

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

## Z KAZUISTYKI SZPITALNEJ.

PODAŁ

*Dr. Józef Piotrowski.*

---

Jak wiadomo, zapalenie opłucny uważamy dzisiaj za wyraz zakażenia ustroju. Niema prawie choroby zakaźnej, do której nie mogłoby się dołączyć zapalenie opłucny. Po za t. zw. reumatycznymi zapaleniami tej błony surowiczej zakażenie najczęściej idzie od płuc, z sąsiedztwa, wogóle per continguitatem. Nic dziwnego, że w tym względzie największe znaczenie etyologiczne mają gruźlica i zapalenie płuc włóknikowe. Zajęcie opłucny w krupowym zapaleniu płuc należy do częstych i ogólnie stwierdzonych objawów. Możemy tu odróżnić trzy sposoby występowania tych objawów: 1) pleuritis występuje z pneumonią mniej więcej jednocześnie (pleuropneumonia), albo też 2) pojawia się następczo już w okresie rekonwalescencji (pleuritis metapneumonica), wreszcie 3) czasami zakażenie pneumokokowe, nie wywołując zapalenia płuc, lokalizuje się w opłucny, jako pleuritis pneumococcica.

Pod względem anatomo-patologicznym takie zapalenia przybierają najrozmaitsze natężenia i przejścia, począwszy od przekrwienia, którego jeszcze nie uważamy za powikłanie, aż do wysięku o charakterze mniej lub więcej ropnym; sprawy te więc mogą obejmować wszystkie zwykłe formy wytworów zapalnych (pleuritis fibrinosa, serosa, haemorrhagica i purulenta). Te wysięki ropne, podług staty-

styki E. Aufrechta z 1½ tysiąca wypadków krupowego zapalenia płuc, wypadają w odsetkach 1.6%. Takie rzeczy zależą zapewne od jakiejś chwilowej *właściwości* (niezwykłej siły) *zarazka*. Na sali 32-iej w szpitalu Dzieciątka Jezus zdarzyły się w roku zeszłym prawie równocześnie dwa przypadki tego rodzaju, które poniżej przedstawiam w krótkości.

Jan P., lat 17, uczeń felczerski, zachorował nagle 12/V 1898 z rana: parokrotne dreszcze i ból głowy, następnie w nocy miał wymioty żółciowe, a nazajutrz przyłączył się i ból w prawej piersi. Badany 14/V skarży się przedewszystkiem na ból głowy. Od początku choroby leży w łóżku i kaszle, głównie rano, plując niewiele. Apetytu niema, stolec zaparty. Dawniej w dzieciństwie przebywał jakoby varicellae, zresztą był zdrow.

*Status praesens.* Budowa dobra, odżywianie średnie, cera zwykła. P. 108 (dicrotus). R. 32. Temperatura gorączkowa. Język bardzo obłożony.

Przy ruchach oddechowych *prawa* połowa klatki piersiowej bierze mniej udziału od lewej. W dolnych częściach prawego płuca względne stłumienie (z przydźwiękiem bębnowym), a granica płucnego odgłosu o jedno żebro wyżej w porównaniu z lewym.

Granice lewego płuca normalne, oddech pęcherzykowy, trochę zaostrozony.

Nad prawem płucem szmer oddechowy wogóle osłabiony. Na poziomie sutki od przodu ku bokowi wydech czasami wpada w oskrzelowy z bronchofonią; gdzieś tam drobne rżenia wilgotne. Drżenie z przodu i z boku nieco wzmożone, ale nad ostatnimi żebrami zwłaszcza ku tyłowi, naodwrot, osłabione; tamże aegophonia.

Plwocina pienista, lepka, w jednym miejscu krwawa.

Tony serca czyste, — nad aortą i pulmonalis drugie tony wzmacnione.

Śledziona i wątroba nie wyczuwają się.

Brzuch na ucisk czuły, bez bliższego umiejscowienia. Niektóre nerwy także nadszły, jak peronei, niektóre międzyżebrowe, głównie z lewej strony, z teje — łopatkowy i plex. cervico-brachialis. — Za pomocą próbnego przekłucia wyciągnięto z pod kąta łopatki pełną szprykę płynu ropnego, jasno-żółtego z zielonawym odcieniem. Płyn ten pod mikroskopem wykazuje ogromną ilość ciałek ropnych, przedstawiających się na barwionych preparatach, jako wielojądrowe leukocyty (80%); niewiele przytem widać, przeważnie większych rozmiarów, jednojądrowych ciałek. Na tychże zrzadka udaje się dojrzeć drobne kokki i diplokokki.

Mocz nieobfity, stężony, ciężar gat. 1024, odczyn kwaśny, białka ślady.

15/V. Stłumienie odgłosu wypukowego ponad dolną tępością prawie zginęło. Szmer oddechowy pod pachą na poziomie sutki (jak wczoraj) czasami, szczególnie przy głębokim wdechu i kaszlu, przyjmuje charakter oskrzelowy; tamże rzadkie trzeszczenia i wzmożone drżenie.

16/V. P. 84. R. 24. Ani trzeszczeń, ani oddechu oskrzelowego nigdzie nie słyhać. W okolicy prawej sutki zaostrozony oddech i wzmożone drżenie.

18/V. Tępość o 1 ctm. niżej od początkowego stanu. Wydobyta za pomocą przekłucia u dołu pod łopatką ciecz (pół szpryki), zarówno makroskopowo, jak i mikroskopowo, robi wrażenie surowiczopropnej. Jest żółtawa, mętna, nie krzepnie; zawiera już daleko mniej leukocytów wogóle, a wielojądrowych w stosunku do limfocytów w szczególności; ostatnie liczebnie przeważają.

Dość dużo czerwonych krążków.

19/V. Stan bezgorączkowy. Mocz przeszedł 1½ litra, barwy ciemnej; mętnawy, kwaśny, o ciężarze gat. 1018, białka nie zawiera ani śladu. Wypukowe granice prawego płuca u dołu zaledwie na 1 ctm. wyżej normy.

21/V. Przekłucie (w temże miejscu, co poprzednio) dało parę kropeł mętnego płynu, w którym prawie wyłącznie okazały się erytrocyty. Nie znać już różnic wypukowych, ani oddechowych między obiema połowami klatki piersiowej.

22/V. Suchy kaszel. Periostitis alveolaris (przeszło bez ropienia).

23/V. Chory skarży się na ból w krzyżu. Nerwy lędźwiowe czułe na ucisk, głównie lewostronne. Ból ten po paru dniach ustąpił.

27/V. Wypisany w pełni rekonwalescencji.

Hodowle agarowe w termostacie z wysięku, dobytego dn. 14/V wykazały z dwóch próbek tylko w jednej i to po 2-ech dniach delikatny rozlany nalot z mikrokokków, przeważnie dwoinek. Hodowle te, przeszczepione na agar i żelatynę w temperaturze pokojowej bardzo powoli się rozwijają i nie rozpuszczają żelatyny.

Hodowle z następnych przekłuć próbnych (dn. 18/V i 21/V) wypadły zupełnie ujemnie.

W powyższym przypadku, pomijając nietypowy przebieg choroby, chcę zatrzymać się tylko i zwrócić uwagę czytelnika na ów wysięk w opłucnej, przedstawiający, niewątpliwie, wszelkie cechy ropy.

Z podanej na początku klasyfikacji zajęcia opłucny w związku z zapaleniem płuc wynika, że przypadek nasz nie da się, właściwie mówiąc, ściśle pomieścić w jeden z tamtych poddziałów: należy on i do 1-ej i do 2-ej formy. Rozbierając mianowicie wszystkie objawy kliniczne, możemy się nań w ten sposób zapatrywać, że chory obok poronnej postaci pneumonii miał jednocześnie ropne zapalenie opłucny, z dziwnie łagodnym i szybkim przebiegiem.

Ropny ten wysięk opłucny, będący w niewielkiej coprawda ilości, wessał się całkowicie. Czy i w jakim stopniu mogło na to wpłynąć przekłucie próbne, trudno byłoby przesądzać, faktem jest natomiast powolna *metamorfoza ropy, przemieniającej się w płyn o charakterze coraz bardziej krwawym i surowicznym*. Ciąłka ropne ustępują z pola (giną?), a zjawiają się duże limfocyty oraz erytrocyty, i wreszcie wszystko przechodzi bez śladu, następuje zupełna *restitutio ad integrum* functionem et valetudinem completam.

W opisanym przypadku możnaby się nawet spierać o to, czy naprawdę była tam pneumonia, a jeżeli była, to jakiego mianowicie pochodzenia, albo też czy nie mieliśmy do czynienia z *zakażeniem mieszanem*. W każdym razie wyniki badania bakteriologicznego nie dostarczyły nam bynajmniej dowodu, że było to czyste zakażenie pneumokokkowe (t. zw. „pneumococcie“ francuskich autorów). Dodatnie wyniki hodowli, otrzymane po za termostatem, każą domyślać się jakiejś domieszki.

To samo stosuje się i do następnego przypadku, zbliżonego do pierwszego zarówno co do obrazu i przebiegu choroby, jak i nawet co do wieku pacjenta i czasu zachorowania.

Konstanty K., lat 19, kowal, przybył na oddział dn. 19/V 1898 r. Przed 4-ma dniami w nocy dostał nagle dreszczów, zrana miał silny ból głowy. Pomimo tego jeszcze poszedł do kościoła (niedziela), skąd wróciwszy i czując silną gorączkę, położył się najprzód w piwnicy, potem do łóżka. Głównie czuł ból w dołku przy kaszlu i głębokim oddechu, mniej już w lewym boku i w prawej łopatece. Chory stracił siły i apetyt. Zaparcie stolca. Nieznaczny kaszel. Od onegdaj wyprysk na ustach.

*Status praesens* febrilis. Silna budowa ciała, cera i odżywianie dobre. P. 92. R. 16. Język obłożony.

Obfity herpes labialis, nasalis, facialis i palpebralis (obu powiek) z prawej strony; herpes lab. sup. i palp. inf. z lewej strony.

Przy oddechaniu płuco *lewe* mniej się porusza.

U dołu z tyłu z tejże strony od X-go żebra odgłos wypukowy wyższy, słaby oddech oskrzelowy, bronchophonia; drżenie nieco słabsze. Przekłucie próbne dało pół szpryki mętnego, ropnego płynu, zawierającego pod mikroskopem mnóstwo ciałek wielojądrowych i dość dużo wielkich jednojądrowych.

Plwocina skąpa, pienista, dość lepka.

23/V. P. 92. R. 28. Objawy u dołu lewego płuca nieco mniejsze. Nad kątem lewej łopatki tarcie opłucny od czasu do czasu. Za to z prawej strony na wewnątrz grzebienia łopatki stłumienie, wyraźny oddech oskrzelowy, bronchophonia i krepitacje przy kaszlu. Pod pachą odgłos wypukowy z lewej strony niższy;  $\frac{1}{4}$  kufła plwociny krwawej, lepkiej. Mocz mętny, o ciężarze właściwym 1022, zawiera nieco białka. Przekłucie opłucny dało zaledwie kroplę krwawego, gęstego płynu.

Objawy fizykalne nad górnym zrazem prawego płuca przez następne dwa dni jeszcze się wzmogły (pneumonia croup. sup. dextra), aż 7-go dnia choroby w nocy na 26-ty nastąpił przełom, a objawy fizykalne znacznie zmalały. Liczne trzeszczenia nad górnym prawym płatem, trochę słychać ich i u dołu lewego płuca. Już 30/V objawy fizykalne zginęły. Tętno wolne, do 40 na minutę.

1/VI. Wypisał się zdrów. P. 48.

Hodowle z wysięku na agarze w termostacie dały nazajutrz białą, ograniczoną, wązki, gruby pokład, składający się z mikrokoków (przeważnie diplokoków). Przeszczepione te hodowle rosną i w żelatynie, nie rozpuszczając jej, oraz na agarze — w temperaturze pokojowej. Wzrost ich od następnego dnia—bardzo powolny.

W przypadku powyższym, w którym objawy ze strony opłucny były mniejszego natężenia, acz podobne, jak w pierwszym, musimy przypuścić, że ta sama przyczyna wywołała z lewej strony pleuritis, a z prawej pneumonię. Takie obustronne zakażenia uważamy zwykle za ciężkie, a jednak w przeciwieństwie do tego przebieg choroby był wyjątkowo pomyślny.

Ogólny stan chorego jak niemniej obfity herpes, uważany za oznakę pomyślną <sup>1)</sup>, przemawiały za postawieniem dobrego rokowania, które też sprawdziło się.

Powróćmy jednak jeszcze do owego ropienia w opłucny.

---

<sup>1)</sup> Por. K. Zaleski. „Kilka uwag o zapaleniu płuc włóknikowem.“  
Gaz. lek., 1898, № 36—38.

Kwestyę wysięków ropnych pneumonicznego pochodzenia szczegółowo przedstawił Netter <sup>1)</sup>, który też głównie zwrócił uwagę na względną łagodność tych wysięków, pomimo ich charakteru ropnego. U nas etiologię (bakteryjną) wysięków opłucny opracował Jakowski <sup>2)</sup>, który między innymi przyszedł do wniosku, że empyematy, występujące przy lub po zapaleniu płuc zależą przeważnie od pneumokoków Fraenkla, najczęściej występujących w nich bez innych drobnoustrojów. „Wogóle zapalenia opłucny, zależne od pneumokoków Fraenkla, przebiegają łagodniej, niżli zależne od ropotwórczych, lub kombinacji jednych i drugich.“ Swoją drogą w jednym pneumokokowym empyemacie autor widział zejście śmiertelne skutkiem następczej zgorzeli płuc.

Z jednej strony możemy mieć zakażenie mieszane (zarówno ropotwórczych, jak i innych drobnoustrojów) bez ropienia, z drugiej znów — nawet sam pneumococcus może wywołać ropienie (t. zw. „fakultativer Eitererreger“).

Pod tym względem ma on pokrewieństwo z lasecznikiem tyfusowym. Świeżo spotkałem się w bieżącej literaturze niemieckiej z komunikatami o ropnem zapaleniu opłucny, wywołanem specjalnie przez laseczniki Eberth'a. Fraenkel <sup>3)</sup> widział na 500 przypadków tyfusu dwa empyematy czysto-tyfusowe, które nastąpiły też bezpośrednio po nacieczeniu pneumonicznem. W jednym z nich nastąpiło samoistnie wyzdrowienie. D. Gerhardt <sup>4)</sup> opisuje przypadek tyfusu, w którym na początku okresu rekonwalescencji wystąpiła obustronna pneumonia, poczem z lewej strony wytworzył się wysięk, z początku surowiczny, który w kilka dni przeszedł w czysto ropny. Od początku wyhodowano w nim wyłącznie laseczniki tyfusowe. W owym czasie chory nie miewał ani kaszlu, ani plwociny, a ropa powoli wessała się całkowicie. Przed paru laty znów zdarzył się na oddziale u nas przypadek popneumonicznego ropnia w kolanie, z którego w pracowni kol. Jakowskiego wyhodowano pneumokokki. I tutaj nastąpiło samowyleczenie.

<sup>1)</sup> Bull. et mém. de la soc. med. des hôp. de Paris, 1889; Sem. médic., 1890 etc.

<sup>2)</sup> Gaz. lek., 1892, № 11—12.

<sup>3)</sup> Deutsche med. Woch., 1899, № 15—16, ob. str. 254.

<sup>4)</sup> „Ein Fall v. Typhusempyem mit spontaner Resorbtion.“ Mitt. a. d. Grenzgeb d. Med. u. Chir., 1899, T. V, str. 105.

Blizsze warunki takich różnic od zwykłego trybu nie są nam znane. Właśnie na skutek ogłoszonych w literaturze przypadków empyematów meta-pneumonicznych, to łagodnych, samoleczących się, to, naodwrot, bardzo nawet złośliwych, powstały różnice zapatrywań względem rokowania i leczenia resp. wskazań operacyjnych. Chodzi bowiem o wyjątek od reguły, że ropa wessać się nie może, lecz musi znaleźć ujście, które zatem należy jej nożem przyspieszyć.

Ludwik Ferdynand Bawarski <sup>1)</sup> w obszernej swej pracy radzi w analogicznych przypadkach czekać najwyżej 3 tygodnie, poczem przystąpić do punkcyi lub rezekeyi, tak samo Stinzing ostrzega przed zbyt niemi zwlekaniem z operacją, a już Rosenbach doradza bezwzględnie drogę operacyjną.

Ostatnio Vierordt <sup>2)</sup> wystąpił w tej kwestyi. Zaznacza on, że empyematy pneumokokowe nie mają tendencyi do przebicia się ani nazewnątrz, ani do płuca. U dzieci, jak wynika z jego spostrzeżeń, te empyematy są niebezpieczniejsze. Wogóle zaś powiada, żeby po przełomie choroby nie zwlekać z operacją i nie robić żadnej różnicy między empyematami pneumokokowymi a innymi, gdyż w przeciwnym razie ryzykujemy bardzo wiele.

Zdaje mi się jednak, że trudno w takich przypadkach stawiać obowiązujące reguły, lecz pilnie baczyć na przebieg choroby, nie przystępując natychmiast do operacyi, jakby wynikało z zapatrywań Rosenbacha i Vierordta oraz wielu chirurgów. Szczegółowe rozważenie danych klinicznych (etyologia, czas trwania i przebieg, stan sił i t. p.) i wybór najodpowiedniejszej metody leczniczej stanowi właśnie sztukę lekarską w każdym poszczególnym przypadku.

— 3 • 2 —

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

533. Dr. Krabbel. O wycięciu śledziony na skutek pęknięcia podskórnego tego narządu. (Deut. med. Woch., № 36, 1899).

Wycięcie śledziony należy i dziś jeszcze do operacyi bardzo rzadkich. Jak widać ze statystyki przypadków odnośnych, w któ-

<sup>1)</sup> Arch. f. kl. Med., 1892, t. 50.

<sup>2)</sup> Arch. f. kl. Med., 1899, t. 64.

rych rękoczyn ten podejmowano wobec przerostu omawianego narządu i jego guzów (torbiele, bąblowice, guzy białaczkowate), oraz skręcenia się szypuły tychże lub w razie nieprawidłowej ruchomości (śledziona wędrująca), wyniki zabiegu nie są dobre, gdyż śmiertelność dochodzi do 89%, przyczem zejście niepomyślne otrzymywano bądź na stole operacyjnym jeszcze, bądź też wkrótce po operacji z krwotoku, rzadziej na skutek zapalenia otrzewny. Stan rzeczy jednak przedstawia się nierównie pomyślniej tam, gdzie operację podejmowano w razie zranienia narządu, chociażby rana powikłana tu była wypadaniem śledziony na zewnątrz i uszkodzeniem innych części miękkich. W razach tych dokonywano bądź wyłuszczenia śledziony całkowitego, bądź też rezeceji części wypadającej i tu, jak doświadczenie poucza, pomoc chirurgiczna bywa bardzo skuteczną. — Ledderhose wykonał 10 takich rezeceji z wynikiem pomyślnym stale, oraz 18 szczęśliwie przeprowadzonych wyłuszczeń, Edler operował w 23-ch przypadkach, gdzie śledziona zranioną została narzędziem ostrem i wyzdrowienie otrzymywał zawsze. Co innego widzimy znowu widzimy w przypadkach pęknięcia śledziony podskórnej, to bowiem najczęściej sprawa kończy się śmiercią poszkodowanego i nie wielu tylko chirurgom udało się zapobiedz tejże drogą zeszywania rany lub ekstyrpacji v. Beck z Karlsruhe zebrał 6 spostrzeżeń tego rodzaju z zejściem niepomyślnem w 5, Pitts i Ballance omówili na posiedzeniu Londyńskiego Towarzystwa lekarskiego również 6 przypadków, z których w 3-ch zdołano osiągnąć wyzdrowienie. Autor pracy niniejszej, dr. Krabel, miał na 9 wyłuszczeń 4 pomyślne, Bardenheuer wreszcie — 2 zakończone niepomyślnie, z tych w jednym śmierć nastąpiła 14-go dnia po operacji wskutek wytworzenia się podprzłonowego ropnia.

Spostrzeżenie, przytoczone w pracy autora, dotyczy 9<sup>1/2</sup>-letniego chłopca, który, jeżdżąc z figłów po poręczy schodów, spadł z wysokości połowy piętra i uderzył się brzuchem o stopień. Wkrótce po wypadku chłopiec ów miał dwa razy wymioty i narzekał na ból w połowie prawej brzucha, oraz w karku. Podczas badania w szpitalu, co miało miejsce we dwie godziny później, oprócz niezwyklej błądności i ochłodzenia się powłok zewnętrznych, przyspieszonego tętna i utrudnienia oddechu, stwierdzono wzdęcie bolesne na dotyk brzucha, zwłaszcza po stronie prawej, oraz stłumienie odgłosu wypukowego w dolnych jego częściach. Gdy w cztery niespełna godziny tętno zaczęło się pogarszać, wzmagać zaś osłabienie ogólne, przystąpiono do wykonania laparotomii w celu odszukania źródła krwotoku wewnętrznego; po zastosowaniu mieszanej etero-chloroformowej narkozy i otwarciu jamy otrzewnowej usunięto z tejże ilość pewną krwi ciemnej, wypływającej, o ile zdawało się na pozór, z pod wątroby. W mniemaniu, że chodzi tu o tej ostatniej rozdarcie, do cięcia brzuszego dodano drugie, przebiegające wzdłuż brzegu dolnego klatki piersiowej; ale obie powierzchnie wątroby: górna i dolna były nietknięte, jak również i nerka prawa, uszkodzoną zaś była, jak przekonano się za pomocą wymacywania, śledziona, która rozpadła się na kawałków kilka. Wobec groźnego z tejże krwawienia trzewia wy-



dożyto czempredzej na zewnątrz, poczem zobaczono dokładnie, że dwa odłamy, będącego w mowie, narządu leżały w jamie brzusznej luzem, trzeci zaś kawałek największy i krwawiący potężnie wisiał na wnące i ten też, po nałożeniu na nią podwiązki, wycięto doszczętnie. Ranę wytamponowano, na ściany brzuszne nałożono szew, dalej — opatrunek uciskający, zastrzyknięto wreszcie operowanemu litr roztworu fizyologicznego soli kuchennej, co powtórzono raz jeszcze trzeciego dnia po zabiegu. Po upływie dni czterech chory pił już mleko i znosił je dobrze, dnia zaś szóstego przeprowadzono badanie krwi, które oznaczyło zawartość hemoglobiny na 60%, ilość kulek czerwonych na 2,800,000, białych—9,000; dnia 9-go ilość tych ostatnich już nie zwiększała się, odsetka hemoglobiny doszła do 65, rana operacyjna goiła się szybko, a operowany po upływie niecałego miesiąca wypisany został ze szpitala w zadawalniającym zupełnie stanie ogólnym.

Pęknięcia śledziony w przypadkach stłuczenia brzucha następują daleko częściej, niż możnaby to przypuszczać z teoretycznego punktu widzenia; powikłanie to jest tam zwłaszcza na porządku dziennym, gdzie narząd ten chorował już przed urazem. Jak obliczył w pracy swej Edler, warunek ów usposabiający udało się stwierdzić w 28% przypadków pęknięć podskórnych; w ciągu swojego dwuletniego przeszło pobytu w Indyach Wschodnich Playfair znalazł je u 20 zmarłych na białaczkę osobników, Nussbaum zaś w pracy swej przytacza, że ułicznicy chińscy w bójkach swych miażdżą sobie wzajemnie śledzionę nader łatwo za pomocą zwykłego ucisku okolicy tejże paluchem. Pęknięcia te goją się też niekiedy samoistnie, bo znajdowano nieraz blizny na narządzie podczas oględzin pośmiertnych. W kierunku tym przeprowadzili badania na psach i szczurach Mayer i Philippeaux, rozcinając śledzionę zwierząt tych na dwie połowy i rezekując z każdej strony po kawałku, poczem rany narządu zasztywno katgutem; u psów, które zabieg taki przetrwały, w większości przypadków znajdowano później ranę śledziony zagojoną zupełnie; nie w istocie zetem zabiegu operacyjnego tkwi trudność ciała ratowania chorych. Kłopotliwym jest więcej określenie wskazań do rękoczynu w porze właściwej, nie łatwo bowiem u osobnika, wycięzionego krwotokiem i z tętnem marnem zdecydować się na podjęcie laparotomii, choć wie się dobrze, że w przypadkach tego rodzaju jest dla chorego ratunkiem jedynym.

*K. Niedzielski*

534. Dr. Tedor Kocher (Bern). **Całkowite wycięcie żołądka i wycięcie poprzeczniczy.** (D. Med. Woch., № 37, 1899).

U 44-letniej pacjentki autor wykonał z powodu raka całkowite wycięcie żołądka, tudzież wycięcie poprzeczniczy na rozległości 12 ctm. Operacja z powodu licznych zrostów z sąsiednimi organami była trudna i trwała 3 godziny. Mimo to stan chorej po ukoń-

czonej operacji był niezły. Następnego jednak dnia wystąpiło przyspieszenie tętna w dalszym ciągu ruchy gorączkowe, objawy zapalenia otrzewny miednicowej, zapaść i śmierć po 6 dniach.

Sekcyja, wykonana przez prof. Langhaus'a, wykazała wysięk surowiczy w lewej opłucny, ropne zapalenie otrzewny i rozległą (40 ctm.) zgorzel błony śluzowej kiszki cienkiej (ileum). Zatorów lub zakrzepów w naczyniach kiszkowych nie znaleziono. Serce, płuca, wątroba, śledziona i nerki zmian wybitniejszych nie przedstawiały. Szwy trzymały dobrze.

Oprócz tego przypadku z zejściem śmiertelnym, autor obserwował w klinice berneńskiej dwa inne, pomyślnie zakończone, które przebiegały bez objawów zajęcia otrzewny, lecz z powikłaniem długo trwającą zapaścią i krwotokami z kiszki stolcowej w dniu 6 i 8 po operacji. Oprócz zapalenia otrzewny, jak zauważono w ostatnich czasach; poważnym niebezpieczeństwem dla chorych po laparotomii jest możliwość powstawania zakrzepów w żyłach krezkowych, wywołujących krwotoki, na co zwracał uwagę v. Eizelsberg na ostatnim zjeździe chirurgów w Berlinie. Kocher sądzi, że zakrzepy te są bezwątpienia częste, w danym jednak wypadku nie podobnego nie było. Ponieważ szwy trzymały zupełnie dobrze i największe zmiany w otrzewnie były zdala od miejsca operacji, bo w małej miednicy naokoło pętli dotkniętej zgorzelą. Autor zgodnie z Langhaus'em daje następujące wyjaśnienie: Cohnheim w swej pracy „Badania nad zatorem“ 1872 roku zwrócił uwagę na wrażliwość kiszki na krótkotrwałe zaburzenie w krążeniu krezkowym, zwłaszcza żylnem. Otóż, zdaniem autora i Langhaus'a, podobne do doświadczeń Cohnheim'a warunki mogą powstać podczas operacji przy długotrwałem pociąganiu lub uciskaniu dużych naczyń krezki, chociażby nawet zupełne zamknięcie światła naczyń nie miało miejsca. Zgorzel kiszki, poczynając się zwykle od błony śluzowej, może dojść lub nie do otrzewny i powikłać się jej zapaleniem lub przebiegać bez tegoż, w każdym jednak razie wywoła zapaść i może dać ruchy gorączkowe, przypisywane zwykle nieznacznemu ognisku zapalnemu w płucach. Następnym tej zgorzeli są również krwotoki kiszkowe, występujące 6 do 8 dnia po operacji, — w czasie oddzielania się części uległej zgorzeli, Kocher przypuszcza, że wiele wypadków ograniczonej zgorzeli błony śluzowej kiszki nie zostało rozpoznanych.

Ażeby podobnego powikłania uniknąć, autor proponuje zwracać baczną uwagę na następujące okoliczności podczas operacji: 1) o ile możności nie ciągnąć mocno za zrosty w okolicach podstawy krezki lub mesocolonu, lecz je najpierwej usuwać; 2) robić spore przecięcia w ścianach brzusznych, ażeby w zbyt szczupłych wyciągnięte krezki nie ulegały zaciśnięciu; 3) pilnie baczyć, ażeby przy ograniczeniu pola operacyjnego od reszty jamy brzusznej nie wywierać zbyt silnego ucisku przez kompresy lub gąbki na krezkę.

A. Grużewski.

## II. Choroby kobiece.

535. Otto Küstner. O ciąży zewnątrzmacicznej. („Ueber Extraterinschwangerschaft.“ Samml. Klin. Vorträge, № 244/245, 1899).

Na zasadzie 116 przypadków ciąży zewnątrzmacicznej, operowanych przez siebie, jak również i doświadczeń na zwierzętach, dokonanych przez siebie i innych autorów, K. odrzuca dawniejszą etyologię tego cierpienia — grube mechaniczne przeszkody na drodze do jamy macicy, jako to: polipy jajowodów, zagięcia jajowodów, przemieszczenie jajników przez zrosty otrzewnowe, nie odgrywają tak rozstrzygającej roli, jak to sądzono dotąd. Jajo, pomimo tych przeszkód, dostaje się do prądu płynu wewnątrzotrzewnowego i przenika do macicy. Jeszcze dawniej dopatrywano się przyczyn w sprawach zapalnych połogowych i tryprowych w obrębie jajowodów i jajników, lecz również na drodze mechanicznej. Tymczasem obecnie sprawa ta tłómaczy się w inny sposób. Sprawy zapalne jajowodów dają nacieczenia komórkowe w ich ścianach, krwawienie z błony śluzowej (K. nazywa to salpingitis haemorrhagica); zmiany w jajnikach przedstawiają się jako: oophoritis corticalis, hydrops folliculi, rozwój torbieli surowicznych. Patologiczne jajniki produkują patologiczne jaja (Kossmann). Prawidłowe jaje, otoczone obwódką komórkową, discus oophorus, traci otoczkę dopiero w macicy i wtedy posiada lepkość, utrzymującą je w jamie macicy, tymczasem jajo chorobliwe traci już zawczasu otoczkę i w jajowodzie posiada niezbędną dla usadowienia się lepkość. Według Mandl'a i Schmit'a, jajowód ze zdrową błoną śluzową nie jest odpowiedni do zagnieżdżenia się jaja, prawdopodobnie, wskutek braku odpowiednich warunków odżywczych na zdrowej błonie śluzowej, czy to wskutek utraty rąbka rzeskowego na nabłonku na pewnej przestrzeni, czy też, że zapalenie wskutek łatwego dopływu krwi daje warunki odżywcze, czy też, że wwdrowanie jaja do jajowodu sprowadza wkrótce krwotok, a stąd i przedczesne przerwanie ciąży.

Jajo może się usadowić w każdym odcinku jajowodu.

Autor nie przyznaje istotnej ciąży jajowodowej międzywiązadłowej: jajowód, rozciągnięty przez zawartość, rozsuwa listki wiązadła szerokiego i szczelnie przylega do tylnego listka, drobnowidz wykazuje jednakże między nimi komórki endotelialne.

W przebiegu ciąży jajowodowej zachodzą rozmaite możliwości. Zaraz po zagnieżdżeniu się jaja następuje na miejscu przyczepu krwawienie znaczne lub mniej znaczne, powtarza się ono lub też nie. Krew rozciąga ściany jajowodu i wylewa się przez otwór brzuszny lub też silnie rozciągnięty jajowód pęka i szczególnie w tym wypadku mamy silny wylew krwawy do jamy otrzewnowej. W razie mniej obfitego krwawienia krew zbiera się głównie z tyłu macicy lub też, zależnie od umiejscowienia brzuszno końca jajowodu, przed macicą, na obwodzie wylewu krew krzepnie i daje obraz kwi steku

(haematoceale netro-, ante-resp. periuterina). Nadzwyczaj rzadko się zdarza, aby zaraz na początku powstałe krwawienie nie spowodowało śmierci płodu. Autor zaznacza, że tak zwane poronienie jajowodowe jest o wiele częstsze od pęknięcia jajowodu (na 59 poronień znalazł 16 pęknięć, Fehling na 71 poronień — 9 pęknięć, Mandl i Schmit na 56 poronień — 11 pęknięć). Przyczyną pęknięcia było w kilku przypadkach autora badanie dwuręczne chorej. Przerwanie ciąży jajowodowej i stosunkowo bardzo rzadkie donoszenie płodu nie jest przypadkowym, lecz polega na wytworzonych stosunkach anatomicznych. Staranne badania drobnowidzowo-anatomiczne F. Kühn'ego wykazały, że przy ciąży zewnątrzmacicznej nie wytwarza się refleksa, ani nawet właściwa vera, kosmki wrastają w rozszerzone naczynia jajowodowe, jajo więc nie posiada otoczki obronnej i fizjologiczne bierne ruchy jajowodu spowodują pęknięcie zatok (sinus) jajowodowych, niewielkie krwawienie może spowodować dalsze pęknięcie. — Autor zaprzecza możności skurczów ściany jajowodowej, rozciągniętej do grubości papieru i nasiąklej krwią, muskulatura ściany jajowodu odgrywa rolę bierną; ataki bólów tłómaczy autor jako wrażenia wskutek rozciągnięcia jajowodu i zadrażnienia otrzewny. Obfite krwawienie do jamy otrzewnowej, zwykle towarzyszące pęknięciu ściany jajowodu, spotykał autor również niekiedy i przy poronieniu jajowodowym.

Rozpoznanie ciąży zewnątrzmacicznej nie zawsze bywa łatwe wobec braku klasycznych oznak ciąży. Jeżeli ciąża przekroczyła 5-ty miesiąc i płód żyje — konstantowanie płodu obok powiększonej macicy, w razie potrzeby, w uspieniu; jeżeli niema 5-go miesiąca i ciąża nieprzerwana — odpowiednio powiększony guz obok również powiększonej i charakterystycznie miękiej macicy i wywiady (zatrzymanie miesiączki). W najgorszym razie wielkość guza sprowadzi coeliotomię i wtedy znajdzie się zewnątrz macicy worek płodowy. K. odrzuca wyskrobanie błony śluzowej macicy, jako środek rozpoznawczy, uważając zabieg ten za zbyt ciężki i niezupełnie bezpieczny. Autor miał 2 przypadki ciąży macicznej, które wskutek skręcenia trzonu i umocowania go zrostami otrzewnowymi robiły wrażenie ciąży zewnątrzmacicznej, badanie w uspieniu przez odbytnicę usunęło wątpliwości. Jeszcze trudniejsze jest rozpoznanie w razie przerwanej ciąży zewnątrzmacicznej, wtedy należy konstantować nie wytwór ciąży, lecz zmiany wynikłe wskutek zniszczonego i wadliwie usadowionego jaja. Z jednej strony macicy wyczuwa się guz obok lub też z tyłu, z drugiej strony przyrostki również są zgrubiałe, dalej w jamie Douglasa wyczuwa się krwistek chelboczący, który odsuwa macię ku przodowi i ku górze, lub też Douglas jest wolny — rozpoznanie różniczkowe z jedno lub obustronnem zapaleniem przydatków. Podporą w rozpoznaniu służą: wywiady i nakłucie próbnego za pomocą szprycy pod kontrolą palca w sklepieniu pochwy na miejscu chelbotania. W sprawach zapalnych przydatków krwawienia z narządów płciowych, nieraz bardzo obfite, zatrzymują typ miesięczkowy, zatrzymanie zaś miesiączki na jakiś czas i następne dopiero krwawienie jest właściwe przerwaniu ciąży. Niekiedy myślą i tego

rodzaju wywiady, nieraz gonorrhoea wstępuje do jajowodów przy poronieniu, krwawienie, towarzyszące poronieniu, trwa nadzwyczaj długo, jako objaw przyłączających się do poronienia metritis i salpingitis gonorrhoeica, badanie wykazuje zmiany wspólne ciąży jajowodowej i obustronemu adnexitis. W tych przypadkach szczególnie należy określić rozpoznanie przy pomocy próbnego nakłucia.

W razie przerwanej ciąży zewnątrzmacicznej mamy w szpryce krew świeżą lub starą (koloru brunatno-czerwonego), ropa decyduje o adnexitis ropnem. Nieraz i nakłucie nie wyjaśnia rozpoznania. K. miał raz zamiast ciąży duże haematoma ovarii, raz znowu nakłucie dało płyn surowiczy jasno-żółty, a autor znalazł obok ciąży zewnątrzmacicznej torbielowate zwyrodnienie jajnika.

*Leczenie.* Autor na 107 operacji miał 2 zejścia śmiertelne: jedna chora z marskością wątroby i zastoiną w brzuchu zmarła na peritonitis septica, druga z powodu znacznej utraty krwi.

Ciąża zewnątrzmaciczna powinna być leczona na drodze operacyjnej, ponieważ: 1) wyzdrowienie po operacji jest o wiele prędsze, niż wessanie produktów ciąży bez operacji; 2) operacja usuwa chorą stronę, a na zdrowej dokonywa niezbędnej poprawy; 3) przez to możliwość powtórzenia się ciąży zewnątrzmacicznej bywa zapewne usunięta; 4) wczesna operacja zapobiega przewlekłemu zapaleniu otrzewny i rozkładowi produktów ciąży.

Przeciwko tym argumentom przemawiają: 1) przy wczesnej ciąży z obumarciem płodu wyczekujące leczenie sprowadza wyleczenie i 2) nieoperacyjny zabieg leczniczy jest prawie jeszcze mniej niebezpieczny dla życia, niż operacyjny. Na tej zasadzie trzeba operować te przypadki ciąży zewnątrzmacicznej, które przedstawiają niebezpieczeństwo dla chorej, więc 1) przypadki nieprzerwanej ciąży, 2) w razie grożących życiu krwotoków wewnętrznych i 3) w razie rozkładu. K. rozróżnia przy wskazaniu do operacji socyalne położenie chorej, u biednych decyduje się na bezwarunkową operację, jako dającą gwarancję prędkiego powrotu do zdrowia. Przez operację, przez usunięcie chorych narządów, wytworu ciąży i wylanej krwi osiąga się we wszystkich okolicznościach lepszy stan, a jeżeli do tego dołączy się poprawa stanu drugiej strony i innych zmian chorobliwych, otrzymujemy dalszą korzyść operacji. Autor jest za operowaniem przez powłoki brzuszne, tą drogą usuwa się dokładnie jajowód ciążarny i krew wylaną, oprócz tego trzeba skorzystać z zabiegu dla przejrzania drugiej strony i doprowadzenia w razie potrzeby do możliwie normalnego stanu, a więc w razie hydrosalpinx operacja plastyczna otworu, oddzielenie zrostów, otwarcie zarośniętych fimbriae, oddzielenie przyrośniętego jajnika lub ewentualne usunięcie tegoż, ventrofixatio tyłozgiętej macicy, jednym słowem — usunięcie wszystkich zmian na przydatkach, mogących sprowadzić powtórzoną ciążę zewnątrzmaciczną. Autor operował 5-ciu chorych powtórnie z powodu ciąży zewnątrzmacicznej, z tych u 3 za pierwszym razem usunięty był tylko krwistek, chory jajowód pozostał, u jednej — pierwszej, ciąży wogóle nie było i tylko u pozostałej, u której usunięto chory jajowód, ciąża miała miejsce w drugim zachowanym ja-

jowodzie. Od dołu, od strony pochwy, według autora, operować należy w razie rozkładu lub też wogóle zakażenia krwisteku w celu uchronienia zdrowej otrzewny od zakażenia.

Plan operacji zależy od własności zawartości ciąży zewnątrzmacicznej. Wysoka ciepłota wskazuje na możliwość zakaźnego krwisteku, K. zaleca uprzednie badanie płynu, otrzymanego przez nakłucia, bakteryologicznie, drobnowidzowo i na pożywkach i na zasadzie tego badania postawić wskazanie do planu operacji.

Wi. Staniszewski.

536. Prof. L. Landau. **O symptomatologii i leczeniu mięśniaków macicy.** („Zur Symptomatologie und Therapie der Uterusmyome.“ Berl. Klin. Wochenschr., № 27, 1899).

Zaburzenia w ustroju, wywołane przez mięśniaki macicy, zależą nie tyle od wielkości, ile od umiejscowienia nowotworu; powstają one bądź wprost skutkiem ucisku, wywieranego przez nowotwór na tkanki i narządy sąsiednie (naczynia, nerwy, narządy moczowe i t. d.), bądź skutkiem różnych spraw wtórnych, w tych narządach. Tutaj należą: krwotoki maciczne puchlina brzucha, tudzież rozmaite sprawy zapalne lub nawet ropne jajników, zrosty pomiędzy nowotworem a jelitem i t. p. cierpienia, pomiędzy którymi a nowotworem nie zawsze daje się wykryć związek przyczynowy. Może wreszcie zdarzać się (Krische-Orth, Langerhans, Pick), że typowy pod względem budowy włókniak mięśniakowy daje jako taki przerzuty, jak przy nowotworach złośliwych; dostrzegano również (Fehling, Chrobak), że mięśniaki przekształcać się mogą w mięsaki, lub — przy pierwotnym gruczolaku mięśniakowym — w raki.

Objawem, który najbardziej niepokoi chore z mięśniakiem macicy i sprowadza je do lekarza, są krwotoki maciczne, jakie mają miejsce przeważnie przy miesiączkowaniu. Z pomiędzy najrozmaitszych środków do usunięcia ich zalecanych, pierwsze miejsce zajmuje wyskrobywanie macicy, zabieg, dokonywany w celu usunięcia wzrostów krwawiących na śluzówce wewnątrzmacicznej. Autor jest zdania, że rękoczyn ten jest w jednych wypadkach niebezpiecznym, w pozostałych zaś pozbawionym wszelkiego celu. Nowotwór bowiem zmienia zupełnie postać jamy macicznej; tworzy się z niej przewód o nadzwyczaj nierównych ścianach z rozmaitemi wgłębieniami i rozszerzeniami. Skrobaczka co chwila napotyka przeszkodę i ponieważ mięsień macicy przy mięśniakach jest zazwyczaj mniej zbity, przeto lada energiczniejsze poruszenie skrobaczką może sprowadzić przedziurawienie ściany macicznej wraz ze wszystkimi jego następstwami. Poza tem, przyczyną krwotoków macicznych bynajmniej nie zawsze jest rozrost błony śluzowej; — istnieją liczne nader przypadki mięśniaków macicy z obfitymi krwotokami, przy których błona śluzowa wewnątrzmaciczna znajduje się nawet w stanie zaniku.

Inny zabieg leczniczy, używany we krwotokach, mianowicie stosowanie gorącej pary wodnej (Atmokausis) również, zdaniem autora, nie odpowiada celowi. Pomijając już bowiem trudność, jaką sprawia wprowadzanie cewki do jamy macicznej, może tu mieć miejsce, jak to spostrzegł autor w jednym przypadku, całkowite przepalenie ściany macicy.

Autor, opierając się na swych spostrzeżeniach klinicznych i anatomicznych, dochodzi do wniosku, że istotnej przyczyny tych krwotoków szukać należy w zmianach skureczliwości macicy, jaką sprowadza obecność nowotworu, oraz idące za tem zwątlenie mięśniowe macicy. Skutkiem zmian tych narząd pozbawiony jest środek samoobrony przeciwko przekrwieniu, jakie zachodzi na wewnętrznej jego powierzchni np. przy miesiączkowaniu. Wobec tego autor stosuje w krwotokach środki odciągające krew z macicy do jelit lub do kończyn dolnych, mianowicie wodę gorzką przed miesiączkowaniem, kąpiele ciepłe i t. d.

Rozpowszechnione jest zdanie, jakoby nastąpienie okresu zwrotnego wywierać miało wpływ zbawienny w przypadkach mięśniaków macicy. Na zasadzie tego Hegar i Battey (1872) zalecali usuwanie obydwóch jajników w celu sprowadzenia tą drogą climacterium, a co za tem idzie, zmniejszenia się i zaniku nowotworu. Landau mówi, że zdaniu temu nie można odmówić słuszności tylko w przypadkach poszczególnych, zazwyczaj zaś po ustaniu miesiączkowania nowotwór rozwija się dalej; leczenie zatem na vis medicatrix naturae zawodzi, niekiedy nawet zgubnem się okazuje, gdyż skutkiem wyniszczenia ustroju chorej zmniejszają się szanse na pomyślny wynik operacji usunięcia mięsaka, która w owym czasie dokonana, wywrzećby mogła wpływ zbawienny.

Co do postępowania chirurgicznego, rozporządzamy przy mięśniakach macicy dwoma sposobami: a) wycięcie mięśniaka, b) wycięcie macicy mięśniakowatej. Wskazanie dla wykonania drugiego z pomiędzy tych zabiegów znajdujemy wówczas, gdy pierwszy z powodu bądź umieszczenia się nowotworu, bądź złośliwego przekształcenia mięśniaka na rak lub mięsak staje się niewykonalnym. Autor zaleca wykonywanie przez pochwę, a w tych tylko razach, gdy jest to zupełnie niemożliwe, ze strony brzucha. Otwarcie brzucha zwłaszcza w tych przypadkach, gdy zachodzą powikłania z powodu istnienia spraw ropnych, połączone jest z większem bez porównania niebezpieczeństwem dla chorej, niż usunięcie cząsteczkowe (morcellement) macicy mięśniakowatej, według sposobu wprowadzonego przez Péan'a. W tych przypadkach, gdzie trzeba usuwać macicę ze strony brzucha, autor jest stanowczym przeciwnikiem wykonywania amputacji nadpochwowej. Pomimo bowiem tego, że na kikucie pozostałym powstawać mogą nowotwory złośliwe — mięsaki lub raki (Chrobak), nie można nigdy być pewnym, że zapobiegło się krwawieniu i zakażeniu. Autor operuje z jaknajpomyślniejszym wynikiem według metody Doyen'a (E. Doyen. „Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir.“, 1895, str. 164). Autor używał przy operacji, według tego sposobu wy-

konywanej, dużych kleszczyków pomysłu asystenta swego Thumim'a, które zakłada się na cały wiąz szeroki macicy od lig. suspensorium ovarii do lig. cardinale.

*Cz. Jankowski.*

537. Dr. G. Woyer. **O stosowaniu ichtyolu w chorobach kobiecych.** („Zur Ichthyolbehandlung von Frauenkrankheiten.“ Wiener Med. Presse, № 47, 1899).

Autor porównywa własności nowowprowadzonego w użycie bezwonnego środka petrosulfalu w cierpieniach narządów płciowych kobiecych z ichtyolem. Na podstawie licznych doświadczeń przychodzi on do wniosku, że oba wyżej wymienione środki stosowane w sprawach wysiękowych narządów płciowych mają pod względem rezorbcyjnym własności identyczne, natomiast różnią się wybitnie co do swego wpływu uśmierzania bólów. Podczas kiedy przy stosowaniu ichtyolu (tampony i wcieranie maści w powłoki brzuszne) chore doznawały prawie natychmiastowej ulgi, a bóle zmniejszały się znacznie po paru dniach, petrosulfol nie dawał pod tym względem żadnego wyniku. To samo da się powiedzieć o działaniu ichtyolu i petrosulfolu w sprawach wysiękowych przewlekłych narządów płciowych kobiecych. Dalej autor oba te środki stosował w rozpadzie rakowato zwyrodniałej macicy i oddaje stanowczą wyższość ichtyolowi, dzięki jego własności kojenia bólów, tak iż w wielu przypadkach można się było obejść bez podawania środków znieczulających. Co się zaś tyczy ich własności odwianających i zmniejszających wydzielinę, to, zdaniem autora, oba te środki posiadają je w równym stopniu.

### *III. Choroby oczu.*

538. E. von Grosz (Budapeszt). **Keratitis neuroparalitica.** (La clinique ophtalmologique, № 19, Octobre 1899).

Dotychczas na powstawanie keratitis neuroparalitica zapatrują się w dwojaki sposób: jedni główną przyczynę cierpienia upatrują w układzie nerwowym, drudzy w pływach zewnątrz działających na błonę rogową w rodzaju urazów, wysechania lub łuszczenia się nabłonka rogówkowego.

Autor, a wraz z nim Eberth, Balogh, Feuer, Hogenes, jest zdania, iż ropne zapalenie rogówki spostrzegane zwykle po przecięciu nerwu trójdzielnego jest następstwem infekcyi zewnętrznej, występującej również łatwo wobec znieczulenia tkanki błony rogowej, jak



wobec złuszczonego nabłonka lub wysychania rogówki. Sprawy te zwykle występują u człowieka po urazie lub paraliżu nerwu trójdzielnego, po wycięciu ganglion Gasseri, przy porażeniu n. twarzowego i w ostatnim okresie jaskry. Infekcyja z zewnątrz przychodzi tem łatwiej, im bardziej jest wyrażone znieczulenie rogówki, im szybciej i na większej powierzchni na skutek niedomykalności powiek występuje wysychanie błony rogowej.

Wogóle dział keratitis neuroparaliticae ze względu na różne postaci tego cierpienia, występujące u człowieka, nie dość ściśle bywa uwzględniony. Fuchs w swem opisie tego cierpienia opiera się na bezpośrednim wpływie nerwu trójdzielnego; podług niego, bez poprzedniego zapalnego odczynu rogówka znieczulona staje się matową, nabłonek się łuszczy, występuje owrzodzenie, mogące dojść do przedziurawienia błony rogówkowej. Postać ta zupełnie jest identyczna z rozmiękczeniem rogówki (keratomalacia) (Fischer, Arlt, von Graefe, Leber) z tak zwaną ophtalmia brasiliensis (Gama-Lobo, Gourea) i z zapaleniem rogówki, zdarzającym się w Rosyi wśród dzieci karmionych piersią matek, zachowujących ściśle posty, wreszcie z nekrozą rogówki w przebiegu pelagry.

Tutaj wpływ nerwowy zdaje się nie ulegać wątpliwości, albowiem nawet zabezpieczenie rogówki przeciwko wpływom zewnętrznym nie chroni tej ostatniej od zmian zapalnych. Cierpienie występuje zwykle wraz z nieczuleniem rogówki, często bardzo wraz z herpes zoster (Hippel, Hirschberg, Panas, Kroll, Goldzieher, Koster). Za powód cierpienia nie mogą tu służyć zmiany w nerwie trójdzielnym, gdyż po wycięciu ganlion Gasseri postać ta nie napotyka się nigdy, zmiany troficzne zależą tu od ośrodków naczynioruchowych. Również za powód powstania cierpienia nie może być uważana część szyjowa nerwu współczulnego, jak to wskazały doświadczenia Durdafi, Doyen'a i Jonnesco; zdaniem tych autorów, po obustronnem wycięciu części szyjowej wspomnianego nerwu nie spostrzegano zmian odżywczych w rogówce. Prace Schwalbe, Retzius'a, Onodi, Michel'a, Kolikier'a, Holtzman'a, Jendrasik'a i Marina wskazują w ganglion ciliare udział nerwu współczulnego, Bernheimer wskazał na związek rogówki z ganglion ciliare przy pomocy odpowiednich włókien nerwowych. Stąd należy szukać przy keratitis neuroparalitica przyczyn w zmianach w ganglion ciliare, tutaj możnaby znaleźć powód, dlaczego cierpienie odnośnie występuje tak często jednostronnie i osobników wycieńczonych.

Claude Bernard spostrzegł, iż pewne trucizny spowodują ograniczone znieczulenie rogówki, głodzenie spowoduje nekrozę błony rogowej u tych ostatnich, ze znieczuleniem rogówki rozszerzeniem źrenicy i z typową postacią keratitis neuroparaliticae (Parisotti). Objawy spostrzegane po dokonaniu neurotomiae optico-ciliaris zgadzają się z powyższymi spostrzeżeniami, gdyż wówczas jeszcze można znaleźć w rogówce nienaruszone włókna nerwowe (Schmidt-Rimpler).

W końcu swej pracy autor dochodzi do następujących wniosków:

1) Ropne zapalenie rogówki spostrzegane u zwierząt, po przecięciu nerwu trójdzielnego, u człowieka zaś po zranieniu, na skutek

ucisku, zmian patologicznych, lub rezekcyi tegoż nerwu, wreszcie w następstwie porażenia nerwu twarzowego zależy od jednej i tejże przyczyny — infekcyi, punktem wyjścia dla tej ostatniej bywa worek łącznicowy, worek łzowy, lub bezpośrednie zetknięcie rogówki z zarazkiem. Rozwojowi sprawy sprzyja wysychanie powierzchni rogówki w następstwie znieczulenia ostatniej i mniejsza odporność organizmu.

2) Przyczyn powstawania keratidis neuropaliticæ essentialis u człowieka, postaci, którą należy utożsamiać z rozmiękzeniem rogówki — i nekrozą tej ostatniej należy szukać w ganglion ciliare, mianowicie w degeneracyi komórek splotu w następstwie kucyksy, miejscowych wybroczyn krwi i zranień.

*Stefan Cetnarowicz.*

539. Prof. dr. E. Machek. **Sprawozdanie z czynności oddziału okulistycznego we Lwowie za czas 1892—1898.** Lwów, 1899, str. 39.

Z 7-letniego sprawozdania widzimy, że oddział rozporządzający dziś 84 łózkami prędko się rozwija. W stałym oddziale leczono 8,915 chorych, w ruchomym czyli ambulatoryjnym (który od r. 1898 objęła klinika uniwersytecka) 11,892 chorych, razem leczono w obu oddziałach 20,807 pacjentów, w r. 1873 średnia trwania leczenia wynosiła 34, w r. 1897 obniżyła się do 21, t. j. koszt pojedynczego pacjenta znacznie mniej dziś kosztuje kraj, niż przed laty. Sprawozdanie zawiera XII tablic, w których przedstawiono: ilość chorych miesięcznie i rocznie, wykaz chorób, z których najwięcej, bo  $\frac{1}{3}$ , leczono na jaglicę, statystykę jaskry i narządów łzowych, na które to cierpienia więcej zapadają mężczyźni, niżli kobiety. Najobszerniej rozwodzi się autor (prymaryusz) nad większymi operacyami, których wykonano 3,492, z tych na soczewce 1,122; na 3,494 wypadków operacyi na żydów wypada 765, a to głównie dzięki jaskrze. Dla zachęty żydów w szpitalu dozwolony wikt koszerne. Bardzo pouczające tablice wykazu ostrości wzroku po modyfikowanej operacyi zaćmy sposobem Graefego i po ekstrakcyi bez irydektomii okazuje się, że jeżeli ta ostatnia udaje się, to daje lepsze wyniki ostrości wzroku, niżli to ma miejsce po modyfikowanej operacyi Graefego. W końcu sprawozdania umieszczony spis drukowanych prac lekarzy, ordynujących w lwowskim oddziale okulistycznym.

*J. Talko.*

## IV. Wiadomości terapeutyczne.

= 540. (*ję*) **Ambustura oculo-rum.**

W oparzeniu oczu węglikiem wapnia zaleca Münch. M. Woch. przemywanie i wkraplanie w oczy zaraz po wypadku roztworu cukru 2%-go.

(Münch. Med. Woch., 48).

= 541. (*ję*) **Bromolein.**

Coronedi na zjeździe w Rzymie zalecał do wstrzykiwań podskórnych bromoleinę, która, według niego, posiada działanie silniejsze, niż inne preparaty bromowe i bywa znoszona przez chorych do brze.

(Münch. Med. Woch., 48).

= 542. (*ję*) **Chloral.**

Gioffredi zaleca chloral. hydrat. w dużych dawkach, jako przeciwtrutkę przeciw kokainie; opiera swe twierdzenie na licznych przypadkach.

(Münch. Med. Woch., 48).

= 543. (*ję*) **Chloroformium.**

Na jednym z posiedzeń tow. lek. w Magdeburgu dr. Wenzel miał odczyt o śmierci podczas chloroformu. Przypadki śmierci dzieli według przyczyn na trzy grupy:

1) śmierć nie zależy od chloroformu; tu należą przypadki śmierci skutkiem odruchu, przy oględzinach pośmiertnych nie znajdujemy żadnych innych przyczyn;

2) chloroform pośrednio wpłynął na śmierć, tu należą przypadki zaduszenia ciałami obcymi, oraz przypadki, w których znajdowano pęcherzyki gazu w naczyniach krwionośnych;

3) chloroform jest bezpośrednią przyczyną. Tu należy śmierć skutkiem anemii mózgu, zemdlenia, uduszenia, śmierć skutkiem działania na drogi oddechowe i t. d.

Podając w dalszym ciągu pracy znane ostrożności przy chloroformowaniu, W. sądzi, iż niema właściwie przeciwwskazań w żadnym stanie chorobowym do chloroformowania, aczkolwiek zaznacza, że śmierć od chloroformu może nastąpić nie tylko bezpośrednio, ale po dniach kilku nawet skutkiem degeneracji narządów wewnętrznych.

= 544. (*ję*) **Diabetes mellitus.**

Winternitz i Strasser przeprowadzili cały szereg badań nad leczeniem cukromoczu i na zasadzie swych badań doszli do wniosku, iż najlepszym środkiem leczniczym jest dyeta mleczna ściśła przez czas dłuższy stosowana. — Cukier i inne objawy znikają szybko.

O prawdziwości tego mogłem się przekonać w kilku przypadkach z własnej praktyki, w jednym z nich cukier znikł z moczu już po 2 tygodniach, a społeczeństwo ustąpiły objawy niedomogi serca—*przyp. spraw.*

(Centr. f. inn. Med., 45).

= 545. (*ję*) **Eulactol.**

Eulactol jest mieszaniną 33.25% białka, 46.3% tłuszczów, 14.3% węglowodanów i 4.3% soli. Trawi się z łatwością, jak również łatwo się wchłania i posiada smak tak słaby, że z łatwością daje się maskować. Sam przez się za po-

karm się nie używa, ale dodany do jakiegokolwiek pokarmu znacznie podnosi jego wartość. Swarsenky stosował eulactol w praktyce dziecięcej; dużym dzieciom dawał łyżkę dziennie, mniejszym do 3 lat 3 razy dziennie po łyżeczek w mleku gorącym, kakao, zupach i t. p. Ewald w szpitalu Augusty robił doświadczenia nad przyswajaniem tego środka: 91 — 94% ulegało wessaniu i przyswojeniu, a w wielu razach E. mógł stwierdzić wielką korzyść przy użyciu tego preparatu.

(Münch. Med. Woch., 48).

— 546. (*fg*) **Favus.**

Peterson (Petersburg) podaje następujący sposób leczenia parcha bez wrywania włosów. Należy przedewszystkiem natrzeć dokładnie całą powierzchnię głowy wazeliną z karbolem (w stosunku 1%) i nałożyć ceratowy czepek kąpielowy; po 24-ch godzinach zmyć strupy mydłem. Powtórzywszy ten zabieg kilkakrotnie, gdy już otrzymaliśmy powierzchnię skóry zupełnie czystą, przystępujemy do właściwego leczenia, które polega na smarowaniu miejsc dotkniętych cierpieniem nalewką jodową. Smarować należy raz dziennie; nadto raz lub dwa razy w ciągu tygodnia powtarzać nacierania wazeliną z karbolem z następczem zmywaniem mydłem. W razie podrażnienia skóry leczenie przerywamy na dni kilka, by je potem rozpocząć na nowo. Po kilku tygodniach wystarczy smarować co 2—3 dni wyłącznie nalewką jodową, bez zmywania; w każdym jednak razie, by się zabezpieczyć od powrotów, należy leczenie takie stosować w ciągu 5 — 7 miesięcy.

— 547. (*hu*) **Hyperidrosis et Bromidrosis.**

Richter nadmierne pocenie się nóg leczy w sposób następujący. Przedewszystkiem zapobiega przeziębieniu potem podszycia płóciennego i nadpodeszwia w obuwiu, resp. usuwa przykry zapach, z tego powodu powstały. W tym celu R. wlewa do obuwia rozczyzn formaliny i pozostawia go tam kilka godzin. Stopy i pończochy R. pudruje tannoforem lub kwasem winnym. Przy nadżarciach skóry pomiędzy palcami przykładają kawałki waty z maścią borną. Przy poceniu się rąk B. pędzluje je co 5-ty dzień około 10-ciu razy 5 — 10 proc. kwasem chromnym. Pęknięcia skóry paleców u rąk goją się prędko pod płastrem mydlanosalicylowym.

(Wien. Med. Woch., № 30).

— 548. (*fg*) **Lupus.**

Ehrmann stosował z powodzeniem w 98 przypadkach, u chorych ambulatoryjnych, następujący sposób leczenia wilka żrącego (lupus vulg.): na miejsce dotknięte cierpieniem przykładał 40% maść rezorcynową (Resorcin 4.0, Lanolini 4.0, Vaselini 2.0), nasmarowaną na płótno. Opatrunek zmienia dwa razy na dobę. Już po 12 godzinach dało się zauważyć, że powierzchowne warstwy, dotknięte cierpieniem, ulegały zmartwieniu i przedstawiały się pod postacią szarawo-białej masy. Po usunięciu tych warstw przykładano maść ponownie i tak postępowano w ciągu 8 — 10 dni; poczem robiono kilkuniedniową przerwę, zastępując maść rezorcynową maścią borną. W razie potrzeby, po tej przerwie, wracano znowu do rezorcyny, która ma te ważne

w tych razach zalety, że nie wywołuje znacznego bólu, a co ważniejsza, nie działa niszcząco na tkanki zdrowe. — Na IV-ym zjeździe dermatologów niemieckich w Strasburgu mówił Reichel o leczeniu wilka różycowego (lupus erythematoses) chininą. Środki wewnętrzne rzadko bywały dotąd stosowane przy wilku różycowym, gdyż zwykle zawodziły. Hutchinson wyleczył jakoby jednego chorego, dając mu arsenik, Bulkeley — fosfor, Sommer — naftol. Mówca przedstawił na zjeździe dwie chore. Pierwsza, 70-cioletnia kobieta, dotknięta wilkiem powiek i policzka, leczona — bez skutku jednak — plastrami, skaryfikacjami i t. p., dostała tytułem próby 6 razy dziennie po 0.25 chininy. Miejscowo zastosowano maść borną. Po 3-ch tygodniach polepszenie, po 3-ch miesiącach wyleczenie. Drugi przypadek dotyczył chorej z wilkiem różycowym twarzy, uszu, grzbietu ręki. Po przestano na chininie, bez leczenia miejscowego. Po 8-iu dniach polepszenie, po 14-tu wyleczenie. We dwa lata recydywa. Wyleczenie ponowne po 2-ch tygodniach zażywania chininy. Mówca wspominał o dwóch jeszcze przypadkach, w których osiągnięto wyleczenie po 2 i 4 tygodniach, nadmieniał przytem, że we wszystkich przytoczonych przez niego przypadkach leczono wilka u osób pod innym względem zdrowych, z dobrem odżywianiem; u pewnego mężczyzny, dotkniętego gruźlicą i wilkiem różycowym, chinina dała wynik ujemny. (Sprawozd. z kongresu).

— 549. (hu) Unna wypróbował działanie mydła tuberkulinowego w wilku skóry. Ten preparat otrzymuje się przez omydlenie niekom-

pletne tłuszczu potażem gryzącym i dodanie do tego mydła 5—20% tuberkuliny. Unna nasmarowywał chore miejsca skóry małą ilością tej mieszaniny i nacierał palcem aż do suchości. Następnie zwilżał palec w wodzie i rozpoczynał znowu wcieranie, skutkiem czego wytwarzała się wówczas piana z mydła, pozostałego na skórze. Tę czynność powtarzał 4 — 5 razy, dopóki cała masa mydlana nie weszła do naskórka. Im większa powierzchnia skóry zajęta była przez chorobę, tem mniejszy procent tuberkuliny zawierało mydło. Po 6—24 godzinach chory uczuwa lekkie szczypanie; ten objaw jest oznaką początku reakcyi miejscowej, która podobna jest do reakcyi, wywołanej iniekcjami tuberkuliny, z tą tylko różnicą, że miejscowej reakcyi, wywołanej wcieraniem mydła nie towarzyszy reakcyja ogólna, a więc przytem skóra ulega obrzękowi i przekrwieniu zapalnemu; ostatni objaw przyczynia się nieraz do wytwarzania łusek i strupków. Ogniska gruźlicze stają się w ten sposób wyraźnie ograniczone i dają się łatwo dostrzedz. Wspomniany stan zapalny znika po kilku dniach, poczem chore miejsca bledną i stają się gładkie. Stosowanie tuberkuliny nie leczy wilka samo przez się, lecz jest zabiegiem przygotowawczym, pozwalającym określić rozległość cierpienia i zastosować odpowiednie środki, zalecane zwykle w tem cierpieniu. Ten zabieg odpowiedniejszy jest od iniekcji tuberkuliny przy wilku skóry, ponieważ nie jest niebezpieczny (nie może rozproszyć w organizmie laseczn. Koch'a) i nie wywołuje szkodliwej reakcyi ogólnej.

(La Sem. Méd., № 43).

= 550. (fg) *Ulcus molle*.

Na IV-ym zjeździe dermatologów niemieckich w Strasburgu, Arning z Hamburga mówił o nowym sposobie leczenia wrzodów wenerycznych, który polega na dwugodzinnem codziennem obmywaniu ich cienkim strumieniem gorącego roztworu (5<sup>0</sup>/<sub>00</sub>) kal. hypermangan.—Aparat do tego celu składa się z rezerwuaru z blachy, 20-tu litrowej pojemności, z lampką benzynową, której ogień podtrzymuje stałą temperaturę płynu + 50° C. Aparat zawieszamy na wysokości 1½ metra nad chorym i puszczamy płyn na owrzodzenia przez cieniutką rurkę. Wynik daje się otrzymać znako-

mity, nawet przy owrzodzeniach bardzo głębokich, przyczem bubony ulegają wessaniu, nie przechodząc w ropienie. Wynik taki należy przypisać głównie wpływowi wysokiej temperatury. (Sprawozd. z kongresu). — O tym samym sposobie leczenia pisał Balzer (Die Behandlung des phagedänischen Schankers mittelst dauernder Irrigation mit einer heissen Lösung von Kali hypermang.—Monatshefte für prakt. Dermatol. Bnd XXIII). Stosował go we wrzodach fagedenicznych, przyczem brał roztwór nadmanganianu potasu 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> o ciepłocie 45<sup>0</sup>, zalecając, by każde przemywanie strumieniem płynu trwało od 2 do 4 godzin.

## V. Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Posiedzenie z d. 4-go października 1899 r.

(Pierwsze po wakacyach).

Kol. prof. *Pieniążek* miał wykład: „O leczeniu operacyjnem zwężeń tchawicy“. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. *Kryński* zapytuje, czy prelegent miał sposobność do wykonania częściowej rezekeyi tchawicy wskazanej tam, gdzie zwężenie jest krótkie. Takie wycięcie wypróbował na psach Küster, a Eiselsberg ogłosił przypadek tyczący się człowieka. Chodziło o bliźnię po usiłowaniem samobójstwie. Wycięto odcinek długi na 2½ — 3 ctm. i zeszyto tchawicę poprzecznie.

Prelegent odpowiada, że w jego przypadkach chodziło przeważnie o zwężenie na znaczniejszej przestrzeni. W przypadkach zaś zwężeń przeponowatych zwężenie znajdowało się za mostkiem, zatem w miejscu dla wykonania rezekeyi niedostępnem. Wreszcie w tych przypadkach rozerwanie przepony śród-tchawiczne i rozerwanie rurką jest zabiegiem bezwarunkowo lżejszym, niż częściowe wycięcie tchawicy.

Posiedzenie z d. 18-go października 1899 r.

Kol. prof. *Pieniążek* przedstawiał dwa przypadki gruźlicy krtani. W obu wykonano z powodu duszności tracheotomię, a następnie la-

ryngofisurę z usunięciem złogów gruczliczych. Chociaż usunięcie to nie mogło być zupełnem, to przecież umożliwiano usunięcie kaniuli tracheotomijnej i oddechanie drogami naturalnymi, oraz osiągnięto znaczną poprawę głosu.

Kol. prof. *Browicz* wygłosił wykład: „O wchłanianiu krwinek czerwonych przez komórkę wątrobną i obrazach stąd powstać mogących, jakoteż o drogach odżywczych w komórce wątrobnaj.“ Wykład połączony był z projekeyą elektryczną obrazów:

Prelegent na podstawie szeregu obrazu komórek wątrobnych, stwierdzonych w wątrobach psów, którym zastrzyknięto do krwi rozczyn hemoglobiny Mereka i obrazów w wątrobach muszkatolowych człowieka dochodzi do następujących wniosków:

1) Drogi, czy kanaliki żółciowe, rozpoczynają się wśród jądra, przebiegają przez plazmę komórkową i łączą się z kanalikami żółciowymi międzykomórkowymi. Jądro spełniałoby zatem czynność wydzielniczą.

2) W komórce wątrobnaj istnieją prócz tego stałe drogi odżywcze, czyli dowozowe, pozostające w bezpośrednim związku z naczyniami krwionośnymi, a zdolne nietylko do przeprowadzania płynnych substancji odżywczych i czynnościowych, ale nawet całych krwinek czerwonych. Krwinki mogą się do komórki dostawać w znacznej ilości i zlewać się w masy jednolite, barwiące się kwasem pikrynowym, eożyną i fuksyną. Zawsze zachodzą się w ściśle odgraniczonych przestworach, wakuolach. Ostatecznie krwinki dostają się do jądra i bywają przerabiane przez substancję jądra na żółć, a względnie barwniki żółciowe.

3) Prawdopodobnem jest istnienie jeszcze drugich dróg wywozowych.

4) Powstawanie w komórce wątrobnaj w cytoplazmie, lub jądrze wakuol, wypełnionych różną treścią, zależy od istnienia stałych dróg dowozowych i wywozowych. Wakuole są wyrazem przekrojów poprzecznych tych fizyologicznych, ale rozszerzonych kanalików.

Prelegent zwraca uwagę, że obecne tlómaczenie tych przypadków żółtaczki, w których nie można wykazać momentu mechanicznego w drogach żółciowych nie jest trudnem. Przyczyna leżeć musi w samej komórce wątrobnaj.

Kol. doc. *Nowak* podnosi, że odkrycia prof. *Browicza* mogą mieć dla patologii podobne znaczenie, jak odkrycie komórki i utworzenie całej patologii celularnej. W przyszłości będziemy może mogli oznaczać zmiany poszczególnych „narządów komórki“.

Kol. prof. *Hoyer* oświadcza, że choćby się przyznało istnienie dróg żółciowych wewnątrz komórki, to nie można się zgodzić na istnienie dróg doprowadzających. Wyniki iniekcji są niewystarczające, masa zresztą poza naczynia włosowate nie wychodzi, jeżeli te nie zostały przedarte. Przytem *Kupfer* i *Ranvier* udowodnili, że naczynia włosowate wątroby nie składają się z komórek śródbłonkowych, lecz tworzą rurę jednolitą. Tem mniej można zatem przyjmować przechodzenie przez nią ciał takich, jak ciała czerwone. Nie koniecznie też trzeba przyjmować, że istnieje podział pracy pomiędzy

poszczególnymi komórkami, może istnieć pomiędzy grupami komórek, jak to udowodniono w śliniankach.

Kol. prof. Klecki oświadcza, że demonstrowane obrazy nie zmuszają go do przyjęcia dróg preformowanych, świadczyłyby jednak o własności komórki przeprowadzenie pewnych tworów drogami niejako dowolnymi.

Prelegent odpowiada prof. Hoyerowi, że przenikanie ciałek czerwonych przez naczynia włosowate wątroby jest faktem zupełnie pewnym. Wobec tego odpowiedź na pytanie, jaką jest budowa tych naczyń, jest rzeczą względnie obojętną. Co do podziału pracy pomiędzy komórkami, to to jest pewnem, że wszystkie komórki wytwarzają żółć, gdyż wszystkie zawierają przewody żółciowe. Co do wyników iniekcji, to jeden niewątpliwy fakt dodatni więcej znaczy, niż setki ujemnych. Wyniki te bowiem zależą od bardzo wielu czynników i często spotykamy całe partye naczyń włosowatych nienastrzykane.

Kol. Klekiemu odpowiada prelegent, że istnienie dróg dowolnych jest nieprawdopodobne. Hemoglobina nie wsiąka w całą komórkę, ale znachodzi się w przestworach ściśle odgraniczonych. Przytem ciągle tworzenie się takich dróg musiałoby przez rozdzieranie protoplazmy prowadzić do zniszczenia komórki.

Posiedzenie z d. 8-go listopada 1899 r.

Kol. *Borzęcki* demonstruje przypadek *mycosis fungoides*. Choroba jest rzadką. Jej przebieg można podzielić na 3 okresy: okres wyprysku, nacieków i guzów. U przedstawianego chorego wszystkie te okresy można spostrzegać w rozmaitych częściach skóry. Okres trzeci uwydatnia się tu powstaniem dwóch guzów wielkości pięści na przedniej powierzchni klatki piersiowej; mniejsze i płaskie guzy znajdują się w skórze uda prawego i w okolicy lędźwiowej po stronie lewej.

W rozprawach zabierali głos kol. Bossowski, Zarewicz, Pieniążek i Browicz.

Kol. *Kryształowicz* mówił: „O leczeniu liszaja żrącego metodą Unny.“ Na większe nacieki w lupus hypertrophicus nakłada się maść żrąca: Kalii caustici, Calcariae ust., Sapon. viris., Aqu. destill. aa, przykładą się wacikiem zwilżonym w wodzie i zawiązuje. Maść sprowadza zgorzel nieraz na kilka mm. wglęb. Na płytsze nacieki stosuje się maść złożoną ze środka żrącego, działającego wybierczo (t. j. silniej na tkanki liszajem zmienione), jakim jest kwas salicylowy i środka niszczącego prątki, jakim jest chlorek antymonu (Acid. salicyl., Liquor. stibii chloratii aa 2.00, Creosoti, Extract. canab. ind. aa 4.00, Adip. lanae 8.00). Powstaje nalot zgorzelinowy, a po jego oddzieleniu się można maść znowu stosować. Skóry zdrowej maść prawie zupełnie nie narusza. Do oddzielenia nacieków, pozostałych po zniszczeniu prątków służą okłady z Kali causticum (1 : 10,000 — 1 : 500). Rozrzucone ogniska liszajowe wyszukuje się wreszcie za pomocą diaskopii (zwykłym plesimetrem szklanym uciska



się tkanke, tkanka zdrowa blednie, ognisko liszajowe zachowuje barwę brunatno-czerwoną) i wbija w nie kołeczki drewniane, napojone w liquor stibii chlorati. Po paru dniach kołeczki wypadają, pozostaje wgłębienie, które zamyka się blizną nadspodziewanie gładką.

Z przedstawionych chorych, leczonych tą metodą, okazuje się, że metoda daje wyniki bardzo dobre. Jest ona bardzo konserwatywną, wywołuje blizny gładkie i ładne, a z czasem przez połączenie diaskopii z metodą kołkowania najpewniej może prowadzić do zupełnego wyleczenia, gdyż pozwala wyszukać i usunąć poszczególne ogniska chorobowe.

W dyskusyi zabierał głos kol. Borzęcki, Zarewicz, Bossowski i Sroczyński.

*Ksawery Lewkowicz.*

## VI. Korespondencya Kroniki Lekarskiej.

### Listy z Wiednia.

#### VIII.

*Wiedeń, w październiku 1899 r.*

W czasie wakacyjnym poniósł uniwersytet wiedeński wielką stratę skutkiem śmierci prof. Stoerka i prof. Puschmana.

Prof. Stoerk umarł dnia 13/IX 1899 w 67 roku życia. Urodził się w Budapeszcie 1832 r., w Wiedniu otrzymał stopień doktora medycyny w r. 1851, gdzie też w r. 1867 habilitował się jako docent laryngologii; profesorem nadzwyczajnym mianowany został w r. 1875, a zwyczajnym w r. 1894. Dyrektorem kliniki laryngologicznej w r. 1891. Jako uczeń Türka wykształcił się pod okiem swego mistrza na dzielnego laryngologa — i szczególnie leczenie chorób gardła i zastosowanie operacyjnego leczenia tychże zawdzięcza Stoerkowi bardzo wiele. Piśmiennictwo zawdzięcza Stoerkowi wiele cennych dzieł z zakresu tej specjalności. Z najważniejszych prac zmarłego wymienić wypada: „*Die chronische Blennorrhoe der Nase-Kehlkopf- und Luftröhren-Schleimhaut*“, „*Klinik der Kehlkopfkrankheiten*“, „*Die Erkrankungen der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre*“. Stoerk wykształcił znaczny zastęp słynnych dzisiaj specjalistów różnych narodowości.

Profesor historii medycyny na uniwersytecie wiedeńskim, dr. Teodor Puschmann, zmarł 28-go września. Urodził się na Szląsku w r. 1844 i w Marburgu otrzymał stopień doktora. Na uniwersytecie w Lipsku habilitował się z historii medycyny i stąd w r. 1880

powołany został jako profesor nadzwyczajny do Wiednia. W roku 1888-ym mianowany został profesorem zwyczajnym. Pozostawił liczne prace naukowe wysokiej wartości, prócz licznych tłumaczeń dzieł starożytnych.

W półroczu letniem roku zeszłego było na uniwersytecie wiedeńskim 5,770 słuchaczy wogóle, z tego na wydziale lekarskim 1,104 słuchaczy zwyczajnych, 151 nadzwyczajnych, 343 frequentantów i 3 hospitantki. Z zagranicy było razem 424 słuchaczy, w tem 63 amerykańskich.

W obecnem półroczu zimowem wykładać będzie 68 profesorów, obok licznego zastępu docentów i asystentów innych specjalności.

W uroczysty sposób otworzono dnia 16 października 1899 roku nowy zakład fizyologiczny uniwersytetu wiedeńskiego przy „Währingerstrasse“. Nowy budynek, przylegający bezpośrednio do zakładu anatomicznego, wystawiono kosztem 250,000 fl. Jest to budynek trzypiętrowy, o 7 oknach frontu, wyposażony we wszystkie wynalazki nowoczesnej techniki. Na parterze mieszczą się pomieszczenia, przeznaczone dla wiwisekcyi, mieszkania służby i pracowni mechanika zakładowego. Oddział, przeznaczony dla wiwisekcyi, złożony jest z 3 części ze sobą połączonych, z dziedzińca dla zwierząt i stajen. Ze sal wiwisekcyjnych, wyposażonych we wszystkie najnowsze przyrządy i ulepszenia, przechodzi się do dziedzińca dla zwierząt przeznaczonego, a oddzielnego od ogrodu sztachetami żelaznymi. Dziedzińiec ten stanowi przejście między salami wiwisekcyjnymi a stajniami. Tutaj odbywa się znieczulenie zwierząt, narkoza, a zarazem jest to rodzaj sali pooperacyjnej. Stajnie dla wszelkiego rodzaju zwierząt są bardzo praktycznie urządzone, z łatwością czyścić się dają. Na drugim parterze znajduje się wygodna, znakomicie oświetlona sala wykładowa, pomieścić mogąca 250 słuchaczy. Stół wykładający daje się zapomocą szyn łatwo połączyć z sąsiednimi pracowniami, skąd przyrządy etc. potrzebne do wykładu łatwo przewieźć się dają. Na pierwszym piętrze mieści się wielka pracownia dla asystentów i pracownie dla słuchaczy, na drugim piętrze znajduje się zakład prof. Exnera, na trzecim zaś piętrze mieszczą się pokoje doświadczalne, mieszkania asystentów i t. d. Cały budynek oświetlony elektrycznością i ogrzewany powietrzem.

W wielkiej sali uniwersytetu odbyła się w dniu 17/X uroczysta inauguracja nowego rektora, d-ra Wilhelma Neumanna, a tem samem uroczyste otwarcie nowego roku szkolnego. W uroczystości brał, jak rok rocznie, udział liczny zastęp przedstawicieli świata naukowego, jak ministerjum, namiestnictwa, akademii umiejętności, techniki, wyższej szkoły rolniczej i t. d. Po zwykłych w takich razach ceremoniach prof. Neumann miał odczyt na temat: „*Języki wschodnie począwszy od XIII-go wieku, z szczególnem uwzględnieniem Wiednia,*“

Polityczny zamęt i walka narodowościowa, jaka się toczy w ostatnich latach między ludami Austryę zamieszkującymi, nie pozostawia

stała i bez wpływu na uniwersytet wiedeński. Jeżeli dotychczas uniwersytet wiedeński, w monarchii austriackiej się znajdujący, był prawdziwym ogniskiem centralnym nie tylko dla wszystkich narodów Austrię zamieszkujących, ale i dla zagranicy, to dzisiaj stosunki pod tym względem znacznie się na gorsze zmieniły. Uniwersytet wiedeński schodzi powoli na stanowisko prowincjonalnego uniwersytetu niemieckiego, przestał być uniwersytetem austriackim. Wszystko, co nie niemieckie, niema tu dzisiaj przystępu, przy mianowaniu docentów, profesorów i t. d. wymaga się (wprawdzie jeszcze nie głośno) od kandydatów przede wszystkim narodowości niemieckiej, wszelkie podania, według najnowszego rozporządzenia rektora, tylko w języku niemieckim pisane mogą być przez władze uniwersyteckie uwzględniane. Podania w innym języku bezwarunkowo nie są uwzględniane. Nawet i profesorzy niemcy, nie będący odcienienia Wolfa i Schönerera, nie są cierpieni, jak o tem świadczy najnowsza demonstracya studentów wolnomyślnych. Demonstracya miała przebieg następujący. Po śmierci prof. Hubera ówczesny minister oświaty, Byland-Rheidt, powołał, mimo opozycyi ze strony fakultetu filozoficznego, na katedrę prawa austriackiego prof. Hirna, a to na podstawie jaknajlepszej opinii, jaką ludzie zawodowi prof. Hirnowi przyznali. Powołanie to ze strony ministra, a jeszcze, co gorsza okoliczność, że prof. Hirn należy do partii katolików (katolische Volkspartei) była powodem demonstracyi.

W szpitalu ogólnym odsłonięto w dniu 23 października 1899 r. w uroczysty sposób pomnik zmarłego zeszłego roku na dżumę d-ra Hermana Müllera. W uroczystości brała udział liczna publiczność obok wybitnych osobistości Wiednia. Między innymi byli obecnie: namiestnik dolno-austriacki, prezydent policyi Hobda, przewodniczący sekcyi sanitarnej dr. Kusy, dr. Kelle, reprezentant ministerjum oświaty i wyznań, prezes akademii umiejętności dr. Suess, dziekan wydziału lekarskiego, wielu profesorów, docentów, dyrektorzy szpitali wiedeńskich, wreszcie wszyscy wolni od służby lekarze i urzędnicy szpitala. Prof. Nothnagel, którego asystentem był ś. p. dr. Müller, dyrektor szpitala powszechnego dr. Mucha i z młodszych kolegów zmarłego dr. v. Seiller wygłosili odpowiednie mowy. Pomnik przedstawia się wspaniale — na słupie kamiennym znajduje się spiżowy biust zmarłego, pod którym zaś umieszczono relief, przedstawiający Marka Curtiusa, znajdujące o śmierć w obronie ojczyzny. Obok napis: „Marcus Curtius ofiarowuje siebie samego, aby przed zagładą uratować ojczyznę swoją.“

J.

## VII. O D C I N E K.

## Z wycieczki do Niemiec.

*Królewiec w lecie r. b.*

Uniwersytet Albertyński; jego przeszłość i rozgłos. — Budowle kliniczne tutejsze, a w Lipsku i Halli. — Dogmatyzm naukowy i kult powag w Niemczech. — Klinika Dhorna. — Prof. Winter. — Organizacya pracy. — Samopomoc przy operacyach. — Narzędzia. — Tampony. — Pięć lapanotomii z rzędu w jednym dniu. — Ułożenie chorej i jej rąk. — Gotowe opatrunki. — Pas brzuszny. — Łóżko-wózek. — Uwagi. — Zdolności rasowe. — Dewiza życiowa. — Zakończenie.

W wycieczce mej naukowej przed paru laty po Niemczech omiłem Królewiec wprost dlatego, że leżał on w mej marszrucie bardzo z drogi. Czekałem tylko sposobności, aby to pominięcie sobie wynagrodzić, i dlatego, przybywszy lata ubiegłego do Kranzu, nad Bałtykiem, skwapliwie zająłem się zapoznaniem urzędzeń klinicznych, w sąsiednim, gdyż o godzinę drogi odległym od Kranzu, Królewcu.

Królewiec, jako miasto uniwersyteckie, posiada niepoślednią tradycję. Uniwersytet tutejszy należy do dawniejszych w Niemczech, gdyż założył go w r. 1544 Albert I, książę Pruski. Wszecchwiatową sławę zdobył uniwersytet Albertyński (taką bowiem nazwę nosi) przez Emanuela Kanta, który w Królewcu się urodził, tutaj żył i wykładał i tutaj, nie opuszczając nigdy rodzinnego miasta — umarł. Druga epoka wysokiego rozkwitu uniwersytetu królewieckiego, to — III-ci i IV-ty dziesiątek tego stulecia, kiedy wyjątkowo liczne grono wybitnych uczonych, uprawiających różne gałęzie wiedzy, gromadziło pod skrzydłami almae matris Albertinae uczniów z różnych stron i krajów. W tym czasie nauczali we wszechnicy tutejszej: fizyolog-Burdach; matematyk — Jakobi; astronom — Bessel; filozof — Herbart i inni. W obecnej chwili również nie brak wśród ciała profesorskiego mniej lub więcej znanych imion w piśmiennictwie naukowym.

Ja osobiście zainteresowany byłem kliniką akuszeryjną i chorób kobiecych. Klinika ta, powszechnie zwana kliniką Dhornowską, posiada w całych Prusiech Wschodnich niepoślednią sławę. Rozgłos ten sięga i po zagranicę Niemiec. Gubernie litewskie, a także nadbałtyckie, przysyłają tutaj chore na leczenie, a lekarze z tamtych stron odwiedzać zwykli klinikę Dhorna. Właściwie, mniej więcej, od roku nazwa powyższa klinice tej się nie należy, gdyż jej zasłużony szef, prof. Dhorn, wskutek choroby, wziął długoterminowy urlop i udał się dla poprawy zdrowia w daleką podróż morską. Miejsce zaś po nim objął prof. Winter, niegdyś asystent Schrödera, dobrze

nam wszystkim znany z prac naukowych i pedagogicznej działalności podczas długoletniego pobytu swego w Berlinie. Winter podtrzyma dobrą sławę kliniki Dhornowskiej, albowiem w osobie jego kojarzy się talent chirurgiczny z wielką pracowitością.

Wróćmy jednak do kliniki. Kierując się ze starego miasta, leżącego w dole, do wyżej położonej dzielnicy Królewca — nowszej, widzimy szereg dość skupionych budynków, które swym wyglądem odbijają od reszty. To właśnie klinika i otaczające ją budowle uniwersyteckie: instytut fizyologiczny, chemii lekarskiej, anatomii patologicznej i t. d. Są to budynki jedno i dwupiętowe, nietynkowane, ciężkie, w stylu koszarowym. Pobudowano je w miejscach zacieśnionem, przy wąskich uliczkach. Klinika akuszerjno-ginekologiczna główną fasadą zwrócona do uliczki, zwanej Drumm-gasse, bokiem, wraz z instytutem anatomii patologicznej, przylega do wąskiej ulicy Kopernika. Ze względu na położenie, a także na stronę zewnętrzną, kliniki te w porównanie iść nie mogą z zakładami takimi w innych, nawet mniejszych miastach niemieckich, jak np. z tak okazałą, przed siedmiu laty zbudowaną, kliniką Zweifla w Lipsku, lub z klinikami Bramana i Fehlinga w Halli, położonemi po za miastem na dużej przestrzeni, wśród ogrodów. Zbliżywszy się do kliniki królewieckiej, mimowoli wspomniałem o klinikach w Halli. Tam lekkie oddzielne baraki, z wielkimi portykami, rozrzucone na wielkich zadrzewionych placach, tutaj budynek piętrowy, ciężki, przy ciasnych uliczkach, w śródmieściu położony, a wewnątrz również niezbyt obszerny.

Wszędzie jednak i cech wspólnych doszukać się można. Cechą taką wspólną jest w Niemczech — pamięć współczesnych o zasługach poprzedników. W Halli przy wejściu do kliniki wita cię w bronz zakuta wyniosła postać Ryszarda Volkmana, tutaj, w Królewcu, na obu rogach frontowej fasady widnieją dwie wypukłościzby, każda w medalion ujęta, z podpisami na obwodzie wizerunków. To dwaj sławni akuszerowie: Kiwisch i Simpson. To uwiecznianie w wizerunkach, zasłużonych na polu medycyny mężów, jest tutaj objawem powszechnym, a godnym naśladownictwa. Myśl o poprzednich pracownikach, w danej specjalności, uzewnętrznia się nie tylko w ten sposób. Istniejący w Niemczech pewien dogmatyzm naukowy wywołuje kult powag naukowych. Uczniowie naśladowują nawet w szczegółach swych mistrzów. Biorę przykład pierwszy z brzegu. Profesor Winter, *modo* Schröderi, gromadzi przypadki do laparotomii na pewne dni tygodnia i operuje cały ich szereg jednego dnia. Takim obecnie dniem uprzywilejowanym w klinice królewieckiej jest piątek. W piątek dokonywane są laparotomie, w inne dni tygodnia wyrabia się cała reszta materiału klinicznego, rzecz naturalna, o ile wyjątkowe okoliczności nie przynaglą, aby w danym razie odstąpiono od przyjętego porządku. Pewne porządki, zwyczaje w danej klinice, są wprawdzie ściśle związane z indywidualnością, ze szkołą jej kierownika, przeszczepiać je na grunt inny, często wobec odmiennych warunków miejscowych, ani można, a nie zawsze trzeba, w każdym jednak razie warte są one z wielu względów bliższego poznania.

Operacje w klinice tutejszej, podobnie jak u Olshausena w Berlinie, zaczynają się w lecie punktualnie o 7-ej rano. Najlepsze zatem godziny, gdyż ranne — w ścisłym słowa znaczeniu — przeznaczono na pracę w szpitalu. Potem następują wizyty u chorych na oddziale, wykłady, a dalej dopiero idą odwiedziny chorych na mieście. Punktualność w rozpoczynaniu zajęcia jest wielką i każdemu obcemu imponować musi. Wszystko tutaj wyliczone co do minuty. Kto się spóźni, zastaje drzwi sali operacyjnej zamknięte. Podział pracy w klinice jest bardzo ścisły. Każdy szczegółowo ma określone ciężące na nim obowiązki. Podam tylko parę drobnych szczegółów, gdyż postanowiłem tylko o drobiazgach w tem miejscu mówić. Pierwszy asystent z chwilą, gdy nim zostaje, nie uczestniczy już w tych operacjach, które dyrektor kliniki robi. Asystent ten prowadzi poliklinikę, kursa repetycyjne dla studentów; operuje w zastępstwie i pod nieobecność dyrektora.

Jedynym i głównym pomocnikiem przy operacji bywa t. zw. drugi asystent. Do obowiązków jego należy także: skontrolowanie przed samą operacją, czy odpowiednio i we właściwej liczbie przygotowane są narzędzia do danej operacji, a także materiał opatrunkowy.

Steryliczacą narzędzi, ich obliczaniem zajmuje się kobieta, do tej czynności osobno przygotowana.

Narzędzia podczas operacji bierze sam operator. Nikt mu w tem nie pośredniczy. W tym celu leżą one obok stołu operacyjnego, na stole do narzędzi przeznaczonym. Podczas laparotomii leżały tutaj między innymi: 10 igłotrzonków (nadelhalterów) z nawleczonemi igłami; 16 długich klampów, używanych zamiast pencet Peana hemostazyjnych i t. d. Operator sam bierze ze stołu narzędzia, sam je nakłada na naczyna krwawiące, sam je zdejmuje, nareszcie sam je napowrót kładzie na stół lub odrzuca. To samo, za małemi wyjątkami, powtarza się przy użyciu tamponów. Operator sam bierze tampony z puszki sterylizacyjnej, sam nimi tamponuje, sam je wyjmuje z rany. Cała ta czynność porządek z narzędziami podczas operacji odbywa się bez pośrednictwa osoby drugiej. Tym sposobem rola jedyne go pomocnika, asystenta przy operacji, a mówię tutaj o laparotomiach, właściwie ogranicza się do rozszerzania brzegów rany.

Widziałem pięć laparotomii, jedną po drugiej z rzędu, jednego dnia przez prof. Wintera robionych, a pomoc przy nich w taki sposób, jak to wyżej opisałem, była zorganizowana. Było to dnia 28 lipca, gdy wspólnie z kolegą Endelmanem z Warszawy, zaproszeni przez prof. Wintera, przybyliśmy do kliniki na Drumm-gasse. Zmieniwszy odzież wierzchnią własną na płócienną zakładową, weszliśmy na salkę operacyjną. W ławkach po obu stronach sali zasiadało 20 i paru lekarzy, w tej liczbie kilku starszych wiekiem i stanowiskiem. Byli między nimi i lekarze wojskowi. Jest to mniejsza sala operacyjna, jaką klinika posiada. Nie widzę w niej, jak u Olshausena, tych tablic z napisem: „Noli tangere“. „Facete linqvis“, które są tak chocking, a jednak konieczne, na tę pod każdym względem niejednolitą masę lekarzy-gości, odwiedzających kliniki tamtejsze. I tutaj goście,

lecz nie potrzebujący tych ostrzeżeń, gdyż to „swoi ludzie“, a tem samem wyszkoleni doskonale, karni w każdym calu.

Dodać muszę, że lata ubiegłego związek lekarzy wschodnio-pruskich urządził dopełniające kursa w uniwersytecie Albertyńskim dla lekarzy praktyków. Oni właśnie w ciągu 5-ciu tygodni odwiedzali klinikę.

Wracam jednak do sali operacyjnej. Chora, na dany sygnał dzwonkiem elektrycznym, przywożą na wózku i układają na stole ją w ten sposób, że opiera się ona barami o wklęsłą wyniosłość stołu, dolna zaś część nóg, po zgięciu kolan, znajduje się w wyłobieniach blaszanych z przodu stołu wystających, same zaś nogi przymocowane są pasami. Przy pochyłem ustawieniu stołu chora na nim właściwie wisi. Gdy chorą ułożą na stole, zdejmują z lewej ręki jedyną jej odzież, t. j. krótki kaftanik i rękę tę podkładają pod krzyż. Nawiasem dodam, że jak mnie zapewniano, t. zw. narkose-lähmungen tutaj się nie przytrafiały. Prawą zaś rękę chorej wsuwają ku górze pod rozluźniony już kaftan w ten sposób, że dłoń wraz z częścią przedramienia znajduje się po lewej stronie szyi chorej. Na tej ręce śledzi tętno asystent chloroformujący chorą, która przy operacji guzów jamy brzusznej leży omal że w położeniu pionowem.

We wzmiankowanym dniu, jak już nadmienilem, prof. Winter dokonał pięciu operacji. A mianowicie: wyjął 3 włókniaki maciczne przez cięcie brzuszne i zooperował 2 cięższe pozamaciczne. Jeden przypadek (Graviditas tubaria sinistra; haematocoele periuterinum) z powodu wzrostów z kiszka, bardzo ciężki. Prof. Winter posiada wyrobioną technikę i operuje szybko. Przeciętnie każda z tych operacji trwała od 15 do 25 minut. Wyjątek stanowiła 4-ta z rzędu operacja, mianowicie myomotomia supravaginalis, która przedłużyła się do 3-ch kwadransów. Nie dotykając samej metody operacyjnej, nadmienię, że W. operuje włókniaki metodą Schrödera, a po odjęciu guza, obszywa kikut maciczny, pozostawiając go w jamie brzusznej. Jako materiału do szycia i podwiązywania naczyń używa W. katgut, przygotowanego metodą Bergmana. W klinice stosowaną jest sucha aseptyka (Trockene Asepsis). W. operuje w rękawiczkach bawełnianych. Opatrunek na ranie polaparotomijnej jest nader lekki. Podwójny pasek gazy, na 4 palce szeroki, pociąga się collodium za pomocą pędzla w butelce, w formie zatykadła osadzonego. Na to kładzie się dwa razy szerszy podwójny pas gazy i parę kawałków waty, kwadratowej formy, o cienkiej warstwie, a w razie potrzeby ucisku — na wierzch — serwety. Tutaj zwracam uwagę znów na drobiazg. Oto cały taki opatrunek ułożony jest w puszcze warstwami (wąski pasek kazy, szerszy, wata), innemi słowy, puszka zawiera oddzielne opatrunki gotowe. Oprócz tego, znajduje się szklana puszka, w której gaza nawinięta jest pasmami na bloku, obracającym rękojeścią nazewnątr. Chorą ze stołu przenoszą na łóżko, na którem rozłożony jest szeroki płócienny pas brzuszny. Mniej lub więcej ściśle, w miarę potrzeby, przyciągnięcie pasa za pomocą sprzączek — zakończa taki opatrunek. Potem chora „wyjeżdża“ na łóżku z sali na oddział i, nieprzenoszona, pozostaje nadal

na tem samym łóżku. Dla uniknięcia tego przekładania chorej ze stołu na wózek, a potem znów na łóżko, klinika posiada rodzaj kwadratowych żelaznych ram na rolkach gumowych, które podsunięte pod łóżko i doń przyśrubowane zamieniają go w razie potrzeby na pewien czas w wózek.

Zamiast robienia z powyższego jakichkolwiek zestawień, pozwolę sobie na parę uwag ogólnych.

Zaprzeczyć się nie da, że te właśnie niby drobiazgi, o których się tutaj rozpisałem, wogóle ułatwiają pracę operacyjną, skracają jej trwanie, a niekiedy zapobiedz mogą nieoczekiwanym niespodziankom, a to znów wszystko nie jest bez wpływu na zejście chorobowe, na ostateczny wynik leczniczy. Wiemy dobrze, że sam czas trwania operacji, chloroformowania, przeciąg czasu, przez który jama otrzewny pozostaje otwartą — to okoliczności pierwszorzędnej wagi, wpływające na przebieg pooperacyjny.

Samopomoc przy operacjach w jamie otrzewny — to znów bodaj najlepsza metoda, poręczająca ściśle stosowanie aseptyki, a tem samem bezpieczeństwo chorej. Ściśle przestrzegany podział ról, jaką każdy przy operacji ma wyznaczoną, tego dowodzić nie potrzebuje, również posiada pierwszorzędną wagę. Karność pod tym względem w klinikach niemieckich jest wprost niewolniczą. Otoczenie, czynny udział w operacji przyjmujące, jest tutaj po to i tylko na to, aby ślepo i niemo wykonywać żądania operatora, uprzednio sobie wskazane. Nikt tutaj nie śmie od roli takiej się uchylać; nikt się jej nie wstydzi. Nie uważam za potrzebne rozszerzać się nad tem, że pewne udogodnienia praktycznej natury, o jakich wspominałem, skracają pracę, ograniczają liczbę potrzebnych do niej rąk i, wprost znakomicie, ułatwiają zadanie.

Obok tych praktycznych udogodnień, istnieją jednak i innej natury warunki korzystne do pracy. Takie wykonanie w ciągu paru godzin 5-ciu laparotomii świadczy wprawdzie o wielkiej, że użyję tego wyrazu, sprawności operatora, który zdobyć ją może tylko stopniowo i w sprzyjających okolicznościach, właściwe przygotowanie jednak wszystkiego do tych operacji, tak szybko po sobie następujących, jest wyrazem niepospolitego wyrobienia całego składu osobistego kliniki. Zdaje mi się, że niedaleki będę od prawdy, gdy powiem, że takie przygotowanie i wyrobienie leżą w zdolnościach naturalnych, spotęgowanych przez wiele lat pracy nad sobą. Zdolności takie stanowią dzisiaj o różnicy ras. Zarówno w domu, jak na arenie życia publicznego, Niemiec zawsze i wszędzie jest pracowity i karny. Pomimo zachowywania tradycyi, idzie on wytrwale naprzód i przyswaja sobie z niesłychaną łatwością wszystko, co najnowsze i najświeższe. Zamykanie się w granicach swych poglądów, swych odkryć i wynalazków nie leży w charakterze narodowym niemieckim.

Przyswoić, wziąć, co na wzięcie zasługuje — oto dewiza zarówno małego procederyzisty, jak i wielkiego uczonego.

Dewiza powyższą, która i przez nas stosowana wydać może owocne wyniki, miałem ciągle na myśli przy pisaniu niniejszej kore-



spondencyi. Nie pisałem jej jednak — dodać muszę — dla tych, którzy po przeczytaniu mogą powiedzieć, że się z niej niczego nie dowiedzieli.

*Józef Jaworski.*

## KRONIKA BIEŻĄCA.

*Dnia 15-go grudnia 1899 r.*

(J. Z.) Towarzystwo higieniczne rok temu rozpoczęło działalność w wydziałach, gdzie odtąd właściwie skoncentrowały się wszystkie jego czynności. Nie podajemy sprawozdań z każdego posiedzenia, ponieważ, jak dotąd, nie wiele prac zasługuje na istotne odznaczenie. Większość referatów nosi na sobie cechę doraźności, brak im często opracowania ściśle naukowego i jasno sformułowanych zadań. Z tem wszystkim jednak działalność wydziałów nie ustaje i częstokroć dyskusya jest ożywiona i dotyka spraw wagi pierwszorzędnej. Gdyby przewodniczący wszystkich wydziałów umieli w karbach utrzymać mówców, niewątpliwie korzyść z posiedzeń byłaby znacznie większa. Jedyną, jak dotąd, zasługą Towarzystwa jest poruszenie myśli zabaw dla dzieci, co zdaje się będzie doprowadzone do skutku przez odnośne uzupełnienie ustawy. Inne poruszone w Towarzystwie projekty, jak szczepienie ospy, wydały pomyślne wyniki i niewątpliwie rozwiną się w przyszłości. Co się tyczy sanatoryjów dla suchotników, dotąd zebrano fundusze zbyt małe dla urzeczywistnienia projektu — sprawa więc drzemie i po chwilowym zapale zeszała z porządku dziennego, a jednak przypominać ją ciągle należy nieomal na każdym posiedzeniu, aby wciąż narzucała się społeczeństwu i rychło w czyn oblec się mogła. W tym celu należałoby wypowiedzieć kilka odczytów w różnych okresach czasu i wydawać odpowiednie broszury lub podawać artykuły do pism codziennych.

Mówiąc o Towarzystwie, dziwić się wogóle należy szczeremu gronu członków zwyczajnych, opłacających rb. 3 rocznie za prawo wstępu na posiedzenie wydziałów. Praca tych ostatnich powinna być dwojaka: a) opracowywanie pojedynczych kwestyi higienicznych przez specjalistów; b) popularyzacya higieny w najszerszym zakresie. — Pierwszą część zadania wydziały spełniają jako tako, drugą zupełnie pozostawiają na boku, a jednak jest ona niemniej ważna. Urządzenie na posiedzeniach odczytów dla nie-lekarzy, ściągęłoby może większą liczbę członków Towarzystwa i zainteresowałoby szersze warstwy inteligencyi.

Pogadanki takie powinni mieć lekarze nietylko dobrze obznajmieni z przedmiotem, ale posiadający dar słowa i dar popularyzacyi.

Należałoby takie pogadanki ilustrować obrazami niknącemi, preparatami i t. p.

Jest to jedyna droga popularyzacyi i należałoby naprawdę coś w tym kierunku zdziałać.

Drugą formą jest zorganizowanie własnego pisma. Dotąd pisma codzienne podają streszczenia, ale w oświetleniu częstokroć fałszywem i nieumiejętnem sprawozdawców, należałoby więc mieć organ urzędowy, który drukowałby protokoły posiedzeń in extenso w jak-najkrótszym czasie. Naturalnie, najprostsza rzeczą byłoby wejść w umowę z jednym z pism już istniejących, co znacznie zmniejszyłoby koszta.

Myśl taka była podnoszona w jednym z wydziałów, nie wiemy jednak, jaki obrót wzięła ta sprawa. Należałoby poruszyć ją na posiedzeniu ogólnem, wpływ bowiem Towarzystwa bez odczytów i bez organu własnego redukuje się *ad minimum*.

—h.— *Prawo o konkursach szpitalnych.* Powtarzamy za „Zdrowiem“ (№ listopadowy) wyciąg z praw obowiązujących dotąd przy obsadzeniu posad lekarzy szpitalnych. W „Zbiorze przepisów administracyjnych Król. Polskiego wydz. Spraw Wewnętrznych i Duchownych. Cz. 3-cia. Zakłady Dobroczynne. T. V, 1866 r., dział X, № 4-ty“, ogłoszonym jest rozporządzenie (nie odwołane do dziś dnia) względem obsadzenia posad lekarzy szpitalnych drogą konkursu. O rozporządzeniu tem wydanem przez Komisję Rządową Spraw Wewnętrznych z d. 5 (17) maja 1866 r., № 1688, 12096 zawiadamia Rada Szezegółowe, Rada Główna Opiekuńcza zakł. Dobroczynnych. Annex do okólnika brzmi jak następuje:

Co do lekarzy szpitali warszawskich:

1. Lekarzem szpitalnym w mieście stołecznem w Warszawie zostać odtąd można tylko przez konkurs.

2. Konkurs ogłasza Rada Główna Opiekuńcza zakładów Dobroczynnych w Królestwie, zgodnie z wnioskiem Głównego Inspektora służby cywilnej lekarskiej, na przedstawienie Rady szzegółowej.

3. Konkurs będzie miał miejsce:

a) w razie zawakowania posady etatowej lekarza szpitalnego;

b) w razie uznania konieczności powierzenia pewnego oddziału chorych do ordnowania nadetatowemu lekarzowi.

W paragrafie 22 wspomniano, iż dotychczasowi lekarze nadetatowi, którzy nie odbywali konkursu, muszą się poddać tej regule o ile o etatową posadę zechcą się ubiegać.

Paragraf zaś 25 zaznacza, że i na prowincyi konkurs ma podobnie obowiązujące znaczenie, o ile kandydaci i to (według § 26) po uprzednim ogłoszeniu o tem w pismach.

—h.— *Odnaczenie.* Rodak nasz, dr. Hubert, sekretarz Ros. Tow. Ochrony zdrowia ludu, otrzymał od Towarzystwa imienia Jennera w Londynie nagrodę 1,000 funtów (blisko 10,000 rubli) za pracę o szczepieniu ospy ochronnej.

—k.— Liczba słuchaczy na uniwersytecie w (Dorpacie) Jurjewie wzrosła w semestrze zimowym do 1,500; połowa z tej liczby

przypada na wydział lekarski. Powiększenie napływu studentów tłumaczy się tem, że władza zniosła ograniczenia co do wstępowania studentów z innych okręgów naukowych, oraz tem, że wpisało się bardzo dno seminarzystów. (St. Peters. Woch.).

—k.— W budżecie miasta Moskwy na rok 1900 figuruje suma rubli 2,671,679 na wydatki lekarskie, weterynaryjne i wogóle higieniczne, przy ogólnej liczbie wydatków obliczonych na 12,303,878 rubli. (St. Peters. Woch.).

—k.— Ministerjum finansów organizuje oddział złożony z 30 lekarzy i pewnej liczby siostr miłosierdzia, który w krótkim czasie wysłany zostanie do Mandżuryi dla walki z dżumą. Epidemia ta wybuchła pomiędzy robotnikami chińczykami, zajętymi przy budowie kolei mandżurskiej. (St. Peters. Woch.).

—k.— W roku przyszłym w Paryżu od 23 do 28 lipca podczas wszechświatowej wystawy, obradować będzie międzynarodowy kongres lekarski, poświęcony wyłącznie sprawom zawodowym. Kongres ten nie będzie miał żadnego związku z naukowym kongresem lekarskim. — Kongres zawodowy podzielony będzie na 4 sekcye. Zgłoszenia przyjmuje księgarnia Akademii lekarskiej Masson, Boulevard Saint-Germain, 120.

—k.— Liczba lekarzy wojskowych w Niemczech wynosi 2,103, co wobec ogólnej liczby siły zbrojnej, obliczonej na 580,577 głów wynosi, że na 276 ludzi przypada jeden lekarz. (St. Peters. Woch.).

—h.— W Lizbonie zmarł dyrektor pracowni bakteryologicznej, dr. Pestana, zaraziwszy się dżumą w Oporto. Zараżenie nastąpiło przy sekcji osoby zmarłej na dżumę.

—h.— Dr. prof. Pinard na rozpoczęcie lekcyi w klinice położniczej wybrał temat: „Czy brzemienna ma prawo nie pozwolić na dokonanie na sobie operacyi, mającej na celu uratowanie życia dziecku.“ Według Pinarda nie może ona mieć tego prawa, gdyż nie jest w stanie ocenić istoty potrzebnej operacyi. Konsekwentnie rozwijając swą myśl, prof. P. twierdzi, że w razie przyznania brzemiennej tego prawa, tem samem, logicznie biorąc, przyznawałoby się jej i prawo wykonywania poronienia. I byłoby bowiem w tym razie bez sensu pociągać do odpowiedzialności sądowej kobietę za zabicie kilkumiesięcznego płodu, jeżeli z drugiej strony daje się jej owo prawo rozstrzygnięcia co do życia lub śmierci, względnie, uśmiercania dziecka donoszonego. Kwestya ta pod względem prawnym jest bardzo subtelną i nie uwzględnioną jeszcze przez wiele prawodawstw. (Progr. Med., Novembre, 1899).

—z.— Zmarł członek wydziału krajowego dr. **Fr. Hoszard** we Lwowie 13 b. m. Zmarły był przewodniczącym wydziału zdrowia i wiele reform zaprowadził w szpitalnictwie galicyjskiem.

# SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

I. Z kazuistyki szpitalnej — Józef Piotrowski — str. 1209.

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

533. Dr. Krabbel — O wycięciu śledziony na skutek pęknięcia podskórnego tego narządu — str. 1215. 534. Dr. Teodor Kocher — Całkowite wycięcie żołądka i wycięcie poprzecznicy — str. 1217.

### II. Choroby kobiece.

535. Otto Küstner — O ciąży zewnątrzmacicznej — str. 1219. 536. Prof. L. Landau — O symptomatologii i leczeniu mięśniaków macicy — str. 1222. 537. Dr. G. Woyer — O stosowaniu ichtyolu w chorobach kobiecych — str. 1224.

### III. Choroby oczu.

538. E. von Grosz — Keratitis neuroparalitica — str. 1224. 539. Prof. dr. E. Machek — Sprawozdanie z czynności oddziału okulistycznego we Lwowie za czas 1892 — 1898 r. — str. 1226.

IV. Wiadomości terapeutyczne — str. 1227.

V. Towarzystwo Lekarskie Krakowskie — str. 1230.

VI. Korespondencja „Kroniki Lekarskiej“ — str. 1233.

VII. Odcinek — str. 1236.

Kronika bieżąca — str. 1241.

---

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

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

---