła szpital ciesząc się zdrowiem kwitnącem, bez zaburzeń w odżywianiu ogólnem, z dobrym apetytem i trawieniem, przybrawszy znacznie na wadze; jednym słowem nie była chorą w zwykłym znaczeniu tego wyrazu.

Dwa zarzuty, stawiane pospolicie leczeniu przeciwnie (podrażnienie narządów oddechowych i nieprzenikanie leków do samej tkanki płucnej) zdaniem autora, nie zasługują na uwagę w obec obserwacji codziennej, przedstawiając raczej twierdzenia teoretyczne.

(*Brit. Med. Journ.* 1884).

58 Przypadek cięży opieszalej opisuje Charles Ballard z Oxfordu. Według zapewnienia autora cięża ta trwała 306 dni, jak o tem o tyle niewątpliwie można było wnioskować, iż spółkowanie raz jeden tylko miało miejsce. Rodzącą była dziewczyna 16¹/₂ lat wieku licząca. Poród trwał krótko i odbył się z łatwością. Wielkość dziecka nie przekraczała granic normy.

(*Brit. Med. Journ.* — 1884).

59 Jako wyborny środek przeciw nadmiernej wydzielinie mleka (antigalactogogum), poleca Farguhar belladonę w postaci nalewki do wewnątrz lub w postaci wyciągu—jako środek zewnętrzny.

(*Brit. Med. Journ.* 1884).

60 Przypadek konwulsyj wirowych (rotatory convulsions). W Abergayenny, w przytułku Joint Counties Asylum obserwowano niedawno następujący rzadki wypadek drgawek, osobliwość którego polega na tem, iż podczas napadu ciało chorego obracało się około stałej osi.

Drgawki nie były nigdy poprzedzane przez aurę. Bezpośrednio przed wystąpieniem takowych, chory usiłuje przebiec krótką przestrzeń wzdłuż pokoju, „wydając donośny i przeciągły okrzyk, natychmiast traci przytomność i pada w tył. Same konwulsyje przedstawiają się w dwóch postaciach; rzadziej bywa, iż chory ciałem swym wykonywa szereg ruchów wirowych w kierunku poziomym, kręcąc się po sali na kształt bąka (zabawki dziecinnej), częściej zaś zdarza się, że kręci się po sali nogami dotykając głowy i przebiegając częstokroć w ten sposób koło więcej niż trzydzieści stóp obwodu mające. Przy końcu paroksyzmu chory obraca się coraz wolniej, wreszcie konwulsyje ustają; twarz chorego przedstawia wówczas objawy kongestyi, a oddech bywa charczący. Niekiedy obydwie postacie drgawek występują podczas jednego i tegoż samego napadu. Zdarza się też niekiedy, że ręce chorego nie są zarzucone w tył jak zwykle przy tych konwulsyjach, ale złożone z nogami w ten sposób, iż ciało chorego tworzy zupełne koło. Napad trwa przeciętnie od 40sekund do jednej minuty; ale po kilkuminutowym przestanku, podczas którego przytomność nie wraca, następuje zwyczajny paroksyzm epileptyczny, nie różniący się od pospolitej padaczki. Napady trwają od lat czterech w jednym stopniu, powtarzając się co 7—24 godzin. Choroba ta sprowadziła i niedołęstwo umysłowe (dementia). Przypadek powyższy opisany został przez lekarza-asystenta przytułku Innes'a Dunlop'a.

(*Brit. Med. Journ.*—1882).

61 Statystyka wypadków śmierci skutkiem użycia chloroformu przy operacjach, zebrana w Wielkiej Brytanii i Ameryce wykazuje, iż 1 przypadek śmierci zdarza się na 2800 pacjentów.

(*Deutsch. Amerikan. Apoth. Zig.*).

62 Statystyka dotycząca ilości mięsa zwierząt grzliczych spożywanego w Berlinie.

Od 1-go kwietnia do 3 wrzesnia zabito ogółem w centralnej bydłobójni 44130 wołów i owiec i 103416 wieprzy. W tej liczbie znaleziono u pierwszych grzlicę w 1681 wypadkach, i u drugich w 765 wypadkach, czyli 3,89% i 0,74% (podczas gdy w bydłobójni la Vilette znajdowano grzlicę

tylko u 0,38% zwierząt). Zwykle oddzielano od takich zwierząt narządy chorobą dotknięte, resztę zaś wydawano na sprzedaż. Obecnie Berlin posiada przeszło 1120000 mieszkańców. Odliczywszy małe dzieci, nie jedzące mięsa, i przyjmując 250 kilogr. jako przeciętną wagę wołu zabitego, a 75 kilogr. jako ciężar wieprza, przekonamy się, że każdy mieszkaniec Berlina zjada rocznie co najmniej jeden kilogram mięsa zwierząt tuberkulicznych. (Co najmniej, ponieważ oprócz mięsa z bydłobijni centralnej spożywa się wiele przywożonego z okolic). Dodać należy, że u wszystkich zwierząt gruźliczych, znaleziono laseczniki Kocha.—Villaret, który podaje powyższe cyfry w „Révue d'hygiène” zauważa, że jakkolwiek nieszkodliwym mogłoby być gotowane lub smażone mięso chorych zwierząt, sama myśl o spożyciu czegoś co nosi piętno najfatalniejszej może u nas choroby, sprawia pewną odrazę i domaga się wzbronienia użycia mięsa tych zwierząt.

(*Révue d'hyg. et de Police Sanitaire.*—1883).

Wiadomości bieżące.

— Zjazd IV lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Ilość dotychczas zapowiedzianych wykładów wynosi 31, a mianowicie:

1. Dr. Wł. A. Gluziński: Poszukiwania nad trawieniem żółdkowym białka, w różnych stanach chorobowych w celu rozpoznawczym i leczniczym.

2. Tenże: O sprawach septycznych ze stanowiska medycyny wewnętrznej.

3. Tenże: Przyczynę do rozpoznawania choroób żółdka.

4. Dr. W. Jaworski: Doświadczenia nad zachowaniem się składników wody karlsbadzkiej w żółtku ludzkim, w stanie fizjologicznym i patologicznym, z uwzględnieniem wpływu leczniczego tejże w chorobach przewodu pokarmowego.

5. Prof. Browicz: O zapaleniu chronicznem ze stanowiska *porencephalia*.

6. Tenże: „Porencephalia”.

7. Dr. Krówczyński: O leczeniu śluzotoku przewlekłego cewki moczowej.

8. Tenże: O wpływie odziedziczenia na życie indywidualne i narodowe.

9. Prof. Dr. Korczyński: Wpływ mechanicznego drażnienia nerwu błędnego na ruchy oddechowe.

10. Tenże: Znaczenie kliniczne obliczeń ilości ciałek krwi.

11. Tenże: O niedokrewności złośliwej.

12. Tenże: Przyczynę do statystyki zapalenia płuc.

13. Tenże: Wpływ błednicy ustrojowej na przebieg duru brzuszego.

14. Dr. Alfred Wolfram: O prątkach gruzliczych.

15. Tenże: Wyniki doświadczeń przedsiębranych z kilkoma nowemi lekami.

16. Dr. Kempński: (Sosnowice). O stanie zdrowia ludu kujawskiego i kaliskiego—szkice medyczno-etnograficzne.

17. P. Sulimierski Filip. Warszawa: O brakach w naszym krajoznawstwie i o projekcie założenia w Warszawie towarzystwa krajoznawczego.

18. Prof. Boberski, Tarnopol: „Phytophthora infestans” de By, mające na celu usunięcie zarazy kartoflowej.

19. P. Cěněk Zahálka, prof. na realn. gimn. v. Roudnici w Cěchách—O geologicznych pomorzech pyropowych náplavu v Cěském Středohoří.

20. Dr. Gepner, Warszawa: O skuteczności przecięcia mięśni prostych zewnętrznych, przy postępującej krótkowzroczności osób pochodzących z rodziców krótkowzrocznych.

21. P. Syroczyński. Lwów, inżyn. wydz. krajowego: O przyczynieniu się naukowych badań do postępu górnictwa olejów ziemnych w Galicyi.

22. Dr. Szuman z Torunia; Osteotomia w obec sposobu przeciwnilnego opatrywania ran.

23. Prof. Dr. Godlewski, Dublany: O teorii ruchu wody u roślin.

24. Tenże: O stosunkach nasiąkliwości tkanek drzewnych.

25. Dr. Rydygier z Chełmna; Odczyt pracy eksperymentalnej z demonstracyjami (tytuł później będzie podany).

Nadto zapowiedzieli wykłady:

26. Prof. Mikulicz.

27. Prof. Chałubiński.

28. Prof. Rehman.

29. Prof. Szokalski.

30. Dr. A. Sokółowski.

31. Dr. Fr. Chłapowski.

Wreszcie Dr. Kopernicki udziela wydziałowi w obszernym liście zapatrywań swych co do otwarcia sekcji antropo-archeologicznej i poleca zadania dla tej sekcji do ogólnego rozbioru.

— **Premjum „Medycyny”** w ilości 150 rubli ogłosiło pismo to za najlepszą pracę, jaka będzie ogłoszoną w roku bieżącym w jego szpaltach. Przy ciężkich warunkach materialnych w jakich znajdują się prace naukowe u nas, przedstawiając po prostu sprawę filantropii, wszelkie zachęty pieniężne rzeczwiście zastępują w ogólności na wielkie uznanie. Redakcja „Medycyny” przyjmuje jako tego rodzaju pracy konkursowe—artykuły w jakimkolwiek języku pisane, byleby wcześniej nigdzie nie były drukowane.— Z tego względu spodziewać się należy, iż wybór może być obfity, jeżeli zwłaszcza wiadomość rozszerzy się za granicą.

— **Dzieło p. t. „Choroby serca i tętnic”** D-ra WIDMANNY wydaje „Gazeta lekarska”. Jest to praca oryginalna, znanego już zaszczytnie z poprzednich prac autora; przy tem dzieło obejmuje do 23 arkuszy druku.

— **Dr. POUQUET** otrzymał od rządu francuzkiego medal złoty pierwszej klasy za pełną poświęcenia działalność podczas ostatniej epidemii cholery w Egipcie. (*Gazette medical* 29 grudnia 1883).

— **W szpitalu Saint-Louis** w Paryżu odbyło się wielkie przedstawienie teatralne na rzecz chorych tegoż szpitala, złożone z opery, baletów i t. p. Muzyka i słowa są utworem internów zakładu. (*Le Progrès Med.* 12 stycznia 1884).

— **Wydział lekarski w Paryżu** liczy w bieżącym semestrze 4207 studentów, w tej liczbie 45 kobiet; egzaminów odbyto w roku 1882[83] — 6076. Kandydaci zwykle byli słabi w fizyce, chemii, i naukach przyrodzonych.

(*Gazette méd. Paris* 29 grudnia 1883).

— **Nowa taksa aptekarska w Austrii** wydana została p. t. „Arzneitaxe für das Jahr 1884 und zum Anhang derselben vom Jahre 1878” i obowiązuje od 1-go stycznia r. b.

(*Wien. med. Blätter.* 1—1884)

— **Zamek „Pharo”,** który cesarzowa Eugenia podarowała była miastu Marsylii, ma być użyty na gmach wydziału lekarskiego; magistrat pomienionego miasta ofiarował na ten cel 1,200,000 franków.

(*Wien. med. Blätter.* 1—1884).

— **Stowarzyszenie aptekarskie zwane „National Retail Druggists' Association”** gorąco wzywa wszystkich aptekarzy do połączenia się z towarzystwem w celu walczenia wspólnymi siłami z szarlataneryją aptekarską i ze znizieniem przez kramarzy cen leków. W Stanach Zjednoczonych, powiada odezwa towarzystwa, istnieje 25000 aptekarzy; niech połączy się chociażby tylko 15000, a cel będzie osiągnięty. (*Deut. Amerik. Apoth. Zig.* 1884).

— **Komitet obradujący nad kwestyją felczerską** zebrał nader ciekawe dane, odnoszące się

do felczerów, oraz wyprowadził wnioski z takowych które może przyczynią się niemało do pożądanej reformy w układzie lecznictwa w kraju. Wiadomo, że komitet ów pozostał z inicjatywy p. Inspektora szpitali cywilnych w Warszawie, prof. Walthera.— Do składu komitetu weszli: prezes—Prof. Walther, D-rowie Kobylański (naczelnny lekarz szpitala Dz. Jezus), prof. Szokalski, ordynatorzy: Orłowski (prezes tow. lek.), Wójcikiewicz, Chwał, Inspektor zarządu lekarskiego gub. warsz. Siewruk, dyrektor szkoły felczerskiej Wilczkowski, wreszcie: Natanson, Jasiński, Białkiewicz, Kinderfeind i Langiewicz. Niezmiernie ważne w rezultatach swych było odbyte w październiku r. z. trzecie posiedzenie komitetu. Odczytało na niem przedewszystkiem odpowiedzi pp. inspektorów lekarskich ze wszystkich dziesięciu gubernij—na 18 pytań, zadanych przez komitet.

Pierwsze 5 pytań odnosiły się do statystyki felczerów. Z odpowiedzi pp. inspektorów pokazuje się, że w połowie r. 1883 znajdowało się we wszystkich 10-ciu gubernijach Królestwa polsk., oraz w Warszawie felczerów z rozmaitemi kwalifikacyjami—2200, w tej liczbie starszych — 1044, młodszych — 1156, w liczbie felczerów znajdowało się 1300 żydów.— Nadto w szkole i u cyruilków było 662 uczni, izb felczerskich wymieniono 874, z wojskowych szkół—przeważnie z półkowych—wykwalifikowano ogółem 120.—Przyпускаjąc, iż liczby te są cokolwiek mniejsze od rzeczywistych, wypadnie przyjąć liczbę felczerów 3000 (wraz z uczniami), a z tych 1500 starozakonnych. W samej Warszawie znajduje się (wraz z uczniami) 878 felczerów (uczni 248). Według statystyki zebranej przez ś. p. Nowakowskiego (nauczyciela szkoły felczerskiej); ubyłoby felczerów od r. 1876—1700.

Na zapytanie o zdolności felczerów odpowiedź pp. inspektorów brzmiała, iż z wyjątkiem małej liczby felczerów, którzy przez długi czas znajdowali się przy szpitalach, użytek z tych ludzi jest minimalny (t. j. z tych, którzy skończyli szkołę felczerską, lub złożyli egzamin w urzędach lekarskich, bo o niekwalifikowanych mowy być nie może); w wykonywaniu sekcji wprawy nie mają, do pomocy lekarzom są niezdatni, a dla postugi w dziedzinie higieny zupełnie się nie nadają. Szkodliwość zaś ich jest wielką, ponieważ dyskredytują godność sztuki lekarskiej i upośledzają warunki materialne lekarzy, a nadto szkodzą bezpośrednio ludności, wykonywując nieumiejętnie operacje i t. p.

Izba sądowa na zapytanie komitetu względem spraw sądowych o leczeniu nieumiejętnem odpowiedziała, iż od czasu zastosowania ustawy z r. 1864 w ciągu lat 5 skargi odnośnie należą do kompetencji sądów gminnych; w sądach okręgowych rozbie-rano tylko trzy tego rodzaju sprawy, w których jed-

nak felczerzy nie zostali osądzeni. Poprzednio zaś w okręgu dzisiejszej Izby sądowej rozбирano po 80 spraw odnośnych rocznie, czyli sądzono rocznie i felczera na 25.

Do pielęgnowania chorych felczerzy zupełnie nie są zdadni. — Zaufanie publiczności do nich, zdaniem pp. inspektorów zależy od rozmaitych okoliczności, z których na wymienienie zasługują: przyzwyczajanie ludności do felczerów, bardziej dostępny pojęciem ludności sposób leczenia, drożyzna leków przepisywanych przez lekarzy, taniosc pomocy (jakkolwiek często pozorna tylko), nazbyt pańskie zachowywanie się wielu lekarzy w obec klasy biedniejszej; wielu lekarzy odsyła biednych chorych do felczerów; wreszcie, że olbrzymią większość felczerów stanowiący żydzi, skłonni są do wszelkich obrotów komercyjnych. Większa szkodliwość felczerów ze szkoły pochodzących, polega na ich „ambieyi doktorskiej”, szkodliwość zaś mniej wykształconych uczni z izb felczerskich zależy więcej od ich przebiegłości.

Felczerzy więc, zdaniem pp. inspektorów lekarskich, są niepotrzebni.

Co zaś się tyczy pomocy lekarskiej na wsi w ogólności, to takowa po części przez lekarzy prowincjonalnych, po części w szpitalach bywa udzielaną. I lekarzy i szpitali jest nazbyt mało. Dziecięciu inspektorów bardzo słusznie dla tego nalega na zakładanie szpitali wiejskich. Niektórzy proponują układ lekarzy gminnych, lub analogicznych z „ziemskimi” w Cesarstwie.

Komitet, po odbytych debatach przyszedł do wniosku, iż fach felczerski skasowany być powinien. Wkrótce podamy czytelnikom wnioski odnośne towarzystwa lekarskiego, które idąc za przykładem prof. Walthera, podjęło również zupełnie niezależnie od komitetu odnośne poszukiwania i przyszło do wniosków w ogólności analogicznych.

— Warszawskie towarzystwo lekarskie.

Na posiedzeniu biologicznem 29-go stycznia r. b. miała miejsce w dalszym ciągu dyskusja nad projektem etyki lekarskiej. Tym razem poruszono kwestyję, która w istocie może zająć czytelników, albowiem dotyczy przynajmniej części bytu tak zwanych „lecznic tanich” o których ostatnimi czasy—rzadko pro, a często contra w rozmaitych organach się wyrażano. Wiadomo, że komitet, któremu polecono niegdyś opracowanie projektu etyki lekarskiej, kwestyję lecznic zupełnie opuścił. Dla tego przed ferjami towarzystwa polecono mu uzupełnić projekt tym ważnym działem, gdy mianowicie przy rozbie-

raniu kwestyi reklam na wniosok kol. Sokołowskiego, miano wprowadzić uzupełnienie paragrafu, zabraniającego lekarzom stałego reklamowania się w piśmiech.

Sprawozdawca, kol. Dobrski nadmienil, że komitet odbył jedno posiedzenie—„mielicze wprawdzie” na którym kwestyję tę poruszył, i przyszedł do wniosku, ażeby poprawę Sokołowskiego o reklamowaniu lecznic opuścić w całości. Wynikła ztąd dyskusya, w której przedewszystkiem zabrał głos autor poprawki, dowodząc, że reklamy lecznic oprócz taniosci, dla każdego z członków, niczem innym, a przynajmniej pod względem etycznym, się nie odznaczają od reklamowania w ogóle. Kol. Dobrski mniema, iż poprawkę należy opuścić z następujących względów: trudno jest przedewszystkiem określić, co uważać należy za ogłoszenie stale się powtarzające; są instytucje, które pomimo wszelkich paragrafów etyki ogłaszają się zawsze będą; względy konkurencyjne obecnie stoją na przeszkodzie wykonania paragrafu, a niewykonanie zatwierzonego artykułu odbiera całemu projektowi powagę. Przeciwno argumentom tym zauważa kol. Polak, że jakkolwiek trudno jest określić, co to jest ogłoszenie stale powtarzające się, wszakże i w innych paragrafach etyki ściśle określil brak czuć się daje, a nadto ogłoszenia lecznic są niewątpliwie stale powtarzające się, że instytucje inne mogą się stale ogłaszać, okolicznosc ta nie ma żadnej styczności z kwestyją etyki, albowiem wówczas właśnie kodeks straciłby raczej poważanie. Kol. Hering zauważa że ogłoszenia lecznic szkodliwe są, dając sposobność, fałszywego uchodzenia za specjalistę w tym lub o-wym dziale terapii. Kol. Dobrski twierdzi, na co się i kol. Sokołowski zgadza, że poprawka dotyczyć powinna również ambulatoryów szpitalnych i innych. Po krótkiej jeszcze dyskusyi poprawka kol. Sokołowskiego przyjętą została.

SPROSTOWANIE.

W 2-gim numerze Kroniki Lek. zauważono następne omyłki—na str. 85, w 6-ym wierszu od góry: zamiast „ogniska” czytaj: „odcinku”; na str. 88-iej wiersz 3 od góry: zamiast: „osuszania” czyt. „rozszierzania”.