

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## I. O ZMIENNEJ NIERÓWNOŚCI ŻRENIC.

(Rzecz, wygłoszona na IX-tym zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie).

PODAŁ

Dr. W. Miklaszewski.

Od chwili ogłoszenia ostatniej mojej pracy w sprawie zmiennej nierówności źrenic \*) zebrałem szereg nowych spostrzeżeń, które stanowią łącznie z poprzednio przytoczonymi 21 przypadkami dość obfity materiał do uogólnień. Gdy mówię po raz pierwszy o tym objawie (*Warsz. Tow. Lek.* październik 1899), koledzy wyrażali zdziwienie, że zebrałem w stosunkowo krótkim przeciągu czasu aż 20 przypadków, gdy inni autorzy przytaczają zaledwo pojedyncze spostrzeżenia. Różnica ilościowa zależy, prawdopodobnie, od tego, że nie pomijam ani jednego chorego, aby nie zbadać przy każdym spotkaniu jego źrenic. Weszło mi to tak dalece w zwyczaj, że zwracam uwagę na źrenice każdego człowieka, którego spotykam, i dzięki temu zebrałem kilka przypadków zmiennej nierówności źrenic pomiędzy ludźmi zdrowymi.

W przytoczonym szeregu niebrak przypadków, w których różnica wielkości źrenic była nieznaczna (np. stosunek 3:4; 4:5 i t. d.). Bardzo wybitne różnice, zbliżające się do typu największego rozsze-

\*) „Kronika Lekarska“ № 1 i 2, 1900.

rzenia jednej źrenicy i największego zwiężenia drugiej, należą rzeczywiście do rzadkości. Nie mamy wszakże prawa uważać tych różnic jakościowych za zjawiska odrębne, podobnie jak nie nadajemy chorobie różnych nazwisk z tej tylko racji, że jeden objaw tej choroby np. gorączka w tyfusie, wyrażony jest raz słabiej, innym razem silniej.

Nie tylko zmienna wielkość źrenic naprzemienna, lecz i przejściowa nierówność należą do tego samego rzędu zjawisk, ponieważ nas z punktu widzenia przyrodniczo-lekarskiego powinien zajmować przedewszystkiem fakt, że źrenice są o tyle w luźnym związku z sobą, pomimo łączności ich przez unerwienie, że każda z nich może oddziaływać samoistnie na bodźce, które winnyby odbić się na obu wspólnie.

Niech te parę uwag wstępnych wyjaśnią, dlaczego ilość zebranych przezemnie spostrzeżeń jest większa, niż przez innych autorów.

Nie mając kryterium do ugrupowania moich przypadków, muszę poprzestać na wyliczeniu ich w tym porządku, w jakim je spostrzegąłem.

#### A). *Kobiety.*

- I. *P. M. lat 36. Tuberculosis pulm.*  
d. 4—6/XI  $p > 1$  \*) mydrias. Odruchy, współruchy i współodruchy źrenic prawidłowe. Bóle w boku prawym. 7—9/XI  $p = 1$  mydrias. Bóle w boku ustały.
- II. *M. P. l. 27. Polyarthr. rheumat. acuta. 5/XI  $p > 1$ .* Odruchy, współodr. i współruchy dobre. Ból w boku prawym. 6/XI  $p = 1$  ból ustał; 7/XI  $p < 1$  8/XI  $p = 1$ ; 9—12/XI  $p > 1$  ból w boku prawym.
- III. *O. J. l. 37. Lues tarda.*  
13/XI  $p < 1$  (1:3) l. mydriasis, słabo oddziaływa. 14—15/XI  $p < 1$  (1:2); 16/XI  $p < 1$  (2:3); 17/XI  $p < 1$  (1:2); 18/XI  $p = 1$  wielk. normalna. 19—24/XI  $p < 1$  (1:3); 25—27/XI  $p = 1$ ; 28/XI  $p [ 1$  (2:3).
- IV. *Z. l. 70. Marasmus.*  
17/XI  $p > 1$  myosis.; 19/XI  $p = 1$  normalne, oddział. prawidł.
- V. *S. J. l. 48. Monoplegia sin. superior.*  
13/XI  $p < 1$  myosis; oddziaływanie prawidłowe; 15—21/XI  $p = 1$ ; 22/XI  $p < 1$ .
- VI. *E. H. l. 74. Myocarditis, Arteriosclerosis.*  
29/XI — 3/XII  $p > 1$  (3:2) oddział. prawidł.; 4/XII  $p = 1$ ;

---

$p =$  źrenica prawa,  $l =$  lewa.

5—8/XII  $p > 1$ ; 9—12/XII  $p = 1$ ; 12—14/XII  $p > 1$ ; 15/XI  $p = 1$ ; 16—20/XII  $p > 1$ ; 26/XII  $p = 1$ ; 28/XII  $p > 1$ ; 2/I  $p > 1$ ; 3—7/I  $p = 1$ ; 8/I  $p > 1$ ; 9—12/I  $p = 1$ ; 13—14/I  $p < 1$  (2:3); 15—17/I  $p = 1$ ; 18/I  $p > 1$  (4:3); 20/I  $p = 1$ ; 21/I  $p > 1$  (3:2) mydriasis. bilater.; 22—24/I  $p < 1$  (3:2); 29/I  $p = 1$ ; 30/I  $p > 1$ ; 1—4/II  $p = 1$ .

VII. *E. A. l. 48.* Potłuczenie boku prawego.

28/XI  $p > 1$  (2:1) oddziaływanie prawidłowe; 29/XI—1/XII  $p > 1$  p. norm. l. myosis (2:1); 2/XII — 6/XII  $p > 1$  (4:3); 7—10/XII  $p = 1$  bok nie boli; 12—13/XII  $p > 1$ .

VIII. *S. B. l. 23.* Rheumatismus art. ac. Hysteria.

28 — 29/I  $p < 1$  (2:3) oddział. dobre; 2/II  $p = 1$ ; 5/II  $p = 1$ ; 7—11/II  $p < 1$ ; 20/II—3/III  $p = 1$ .

IX. *G. E. l. 30.* Hysteria. Napady kataleptyczne. Łatwo można ją zahypnotyzować.

12/II—14/II  $p < 1$  (2:3) oddziaływanie dobre. Po zahypnotyzowaniu źrenice zwężają się — nierówne. 15/II  $p = 1$ . Wszystkie dolegliwości nerwowe ustąpiły po uspieniu.

X. *D. F. l. 50.* Pyelo-nephritis. Diabetes insipidus.

23/II  $p < 1$  (2:3) myosis. 24/II  $p = 1$  myosis. 26/II  $p < 1$ . 27/II  $p = 1$ . 28/II—3/III  $p = 1$  wielkość normalna.

XI. *K. H. l. 40.* Alcoholismus.

26/III  $p < 1$  (2:3) wielkość normalna: oddziaływanie bardzo osłabione. 27/III  $p < 1$  (3:4); 28—29/III  $p = 1$ .

XII. *M. H. l. 57.* Aneurysma aortae. Hemipleg. sin.

26/III  $p > 1$  (3:2) myosis, oddziaływanie prawidłowe; 27/III rano  $p > 1$  (4:3)—w połudn.  $p = 1$ ; 29/III  $p = 1$  myosis; 30/III—5/IV  $p > 1$ ; 6—9/IV  $p = 1$ ; 10—15/IV  $p > 1$ ; 26/V  $p = 1$ .

W ciągu dwumiesięcznego spostrzegania źrenice były zawsze zwężone, średnicy  $1\frac{1}{2}$ —3 mm.; prawa była przeważnie większą od lewej (3:2; 4:3). Oddziaływanie na światło i przystosowanie zawsze prawidłowe, na ból — bardzo słabe.

XIII. *M. G. lat 73.* Tuberculosis pulm. Insuffic. cordis. Nephritis.

3/III  $p < 1$  (2:3) wielkość normalna, oddziaływanie prawidłowe; 27/III—4/IV  $p < 1$ ; 5—9/IV  $p = 1$ .

XIV. *J. J. l. 75.* Nephritis. Emphysema pulmonum.

2/IV  $p > 1$  (3:2) oddział. dobre, szerokość normalna; 3—4/IV  $p > 1$  (2:1); p. mydriasis; 5—7/IV  $p > 1$  (3:2) normalne; 8/IV  $p = 1$ ; 9/IV  $p > 1$  (4:3).

XV. *T. M. l. 56.* Pneumonia inferior chr. lobularis sinistra.

17/III—20/III  $p > 1$  (3:2) oddziaływanie prawidłowe; wielkość

normalna; 21--25/III  $p=l$ ; 26/III  $p>l$ ; 2/IV  $p=l$ ; 5--9/IV  $p>l$ .

XVI. *P. J. l. 24.* Tubercul. pulm. Kyphosis angularis tub. ad XI--XII vertebram dorsalem. Thrombosis ven. crural. sin.

24/IV  $p>l$  (4:3) normalna wielkość. Oddziaływanie prawidłowe. 25--28/IV  $p=l$ ; 29--30/IV  $p>l$ ; 5--6/V  $p<l$ .

XVII. *S. M. l. 47.* Hysteria.

13/V--15/V  $p<l$  (2:3) l mydriasis, słabo oddziaływa na światło i przystosowanie; 16--17/V  $p<l$  (3:4); 18/V  $p=l$  normalne, oddziaływanie dobre; 19/V  $p [ l$ ; 20--22/V  $p=l$  normalne.

XVIII. *S. H. l. 18.* Hysteria.

15/V  $p<l$  (2:3) mydriasis bilateralis. Oddziaływanie prawidłowe; 16--19/V  $p<l$ ; 22--23/V  $p=l$  wielkość normalna; 24/V  $p<l$  mydriasis.

XIX. *M. L. l. 23.* Rheumatismus subacutus. Hysteria.

23/V--3/VI  $p=l$  mydriasis bilateralis; 4--6/IV  $p>l$  (3:2) mydriasis bilateralis; oddziaływanie bardzo dobre. Silne bóle w dolnej części klatki piersiowej po stronie prawej. Prócz bolesności w odpowiednich międzyżebkach nie wykazuje się innych objawów chorobowych. Po zajodynowaniu ból ustaje; 7/VI  $p=l$ , wielkość normalna, oddziaływanie prawidłowe; 8--9/VI  $p<l$  (3:4) mydriasis bilateralis. Podobny ból w ustępach dolnych klatki piersiowej po stronie lewej. Po zajodynowaniu II/VI  $p=l$  ból ustał. Żrenice normalne.

XX. *Z. K. l. 19.* Hystero-neurasthenia.

5/VI  $p<l$  (3:4) mydriasis bilateralis. Oddziaływanie prawidłowe. Silne bóle w podżebrzu lewym bez objawów przedmiotowych. Po przypaleniu boku żegadłem Paquelina, bóle ustały i 6/VI--7/VI  $p=l$  mydriasis bilateralis; 9/VI  $p<l$  mydriasis. Ból w podżebrzu lewym; zmniejszył się po zajodynowaniu boku i 10/VI  $p=l$ .

XXI. *N. P. l. 35.* Hystero-neurasthenia.

7/VI  $p>l$  (4:3) myosis. Oddziaływanie prawidłowe; 8--10/VI  $p>l$  (3:2) myosis bilateralis; 11/VI  $p=l$  myosis; 12/VI  $p>l$ ; 13--14/VI  $p=l$  myosis.

XXII. *S. A. l. 54.* Pneumonia crouposa dextra.

10/VI--12/VI  $p>l$  (2:1); 13/VI umarła  $p=l$ .

XXIII. *K. P. l. 54.* Pneumonia lobularis.

10/VI  $p>l$  bóle w boku prawym. Mydriasis bilateralis; 11--13/VI  $p>l$  mydriasis; 14/VI  $p=l$  wielk. normalna; 15--18/VI  $p>l$ , oddziaływanie prawidłowe; wielkość normalna.

B). *Mężczyźni.*

- XXIV. *J. S. l. 28.* Tuberculosis incipiens (apex sinister).  
20/X  $p < 1$  mydriasis. bilateralis. Oddziaływanie źrenic prawidłowe. Ból w części górnej lewej klatki piersiowej; w tem miejscu tarcie opłucnej i rzężenia drobnopecherzykowe. 21—25/X  $p < 1$ ; 26—28/X  $p = 1$ . Ból ustał; rzężeń nie słyhać.
- XXV. *G. K. l. 21.* Pleuritis apicalis sin.  
1/XII  $p < 1$  (2:3) mydriasis, oddziaływanie prawidłowe. Bóle w górnej lewej części klatki piersiowej. 8/XII  $p = 1$  wielkość normalna. Ból ustał.
- XXVI. *D. A. l. 38.* Pleuro-pneumonia super. dextra.  
18/V  $p > 1$  mydriasis; oddziaływanie prawidłowe. 19—24/V  $p > 1$ ; 28/V  $p = 1$ . Objawy zapalenia zginęły.
- XXVII. *Z. F. l. 23.* Eparsalgia.  
2/III  $p > 1$  (4:3) p. mydriasis. Oddziaływanie dobre. Silny ból w boku prawym po dźwiganiu. 3—6/III  $p > 1$  bóle mniejsze; 9/III  $p = 1$  bóle ustały; 20/III  $p = 1$ ; 2/V  $p > 1$  ból w boku prawym.
- XXVIII. *S. S. l. 20.* Zdrow, dobrze zbudowany robotnik fabryczny.  
9/X  $p > 1$  mydriasis bilateralis (4:3) oddziaływanie prawidłowe; 15/X  $p = 1$  mydriasis; 22/X  $p < 1$  (3:4) mydriasis; 6/XI  $p = 1$ .  
U powyższego osobnika nie zdołałem wykazać żadnych objawów chorobowych. Przymiotu nie przechodził i nie ma wskazówek na dziedziczność.
- XXIX. *G. A. l. 45.* Emphysema pulm. laevis gradus.  
16/X  $p > 1$  (3:2) mydriasis bilateralis. Oddziaływanie prawidłowe. Osobnik powyższy jest zdrow, pracuje ciężko jako kowal fabryczny. Przymiotu nie przechodził. Żonaty, dietny. 20/X  $p = 1$ ; 25/X  $p = 1$  mydriasis.
- XXX. *W. S. l. 32.* Zdrow, dobrze zbudowany. Przymiotu nie przechodził. Żonaty 10 lat, bezdietny. Pracuje jako wyrobnik fabryczny. *Obj.* Odruchy kolanowe bardzo słabe, lewy nieco silniejszy; odruchy skórne — słabe, jądrowe — słabe. 14/X  $p > 1$  (4:3) mydriasis bilateralis. Odruch na światło i współruch prawidłowe; współodruch słaby. 20/X  $p = 1$  mydriasis; 28/X  $p < 1$  wielkość normalna.
- XXXI. *K. K. l. 27.* Zdrowy i silny robotnik fabryczny. Przymiotu nie przechodził. Żadnych zaburzeń chorobowych. 17/II  $p < 1$  (2:3) mydriasis; 24/II  $p = 1$  wielk. normalna.

XXXII. *L. J. l. 54.* Emphysema pulmonum. Arteriosclerosis.

16/II  $p > 1$  (3:2) wielkość normalna, oddziaływanie prawidłowe;  
19—24/II  $p = 1$  wielkość normalna; 25/II  $p > 1$  (2:1) p. mydriasis.

XXXIII. *N. l. 35.* Przechodził przymiot przed 15 laty; leczył się kilkakrotnie. Obecnie ma różne dolegliwości neurasteniczne i leczy się w zakładzie kol. A. Ciaglińskiego z powodu niedomogi płciowej (słaba i krótkotrwała erekcya). Zupełny brak odruchów kolanowych. Chwieje się przy zamknięciu oczów.

17/VI 1899 r.  $p > 1$  l-myosis, nie oddziaływa na światło i przystosowanie. 9/XI  $p < 1$  oddziaływanie dobre l-mydriasis. 10/XI  $p = 1$  wielkość normalna. Oddziaływanie prawidłowe. 12—14/XI  $p > 1$  (3:2) p-mydriasis. Oddziaływanie prawidłowe. 15—16/XI  $p = 1$  normalne. 17/XI  $p < 1$  (1:3) l. mydriasis b. silna. 18/XI  $p < 1$  (1:2) l. mydriasis; 19/XI  $p < 1$  (2:3) wielkość normalna; 20/XI  $p < 1$  (3:4) normalne; 25/XI—28/XI  $p = 1$  normalne; 10/XII  $p < 1$  (3:4) mydriasis. 15/XII  $p < 1$  (3:4) normalne, 30/XII  $p < 1$  normalne.

W początku roku bieżącego p. N. ożenił się. Stosunki płciowe odbywają się prawidłowo; żona zaszła w ciążę. Wiadomości, udzielone mi łaskawie przez kol. Ciaglińskiego, wskazują, że źrenice pozostały zmienne po dawnemu.

28/II  $p > 1$  (2:1) mydriasis. 29/II  $p < 1$  (2:3) mydriasis.

XXXIV. *Z. E. l. 61.* Diabetes mellitus (6—3% cukru). Lues przed 40 laty; leczył się. Żonaty, bezdzietny. Do ostatnich czasów zdrow i silny, bardzo czynny. Zdolności niezwykle przy zupełnej równowadze duchowej. Siła płciowa zupełnie zachowana. Odruchy kolanowe bardzo osłabione; czasem nie można wywołać ich zupełnie.

20/I  $p < 1$  (2:3) wielkość normalna; oddziaływanie prawidłowe.  
23/I  $p = 1$  normalne; 26/I  $p = 1$ ; 31/I  $p > 1$  (4:3) p. mydriasis, oddział. dobre; 5/II  $p = 1$  norm.; 14/II  $p < 1$  (2:3); 20/II  $p < 1$ ; 24/II  $p = 1$ .

Dalsze spostrzeganie chorego w ciągu kilka miesięcy dawało mniejwięcej podobne wyniki. Najczęściej źrenice bywały równe, rzadziej  $p < 1$ , najrzadziej  $p > 1$ .

XXXV. *D. B. l. 41.* Neurastenik; przed laty 20 przechodził przymiot (?). Żonaty, ma 3 zdrowych dzieci. Podlega masie przypadłości neurastenicznych. Odruchy kolanowe bardzo wzmożone. Przez długi przeciąg czasu spostrzegałem u chorego silną myozę źrenicy lewej, przy prawej normalnej. Przed 9-ma miesiącami zauważyłem rozszerzenie l i zwężenie p, potem  $p = 1$

myosis bilateralis, brak odruchów, potem  $p=1$  wielkość normalna i obecność odruchów, potem  $p<1$  p. myosis, 1 normalna i t. d. Mydriasis widziałem tylko na p. w samym początku spostrzegania. Okres zmienności trwał zawsze kilka i więcej dni.

XXXVI. *Dr. G. l. 28.* Przechodził przymiot przed kilkoma laty, leczył się. Obecnie niema żadnych objawów przymiotu. Źrenice bywają często nierówne; naprzemian jedna lub druga rozszerza się bardzo znacznie, zwłaszcza po zmęczeniu lub stosunkach płciowych i użyciu wyskoku.

XXXVII. *Dr. S. l. 27.* Tuberculosis pulm. incipiens. Neurasthenia. Przymiotu nie przechodził. Uważa się za całkiem zdrowego. Źrenice zmieniają się często; zdarza się, że jedna jest zwężona a druga rozszerzona ad maximum, zwłaszcza po czytaniu nocnym, użyciu wyskoku, i wszelkiego rodzaju nadużyciach.

### C). Dzieci.

XXXVIII. *G. S. l. 6,* chłopiec ze wsi. Chorea prawej połowy ciała. 12/V  $p>1$  wielkość normalna, oddziaływanie prawidłowe; 20/V  $p=1$  normalne; 27/V  $p<1$  (3:4); 28—31/V  $p<1$ ; 4—8/VI  $p=1$ .

XXXIX. *D. J. l. 4,* córeczka chorego XXXV, miewa często p. mydriasis, rzadziej 1 myosis. Najczęściej  $p=1$ . Oddziaływanie dobre. Dziecko jest zdrowe zupełnie.

Jako dopełnienie do pracy poprzedniej mogę dodać, że spostrzeżenie IV zostało określone w dalszym przebiegu jako stwardnienie wielogniskowe rdzenia i mózgu, co stwierdziła sekcyja i badanie drobnovidzowe. Największe zmiany znalazłem w części szyjowej rdzenia.

Wreszcie oprócz tych przypadków dalsze spostrzeżenie pozwoliło sprawdzić trwałe występowanie zjawiska naprzemiennej zmienności źrenic u omówionych osobników.

\*

\*

\*

Jeżeli rozpatrzmy cały zebrany materiał czyli 60 przypadków \*), to musimy przedewszystkiem postawić jeden wniosek, że

\*) Łącznie z 21 przypadkami, podanymi w pracy poprzedniej.

tęgo materiału nie można ugrupować podług pewnych postaci chorobowych, ponieważ zmienną nierówność źrenic spotykamy zarówno u ludzi zdrowych, jak i u dotkniętych różnymi chorobami wewnętrznymi, nerwowymi i zewnętrznymi. Prócz tego w niektórych razach mamy do czynienia z rzeczywiście zdrowymi ludźmi, czyli takimi, którzy nie odczuwają ani nie zdradzają żadnych objawów chorobowych, mają jednak w wywiadach przymiot. Ci ostatni narówni z chorymi wszelkiego rodzaju, którzy przechodzili przymiot, zajmują mnie najbardziej, ponieważ autorzy, którzy pisali o sprawie zmiennej nierówności źrenic, rokuja im z Kasandrą złowieszczą.

Wobec tego moje ugrupowanie przedstawia się, jak następuje:

I. *Ludzie zupełnie zdrowi*; przypadków 7-em; wiek ich: lat 25, 19, 20, 45, 32, 27 (mężczyźni) i 4 (dziewczynka).

II. *Ludzie zdrowi*, którzy przechodzili przymiot — przypadki 2: kobieta lat 37, mężczyzna lat 26.

III. *Chorób nerwowych czynnościowych* — przypadków 11: kobiety lat: 37, 34, 57, 30, 47, 18, 23, 19, 35; mężczyzna lat 27 i chłopiec lat 6.

IV. *Neurastenik* z przymiotem w wywiadach — przypadek 1. Mężczyzna lat 41.

V. *Chorzy z nerwobólami* — przypadków 8; kobiety lat: 27, 48, 23, 19; mężczyźni lat: 23, 40, 28 i 24. W przypadkach powyższych przy jednostronnem umiejscowieniu bólu zauważyłem rozszerzenie źrenicy zawsze po stronie bolesnej (patrz niżej).

VI. *Chorzy z cierpieniami nerwowymi organicznymi* — przypadków 10: kobiety lat 36 (sclerosis disseminata) 48 i 57 (tabes), 76, 48 (monoplegia), 40, 57 (hemiplegia), mężczyźni lat: 73, 35 (tabes incipiens) i 61 (diabetes e luete).

Reszta spostrzeżeń (21) przypada przy ugrupowaniu niniejszem na rozmaite cierpienia wewnętrzne. Z tej reszty zasługują na szczególną uwagę przypadki chorób wewnętrznych, połączonych z bólem jednostronnym (przypadki I, XXII, XXIII, XXIV, XXV), ponieważ w tych przypadkach spotykałem zawsze rozszerzenie źrenicy po stronie bolesnej, podobnie jak przy nerwobólach jednostronnych.

Jeżeli uwzględnimy, że chorzy, zebrani w grupie V, nie zdradzali innych objawów chorobowych prócz nerwobólu, to możemy chyba zaliczyć ich z pewnemi zastrzeżeniami do I-ej grupy, podobnie jak i chorych z II grupy; otrzymamy tedy razem 17 przypadków, w których zmienna nierówność źrenic występowała u ludzi zdrowych.

Drugą pokaźną cyfrę stanowią przypadki, objęte w grupie III-ej i IV-ej, czyli cierpienia czynnościowe nerwowe; razem przypadków 12.



Trzecia większa cyfra, to 10 przypadków chorób nerwowych organicznych. Gdybym przypuszczał, że 60 przypadków zebranych uprawnia do rozległych wniosków, to musiałbym powiedzieć przede wszystkim, że zmienna nierówność źrenic trafia się najczęściej u ludzi zdrowych. Poprzestaję jednak na wniosku skromniejszym, a właściwie tylko na wyraźnym zaznaczeniu, że objaw, któremu autorzy nadawali znaczenie złowieszcze przy rokowaniu, należy do niezbyt wielkich rzadkości u ludzi zdrowych, lub dotkniętych chorobami przemijającymi.

Drugi wniosek, do którego czuję się upoważnionym brzmi: zmienną nierówność źrenic spotykamy w cierpieniach nerwowych organicznych nie częściej, niż w czynnościowych.

Trzeci wniosek uwzględnia, że w zebranych przypadkach można było wykazać przebycie przymiotu z większym lub mniejszym prawdopodobieństwem zaledwo 7-razy, czyli w 11,66 % przypadków; odsetek ten jest nie większy od tego, który wskazuje częstość przymiotu wogóle. Ponieważ wiado-paraliż uważany jest przez większość autorów współczesnych za chorobę, powstałą na tle przymiotu, przeto można odpowiedzieć tym, którzy uważają zmienną nierówność źrenic za wróżbę rozwijającego się wiado-paraliżu, że w najgorszym razie dla chorego może mieć to miejsce zaledwo w 11,6% przypadków. Znaczy to, że rokowanie, które może być słusznem 1 raz tylko na 10 razy, jest podobne do zegara, który raz tylko na dzień pokazuje właściwą godzinę — czyli niema żadnej wartości. (C. d. n.).

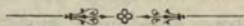


## II. O śródmacicznym stosowaniu balonu kauczukowego w położnictwie.

(Metreuryza, hystereuryza).<sup>1)</sup>

PODAŁ

Dr. Antoni Hołowko.



(Ciąg dalszy).

Przechodzimy do wyjaśnienia działania metreuryzy. Musimy tu rozróżnić: 1) podrażnienie przez ucisk balonu ośrodków nerwowych macicy, a przez to wywołanie kurezów; 2) ściśle mechaniczne rozszerzające działanie balonu.

<sup>1)</sup> Dla określenia metody tej uważam za najodpowiedniejsze wyrazy powyższe, utworzone na wzór kolpeuryzy; śródmaciczna kolpeuryza jest ze względu na treść zupełnie nieodpowiedniem wyrażeniem (*przyp. autora*).

Wychodząc z założenia, że skurcze macicy następują wskutek podrażnienia mechanicznego miejscowych ośrodków nerwowych, leżących z boku i z tyłu szyjki (*ganglion cervicale*) przez ucisk wywierany na tę część przez rozwijający się płód, **Kielmann** <sup>38)</sup> objaśnia działanie, włożonego do macicy balonu kauczukowego podrażnieniem tych ośrodków. **Kielmann** starał się wykluczyć czysto mechanicznie rozszerzające działanie balonu i, po wprowadzeniu niedużego balonu do macicy, używał pociągania za koniec balonu o tyle tylko, by balon mógł rzeczywiście wywierać na ściany szyjki macicy pewien ucisk. Rzeczywiście, natychmiastowe występowanie skurczów macicy, po wprowadzeniu balonu kauczukowego, dowodzi prawidłowości tego zapatrywania. Nie ulega jednak wątpliwości, że oprócz wywoływania skurczów macicznych przez podrażnienie ośrodków nerwowych, balon działa i mechanicznie, rozszerzając w czasie skurczów, lub przy stałym pociąganiu kanał szyjki i ujście zewnętrzne macicy. Rozszerzenie to może być tem silniejsze, im silniej będziemy ciągnąć za koniec balonu, tak, że często jesteśmy w stanie w bardzo prędkim czasie rozszerzyć zupełnie ujście zewnętrzne macicy.

Niewątpliwie więc balon kauczukowy, stosowany bez pociągania lub z nieznacznem pociąganiem, jest najbardziej zbliżony do normalnych warunków istniejących w czasie porodu, i już z tego powodu musimy oddać pierwszeństwo tej metodzie.

O wskazaniach do użycia metreuryzy mieliśmy dostateczne dane w pracach cytowanych autorów, nie będziemy więc dłużej nad tem zatrzymywać się, nadmienię tylko, że najwdzięczniejszym polem do stosowania balonów są przypadki porodu przedwczesnego, łożyska przodującego, drgawek porodowych i słabych skurczów macicy.

Nieco dłużej musimy zatrzymać się na przeciwwskazaniach metreuryzy.

Przy główce ustalonej u pierwiastek balon nie daje się włożyć do szyjki, ale i tu, gdy główka niezbyt głęboko jeszcze stoi, można zastosować balon, szczególnie mniejszy np. **Barnesa**. W przypadkach, gdzie główka zupełnie ustalona, szyjka wygładzona, a tylko ujście zewnętrzne niezupełnie rozwarłe, nie możemy stosować metreuryzy, a w razie potrzeby prędkiego ukończenia porodu, musimy uciec się do głębokich przecięć **Dührssena**.

Nie należy też zbyt forsownie stosować metreuryzy z bardzo silnem pociąganiem: już w przypadkach **Dührssena** widzimy często, choć niewielkie, pęknięcia szyjki — w przypadkach **Gericha**, gdzie rzeczywiście bardzo prędko ukończono poród zapomocą metreuryzy, wyniki, jak o tem nadmieniliśmy, były jeszcze gorsze.

Nalepiej więc stosować balon zupełnie bez pociągania i tylko w przypadkach, gdzie idzie o nadzwyczajny pośpiech ze względu na życie rodzącej, stosować to ostatnie postępowanie.

Przejdziemy teraz do zarzutów czynionych metreuryzie.

W pracy Schwarzenbacha <sup>43)</sup> znajdujemy tę kwestyą najobszerniej traktowaną, pozwolimy więc sobie szczegółowo rozebrać zarzuty, robione metreuryzie przez tego autora. Zarzut, że balon kauzukowy prędko przez sterylizację się psuje, jest niesłuszny, — w moich około dwudziestu kilku przypadkach użycia balonu wystarczyły mi 2 balony. Nadmienię, że wyjąławiam balony owinięte w gazę w sterylizatorze parą, ten sposób wyjąławiania balon doskonale wytrzymuje, ale znosi zarówno i wygotowywanie, jako też i wyjąławianie roztworem sublimatu lub lysolu. Słuszniejszym wydaje się zarzut, robiony przez Schwarzenbacha, formie balonu, — przez swoją dużą objętość balon może odsunąć główkę dziecka i zmienić prawidłowe położenie płodu na poprzeczne, w rzeczywistości jednakże zdarza się to niezbyt często, gdyż podczas skurezów balon coraz więcej wtłacza się w kanał szyjki, a później do pochwy, nie działa więc na położenie dziecka.

W przypadkach jednakże, w których się to stanie, możemy, jak to już zalecił Champetier, zrobić zewnętrzny lub wewnętrzny obrót.!

Zarzut robiony metreuryzie, że działa zbyt wolno, jest niesłuszny, gdyż prawie wszyscy autorzy, stosujący metreuryzę, zgadzają się, że działa on pewniej i szybciej, niż wszystkie inne metody.

Szczególniej nie należy, według Schwarzenbacha, stosować metreuryzy tam, gdzie i tak zawartość macicy jest powiększoną, jak to w *hydrumnion*, bliźniętach, krwotokach wewnętrznych, przedwczesnem oddzieleniu łożyska; na dowód słuszności swego zapatrywania przytacza autor przypadek krwotoku wewnętrznego. Wiemy jednakże z pracy Świtalskiego, że w tych przypadkach metreuryza z korzyścią stosować się daje.

Zarzut, że przy stosowaniu metreuryzy często pęka pęcherz płodowy, nie ma znaczenia, gdyż balon zupełnie zastąpić może działanie pęcherza płodowego.

Ostatni zarzut, że przy stosowaniu balonu spotyka się wypadnięcie rączki lub pepowiny, nie jest też wielkiej wagi, gdyż może to zdarzyć się po urodzeniu się balonu, a wtedy w każdej chwili możemy poród ukończyć sztucznie.

Sposób zaś, mający według Schwarzenbacha zastąpić metreuryzę, mianowicie zastosowanie metalowego instrumentu, skła-

dającego się z rączki i 5-ciu listków nadających narzędziu formę tulipana, jest gorszy, bo, jak to sam autor podaje, zupełnie nie daje się stosować w zwężeniach miednicy, i oprócz tego wywiera często ucisk na spojenie kości łonowych i na główkę dziecka, co bynajmniej nie jest pożądanem.

Co się tyczy techniki metreuryzy, to trzymamy się następującego sposobu: po najdokładniejszym odkażeniu pochwy, chwytamy wargę przednią kleszczykami, wkładamy wziernik i wprowadzamy uprzednio wyjałowiony i w rulonik zwinięty balon zapomocą zwyczajnego korncangu do macicy.

Ujście maciczne musi być rozwarne na palec, gdyby tego nie było, musimy przedtem, bądź dilatatorem Hegara, bądź też zapomocą gazy jodoformowej, odpowiednio rozszerzyć kanał szyjki. Udaje się też często wsunąć balonik bez użycia wziernika i kleszczyków, co u osób wrażliwych jest odpowiedniejsze.

Po wstawieniu balonu do macicy napełnia się go płynem dezynfekcyjnym (używam do tego 1% roztworu lyzolu) zapomocą irygatora, inni używają do tego specjalnych strzykawek.

Na ogół wprowadzenie balonu nie jest trudne przy odpowiedniejprawie. Przechodzę do własnych przypadków.

\*

\*

\*

Od 1897 r. zacząłem stosować metreuryzę systematycznie w nadających się przypadkach, tak, że w przeciągu 3 lat stosowałem baloniki śródmacicznie 22 razy, mianowicie: 9 razy z powodu słabych bólów, 6 razy przy łożysku przodującym, 3 razy dla wywołania porodu przedwczesnego, 2 razy w drgawkach porodowych, 1 raz dla ukończenia zaczętego poronienia, wywołanego z powodu nieustających wymiotów u ciężarnej, 1 raz przy zbliznowaceniu pochwy.

Balon stosowałem bez pociągania i tylko w 2 przypadkach zniewolony byłem uciec się do pociągania za koniec balonu dla przyspieszenia porodu.

Większość przypadków pochodzi z mej praktyki prywatnej w Dźwińsku i okolicy, gdzie pomoc położniczą musiałem udzielać wśród najrozmaitszych warunków bytu; kilka przypadków obserwowałem w swej klinice prywatnej.

Oto krótki spis tych spostrzeżeń:

#### I. *Zastosowanie metreuryzy w słabych bólach.*

1) Rok 1897. № 113. C. G. 28 lat, rodzi pierwszy raz, bóle od kilku dni, lecz słabe; wody odeszły, dziecko nieżywe, miednica lekko

zwiężona, położenie I czaszkowe, główka nieustalona, szyjka wygładzona, ujście macicy rozwarne na  $1\frac{1}{2}$  palca — założenie śródmacicznie kolpeuryntera Brauna, silne bóle, po 4 godzinach ujście zupełnie rozszerzone, po wyjęciu balonu bóle ustały, chora nie zgadza się na operację, dopiero uazajutrz zrobiłem wymóżdzenie. Dziecko macerowane, bardzo duże. Przebieg położu prawidłowy.

2) Rok 1898. № 16. S. N. 25 lat, rodzi pierwszy raz, położenie I czaszkowe, główka wysoko, przedwczesne pęknięcie pęcherza. Słabe bóle od 3 dni — lekarz będący przy chorej zastosował kilkakrotnie ergotyne, — bez skutku. Szyjka wygładzona, ujście zewnętrzne macicy rozwarne na 2 palce — wprowadzono balon, bóle silniejsze, po 8 godzinach balon wyjęto, ujście zupełnie rozwarne — nałożono kleszcze — dziecko żywe, połów prawidłowy.

3) Rok 1898. № 38. C. S. 22 lata, rodzi pierwszy raz. Przedwczesne odejście wód, — bóle od 3 dni, rodząca bardzo zmęczona. Skonstatowano bliźnięta; położenie I czaszkowe, ujście zew. macicy rozwarne na 2 palce. Założono balon Brauna, po 6 godzinach ujście rozwarne zupełnie, obok główki, stojącej wysoko, wyczuwa się pępowina, dlatego nałożono kleszcze, 2-gie dziecko leży poprzecznie — obrót i wydobyte płodu. Dzieci żywe, połów prawidłowy.

4) Rok 1898. № 50. p. L. 35 lat, rodzi pierwszy raz. Przedwczesne odejście wód, miednica nieznacznie zwiężona, położenie II czaszkowe, główka wysoko. Szyjka wygładzona, ujście macicy rozwarne na 2 palce, nie rozszerza się pomimo bólów w ciągu 6 godzin, wtedy założono kolpeurynter; bóle coraz silniejsze, we  $2\frac{1}{2}$  godzin rodzi się balon, a tuż za nim dziecko. Połów prawidłowy, dziecko zdrowe.

5) Rok 1898. № 56. p. L. 36 lat, rodzi pierwszy raz. Położenie II czaszkowe, zwiężenie miednicy 1-go stopnia, przedwczesne odejście wód, bóle od 2-ch dni, coraz słabsze, szyjka wygładzona, ujście otwarte na 2 palce. Wprowadzono balon, w  $2\frac{1}{2}$  godziny rodzi się balon, a tuż za nim żywe dziecko. Połów normalny.

6) Rok 1899. № 55; poród odbył się w lecznicy. B. H., 25 lat, zamężna 3 lata, rodzi pierwszy raz, — położenie czaszkowe I, główka nie ustalona, słabe bóle od kilku dni, szyjka nie zupełnie wygładzona, ujście zewnętrzne rozwarne na 1 palec. Założono balon Barneasa — po 6-ciu godzinach balon wyjęto, bóle silne; po 6-ciu godzinach rodzi się samoistnie żywe dziecko; połów prawidłowy.

7) Rok 1899. № 29. p. M., 25 lat, rodzi drugi raz, od 2-ch dni bóle bardzo słabe; położenie I czaszkowe, ujście zewnętrzne roz-

warte na jeden palec. Założono balon Barnes'a, kurecze silniejsze, po 2-eh godzinach balon wypada, bóle ustają, założono ponownie balon Brauna, po 8 godzinach poród. Połóg normalny, dziecko zdrowe.

8) Rok 1899. № 104; poród w lecznicy. W. D., 31 lat, rodzi 3-ci raz, położenie I czaszkowe, słabe hóle od 2 dni, ujście rozwarte na 1 palec, główka wysoko. Założono balon Barnes'a, odrazu wystąpiły silniejsze bóle, po 6 godzinach urodził się balon, a w godzinę później dziecko. Połóg prawidłowy, dziecko zdrowe.

9. Rok 1899. № 56. Ch. C., 35 lat, rodzi 2 raz; przedwczesne odejście wód, bóle od 22 godzin. Położenie I czaszkowe, ujście na 2 palce, założono balon, wystąpiły silne bóle z parciem; po kilku bólach balon rodzi się; ujście zupełnie rozwarte, w godzinę później rodzi się dziecko. Połóg prawidłowy, dziecko zdrowe.

## II. *Metreuryza w przypadkach łożyska przodującego.*

1) Rok 1898. № 48. p. T., 38 lat, rodzi 5 raz. W 8 miesiącu ciąży silny krwotok, w początku 9-go krwotok po raz drugi, przy tem słabe bóle. Badanie wykazuje położenie I poprzeczne, placenta praevia lateralis, szyjka niewyglądzona, ujście zewnętrzne rozwarte na 1 palec. Włożono balon, silne bóle, po 4 godzinach balon wyjęto — ujście zupełnie rozwarte, obrót i wydobyć płodu. Połóg prawidłowy, dziecko zdrowe.

2) 1898 r. № 81. p. A., 32 lat, rodzi 3-ci raz, silny krwotok przed tygodniem, powtarza się znowu. Położenie I czaszkowe, szyjka nie zgładzona, ujście przepuszcza palec, który wszędzie natrafia na łożysko, placenta praevia centralis. Tamponada gazą jodoformową, pomimo to krwawi, wtedy przebito łożysko kornecangiem i założono balon Brauna. Natychmiast silne bóle. Po 1½ godzinie ujście o tyle rozszerzone, że można przystąpić do ukończenia porodu przez obrót na nóżki, wydobyć płodu. Połóg prawidłowy, dziecko zdrowe.

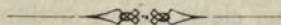
3) Rok 1898. № 96. p. C., 25 lat, rodzi 1-szy raz. Krwotok na początku 9 miesiąca ciąży. Położenie I czaszkowe, główka nie ustalona, szyjka nie zgładzona, ujście nie przepuszcza palca. Tamponada gazą jodoformową, po 6 godzinach tampony wyjęto — ujście zewnętrzne rozwarte na palec, stwierdzono placentam praeviam lateralem. Przebito pęcherz i założono kolpeurynter — silne bóle, po 2 godzinach balon, napierający na międzykrocze, usunięto i znaleziono ujście zupełnie rozwarte, główkę mocno opuszczoną. Krwotok ustał. Wobec tego postępowanie wyczekujące, lecz wskutek asfiksyi dziecka musiano nałożyć kleszcze. Połóg normalny, dziecko zdrowe.

4) 1899 r. № 4. p. M., 40 lat, rodzi 6 raz, w IX m. ciąży potwarzające się krwotoki od 4 tygodni, silniej krwawi od tygodnia. Chora nie zwracała się do lekarzy, lecz do akuszerki, która kilkakrotnie robiła tamponadę watą — temperatura 39,5, puls 100, krwotok silny. Położenie I czaszkowe, ujście nie przepuszcza palca. Przepłukanie pochwy, tamponada gazą jodoformową, po 12 godzinach wyjęcie gazy, ujście ua 1 palec rozwarte, skonstatowano placenta praevia lateralis, włożono balon, po 4 godzinach wyjęcie balonu, ujście zupełnie rozszerzone. Ponieważ krwawi — obrót na nóżki, wyjęcie płodu. T<sup>o</sup> wysoka, nie spada, rozwinęła się septicopyæmia, a później zapalenie płuc, których ofiarą pada chora w 6 tygodni po porodzie. Dziecko zdrowe.

5) 1898 r. № 64. S. S., rodzi 10 raz, kilkakrotny krwotok w końcu ciąży. Silny krwotok ostatniej nocy; wezwany do chorej zrana znajduję silną anemię ogólną, całą pochwę wypełnioną skrzepami krwi, ujście zewnętrzne przepuszcza 1 palec; z lewej strony wyczuwa się dokładnie łożysko — placenta praevia lateralis. Przerwanie pęcherza, włożenie balonu, natychmiast bóle, we 4 godziny potem ujście zupełnie rozwarte; obrót na nóżki i wydobyć płodu. Połóg normalny. Dziecko zdrowe.

6) Rok 1900. № 21. Ch. B., 35 lat, rodzi 7 raz. Położenie I poprzeczne. Krwawi od 4 tygodni, ciąża w 8-ym miesiącu. Ujście rozwarte na palec, z boku wyczuwa się łożysko — placenta praevia lateralis. Chora silnie kaszle od paru tygodni. Tamponada gazą jodoformową; ponieważ, pomimo tamponady, silnie krwawi, wyjęcie gazy, przerwanie pęcherza płodowego, włożenie balonu, którego koniec za pomocą tasiemki przytwierdzono do poręczy łóżka pod pewnem napięciem. Silne bóle, we 3 godziny później balon daje się wyciągnąć, ujście zupełnie rozszerzone — obrót na nóżki, wydobyć płodu. Dziecko urodziło się żywe, waży 2000 gr., umarło na 2-gi dzień. Połóg nieprawidłowy powikłany bronchitem, chora mogła wstać dopiero na 14 dzień.

(C. d. n.)



## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

37. Dr. A. Depage (z Brukselli). **Zwichnięcie nerwu środkowego.** (Annales de la société belge de chirurgie. № 10, Decembre, 1900).

Autor opisuje przypadek, któremu podobnego nie znalazł w piśmiennictwie lekarskim. Chodziło o 14-letniego chłopca, który przed trzema miesiącami uległ zwichnięciu przedramienia prawego i dłoni. Zwichnięcie to odprowadzone zostało prawie bezzwłocznie, poczem, po dokonaniem nastawieniu, łokieć unieruchomiono na tydzień. Gdy okres ten upłynął, chłopca zachloroformowano, opatrunek zdjęto i wyrobiono ruchy w stawie stężalym; przedramię też odzyskało sprawność ruchową w całym swym zakresie, ale na stronie zewnętrznej słuchzonej części kończyny stwierdzono utratę czucia zupełną oraz porażenie mięśni, zależnych od nerwu środkowego (n. medianus), który podczas badania maszyną elektryczną zdradzał niewrażliwość zupełną. Co do sfery czuciowej, zauważono po szczególe, co następuje: *a) na powierzchni przedniej dłoni* — brak czucia na stronie zewnętrznej palucha, wskaziciela, palców: środkowego i obrączkowego; *β) na powierzchni grzbietowej* — zniesienie czucia części ręki, przylegających do palucha, wskaziciela i palca trzeciego. Na powierzchni dwóch palców pozostałych czucie było prawidłowem zupełnie, jak również *γ) na ramieniu*. Prócz tego na brzusku drugiego i trzeciego palca stwierdzono obecność strupów i dosyć wyraźnej sinicy.

Ponieważ przedewszystkiem nasuwało się przypuszczenie, że nerw środkowy wciągnięty został w bliźnę, w celu uwolnienia go przystąpiono do operacji. Na powierzchni przedniej zmarszczki łokciowej dokonano długiego na 10 ctm. cięcia, które wzdłuż brzegu wewnętrznego mięśnia dwugłowego przebiegało skośnie ku dołowi oraz na zewnątrz; rozcięto pochewki powięziowe i przedłużenie ścięgna owego mięśnia i odsunięto na zewnątrz żyły powierzchowne zmarszczki łokciowej. Po otwarciu pochewki naczynio-nerwowej i obnażeniu tętnicy ramieniowej wraz z żyłą znaleziono nerw, który z wymiarów swych podobnym był do nerwu środkowego. Tenże wkładał się w masie włóknistej w kierunku do stawu, dał się jednak odpreparować aż do wysokości bloczka (epitrochlea). Nasuwało się jednak teraz pytanie, czy nie jest to nerw łokciowy (n. cubitalis), ile, że w połowie dolnej cięcia nerwu środkowego nie znaleziono. Nie prowadzono jednak na razie poszukiwań dalszych i, przekonawszy się, że nerw promieniowy jest na swoim miejscu, ranę zaszyto. Wprawdzie, przez ciąg dni kilku sinica wskaziciela i trzeciego palca ręki prawej powiększała się nawet, potem jednak stopniowo znikła w całości, a u podstawy 3-go i 4-go palca powróciło czucie.



Po zagojeniu się doszczętnem rany operacyjnej, t. j. po upływie dni 19, przystąpiono do drugiej operacji, przyczem cięcie pionowe, długie na 8 ctm., wykonano od tyłu bloczka; po obnażeniu zmieszczonego na wewnątrz nerwu łokciowego zaczęto szukać nerwu środkowego, poczynając od miejsca, na którym zatrzymano się podczas pierwszego rękoczynu. Jakoż znaleziono nerw ten wkliniwanym do pochewki łączno-tkankowej i oddzielonym od nerwu łokciowego przez listek włóknisty, który jak się zdawało był powięzią śródmięśniową. Ścieńczały i mocno zmieniony w spoistości swej nerw środkowy odpreparowano na całym obwodzie stawu, poczem przesunięto tenże na przednią powierzchnię stawową. Wreszcie, po zaszyciu skóry, nałożono opatrunek bezgnilny.

W następstwie zabiegu tego nie otrzymano jeszcze wyników, całkowicie zadawalniających, przynajmniej na razie. Na czubkach wskaziciela i palca trzeciego czucie pozostawało zniesione, to ostatnie na paluchu było prawidłowe, na palcach zaś czwartym i piątym znaleziono nawet wzmoczenie wrażliwości czuciowej. Na dłoni zmian nie wykryto żadnych. Rana miejscowo zagoiła się per primam. Dotąd w sferze czucia zmian nie zauważono, za to w ruchach ręki wystąpiła poprawa wyraźna.

*K. Niedzielski.*

38. Dr. H. Alapy. (z Budapesztu). O zaszczepianiu płatu skór nego sposobem Thiersch'a celem wyleczenia ciężkich zwężeń krtani. („Centralbl. f. Chir. № 52. 1900).

Trzy drogi ma się do wyboru w przypadkach zwężeń dróg oddechowych na tle błonicy, owrzodzeń lub odleżyny od ucisku. Możemy tedy w razach tych stosować: a) rozszerzenie za pomocą intubacji z uprzednim rozszczepieniem zwężenia lub bez; b) możemy wyciąć całą zwężoną część rury i zaszyć końce cięcia, lub też wykonać c) plastykę za pomocą płatu-skórno-kostnego resp. skórno-chrząstkowego, przyczem materiał bierze się z chrząstki tarczowej.

W r. 1895 Gersuny wystąpił z nową metodą leczenia zwężeń natury intubacyjnej, polegającą na zaszczepianiu płatu skór nego na sposób Thiersch'a. Próba ta była o tyle nieudatną, że dziecko drogą tą operowane mogło, wprawdzie, wykonywać przez usta ruchy wdechowe, wdechów jednak dokonywać nie było w stanie, wobec czego założoną być musiała rurka tracheotomiczna. Wynik taki nie mógł, oczywiście, zachęcać do dalszych prób w tym kierunku. Ze jednak zniechęcenie takie nie było usprawiedliwionem zupełnie, poucza następujący przypadek:

U 4-letniego chłopca, który przebył błonicę, stosowano czas jakiś, wobec zwężenia krtani, przepuszczającą intubację. Okresy jednak, w ciągu których mały ów pacjent oddychać mógł bez aparatu, stawały się coraz krótsze, aż wreszcie 8-go dnia przyrząd trzeba było pozostawić na stałe, gdyż natychmiast po wyjęciu rurki występo-

wały napady duszności. Dokonano wtedy tracheotomii, ze względu jednak, że niebawem sprawa powikłaną została przez zapalenie płuc, nie podejmowano w ciągu 35 dni prób żadnych co do intubacji. Po upływie tego czasu zwężenie posunęło się o tyle, że najcieńsza nawet rurka nie mogła być wprowadzoną dalej, niż po za środek krtani, wepchnięcie zaś zgłębnika nie było możliwem ani od góry, ni od dołu. Przy nieogajającej się przetoce powietrze nie przedostawało się wcale do ust i nosa.

Wobec takiego, stale pogarszającego się stanu rzeczy, przystąpiono do wykonania pod chloroformem laryngofissury. Po rozcięciu chrząstki obrączkowej i połowy dolnej chrząstki tarczowej i pierwszego pierścienia tchawicy, rozcięto twardą tkankę bliznowatą i przeprowadzono podwiązkę jedwabną, t. j. koniec jej dolny do przetoki tchawicowej, górny zaś do nosa. Tenże koniec zawiązano na węzeł od zewnątrz. Za pomocą tej nitki dokonywano w przerwach dwu lub trzydniowych rozszerzania sprężystemi *bougies* o coraz wyższym numerze. Lecz choć rozszerzania te były wykonywane przez ciąg kilku miesięcy, dziecko po posiedzeniu każdym zaledwie przez kilka minut dokonywać mogło ruchów wydechowych *per vias naturales*, wdechów zaś wogóle nie robiło żadnych tą drogą.

Po upływie 6 $\frac{1}{2}$  miesięcy dokonano pod chloroformem operacji laryngo-fissury. W celu dokładniejszego rozejrzenia się w ranie rozcięto, po podwiązaniu przesmyka, całą część rury oddechowej pomiędzy przetoką i krtanią. Znajdująca się na wysokości chrząstki obrączkowej blizna, która krtać zamykała poprzecznie, została całkowicie wycięta, poczem otrzymano ranę kolistą z leżącą na jej dnie chrząstką obrączkową i pierwszym pierścieniem tchawicy. Brak ten pokryty został na sposób operacji *Thiersch'a* płatem, wykrajany z powierzchni wewnętrznej uda. Ten ostatni odwrócony na zewnątrz i nasadzony na pasek gazy, zwinięty jak walec, umocowano dwoma szwami, które krtać zamknęły czasowo wraz z rurką oddechową. Wobec pomyślnego zupełnie przebiegu pooperacyjnego, po upływie dni ośmiu otworzono, uspiwszy lekko chorego, krtać raz jeszcze i usunięto zeń tampon z gazy. Płat skórny na całej długości braku wgoił się pięknie. Do rany założono t. z. rurkę kominową i nałożono szew wtórny. Dziesiątego dnia po operacji dziecko mogło po raz pierwszy oddychać przez godzinę przy zatkniętej przetoce. Teraz powrócono znowu do intubacji, która z początku była utrudnioną nieco na skutek obrzmienia natury zapalnej w okolicy obu strun rzekomych; obrzmienie to, zresztą, zmniejszało się stopniowo coraz bardziej. Po upływie miesięcy siedmiu sprawa posunęła się o tyle, że chłopca intubowano codziennie tylko przez godzinę, w ciągu zaś dnia prawie całego operowany oddychał bez przeszkody drogą zwykłą, mając przetokę tchawicową zalepioną plastrem. Ta ostatnia niebawem zablizniła się, a chłopiec przedstawiony był w Towarzystwie Lekarskiem, jako wyleczony zupełnie. Badanie krtani wziernikiem wykryło, że bł. śluzowa zabarwioną była na odcień blado-różowy, chrząstki zaś nalewkowe po stronach obu były wolne. Prawa rzekoma struna głosowa była jeszcze wówczas nieco obrzmiała, struny



cha. Za wzór przyjęto przepuklinę pachwinową lewą. Stanąwszy po stronie lewej chorego, operujący wprowadza wskaziciel ręki lewej, zwrócony powierzchnią dłoniową ku górze, do kanału pachwinowego, a mianowicie pomiędzy jego ścianą przednią i powrózek, przez energiczne zaś podźwignięcie tej ściany, napinja z obu stron mięsień skośny i jego powięź. Wówczas igłą krzywą Reverdin'a należy przekłuć stronę lewą ściany przedniej kanału u podstawy wytworzonego przez palec ręki lewej wzniesienia, t. j. poniżej miejsca, gdzie umocowaną została szyja worka. Ponieważ igłę prowadzi się pomiędzy wskazicielem lewym i mięśniem (*m. obliquus*), sznurek nasienny zabezpieczony jest od zranienia zupełnie. Z kolei przekłuć wypadnie ścianę kanału przedniego z głębi ku powierzchni, t. j. w miejsce diametralnie przeciwnem, lecz odpowiadającym przekłuciu pierwszemu, uszko igły otworzyć i zaczepić jeden z końców podwiązki, wyprowadzonej na zewnątrz przez otwór wejściowy. Po wyszukaniu drugiego końca nitki wykonywa się ścieg w postaci głośki U, której ucho zwrócone jest na wewnątrz w stosunku do kanału, obie zaś gałęzie wynurzają się od jego strony zewnętrznej. Szwy nakłada się zawsze pionowo do osi podłużnej zmarszczki. Po przebicciu igłą jej podstawy, zrazu od powierzchni wgląd, potem zaś z głębi ku powierzchni w miejscu przeciwnym i po wyciągnięciu jednego z końców nitki manewr taki sam powtarza się znowu, przyczem dwie ostatnie transfiksyje wykonywa się na półcentymetra powyżej i wyprowadza drugi koniec nitki. Oba końce należy związać dość mocno, aby zespolenie części ściany brzusznej, uniesionych w fałdę było dokładne. Do szycia autor używa katgut.

W ten sposób nakłada się w półcentymetrowej jeden od drugiego odległości szwów tyle, ile potrzeba do wytworzenia zmarszczki grubej, która w postaci wałka sięga aż do zewnętrznego otworu pachwinowego (*orificium inguinale superficiale*); na brzegi włókniste pierścienia nakłada się również szwów kilka, przez co wymiary jego sprowadzają się do tak małego otworu, któryby przepuszczał tylko sznurek nasienny. Ponieważ ściana brzucha jest dobrze napiętą ze stron obu, drenowanie staje się niepotrzebnem. Teraz nakłada się na skórę szew powierzchowny, ażeby zaś w mowie będąca zmarszczkę utrzymać na odpowiedniej wysokości, przeprowadza się przez wierzchołek fałdy wszystkie szwy skórne. Rozumie się, w tych razach, gdzie ma się do czynienia z prawostronną przepukliną pachwinową, pozycya operującego staje się o wiele mniej dogodną.

K. Niedzielski.

## II. Choroby gardła.

40. Brady. Naczyniak krtań u 6-cio letniego chłopca, usunięty pod chloroformem na drodze wewnątrzkrtańowej. (Angioma of the larynx in a boy aged six years, removed under chloroform by an endolaryngeal method). „*Jour. of Laryng*“ № 1, 1901.

Chory skarży się na kaszel, chrypkę, duszność, oraz krwawie-

nie z gardła, co ze względu na wiek (6 lat) rodziło przypuszczenie wyrosła adenoidalnych w jamie nosogardzielowej. Badanie jednak za pomocą lusterka krtaniowego wykazało zupełnie inną przyczynę wyżej wspomnianych objawów—mianowicie widać było w krtani pod przedniem spojeniem (commissura) strun głosowych mocno czerwoną, wielkości wiśni guz, natomiast jama nosogardzielowa okazała się wolną od wyrosła. Kilkakrotne próby usunięcia guza na drodze wewnątrz-krtaniowej pod kokainą spełzły na niczem, a to głównie z powodu kaszlu oraz krwawienia, dopiero po zastosowaniu chloroformu przy pomocy metody Hirsteina a t. j. bez lusterka udało się skrobaczką krtaniową usunąć guz i to na 2 posiedzeniach (zdaniem mojem właściwszą tu była laryngofissura — przyp. spraw.).

*Dr Jan Sędziak.*

41. Donelan. **O krwawieniu tchawicowem w następstwie grypy.**  
(On post-influenzal tracheal haemorrhage). „*Jour. of Laryng.*“  
№ 1, 1901.

Autor opisuje kilka interesujących przypadków krwawień rzekomo-płucnych po influency, których siedliskim była tchawica.

1-szy przypadek dotyczył chorej 26-letniej, u której po przebyciu ciężkiej grypy wystąpiło krwawienie z gardła, nasuwające podejrzenie cierpienia płucnego, tem więcej, że stan ogólny chorej mocno zaczął podupadać. Ujemny jednak wynik badania fizykalnego płuc, jakoteż brak w płwocinie laseczników gruźliczych rozpoznanie to czyniło wątpliwem. Przy badaniu krtani resp. tchawicy znajdowano tylko w tej ostatniej skrzepy krwi.

Ostatecznie chorą wysłano na Riwierę, poczem stan ogólny znacznie się poprawił, krwawienia więcej się nie powtórzyły. W rok później znowu chora zapadła na influencję i znowu połączoną z krwotokami rzekomo-płucnymi. Tym razem jednak ściślejsza obserwacja pozwoliła na rozpoznanie pewne źródła krwawienia. Badając mianowicie krtani wzgl. tchawicę lusterkiem, udało się autorowi na miejscu poprzednich skrzepów krwawych w tchawicy najwyraźniej dostrzedz mocno rozszerzone naczynia na błonie śluzowej, a nawet ad oculos widzieć sączącą się z nich krew.

Oprócz powyższego autor spostrzegał jeszcze analogicznych 11 przypadków, z tych 2 ostatecznie w parę lat zakończyły się śmiercią z powodu gruźlicy krtani, pozostałe zupełnem wyzdrowieniem. Spostrzeżenia powyższe są wielkiej wagi, w literaturze odnośnej bowiem znajdujemy bardzo wiele wzmianek w tej kwestyi, między innymi Massei wspomina o takich krwawieniach w przebiegu przewlekłego nieżyty tchawicy, lecz zwykłego, nie po influency.

(W ostatnich czasach spostrzegalem przypadek do pewnego stopnia analogiczny do powyższych, gdzie jednak źródłem krwawienia rzekomo płucnego po przebyciu ciężkiej influency u młodej osoby była nie tchawica, a jama nosogardzielowa — formalnie cała wyta-

petowana skrzepami krwi. I tu stan ogólny, nędzny czynił przypuszczenie cierpienia płucnego bardzo prawdopodobnem, w tym też kierunku było przeprowadzone początkowo leczenie przez lekarzy ogólnych — przyp. spraw.).

*Dr Jan Sędziak.*

42. **Fortunati. Nowy przyczynek do zapalenia rogówki pochodzenia nosowego.** (Nuovo contributo alla Neuro-cheratite d'origine nasale). „Arch. ital. di otol. rin. e lar.“ № 4, v. X., 1900.

Przed 4 laty autor ogłosił 2 rzadkie przypadki neuro-keratitidis pochodzenia nosowego. W obu po usunięciu polipów uwzgl. polipowatych muszel ustąpiły objawy obustronnego zapalenia wrzodzącego rogówki. W ostatnich czasach autor miał możność spostrzeżenia jeszcze jeden analogiczny przypadek. Dotyczył on 20-letniej chorej z owrzodzeniem i przedziurawieniem rogówki w lewym oku. Pomimo zastosowania środków zwykłych, między innymi najnowszego, tak zachwalanego w tych razach przez amerykańskich okulistów t. j. cassaripa stan oka nie tylko się nie poprawił, lecz stale się pogarszał. Wówczas autor wpadł na myśl zbadania jam nosowych i rzeczywiście lewa okazała się zupełnie niedrożną z powodu przerostu polipowatego muszli dolnej, który też i bezzwłocznie był usunięty pętłą galwanokaustyczną. Wynik był zdumiewający: w 48 godzin znikło hypopyon, następnie zaś zagojenie owrzodzenia rogówki.

Na zasadzie tych 3 spostrzeżeń autor przychodzi do wniosku, że większa część t. zw. keratitides neuro-paralyticae pochodzenia obwodowego ma swoje źródło w zaburzeniach nosowych.

*Dr Jan Sędziak.*

43. **J. Sędziak. Zaburzenia krtaniowe w cierpieniach ośrodkowego układu nerwowego ze szczególnem uwzględnieniem zaburzeń krtaniowych w przebiegu wiądu rdzenia.** (Laryngeale Störungen bei den Erkrankungen des centralen Nervensystems, mit besonderer Berücksichtigung laryngealer Störungen bei Tabes dorsalis). „Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otol. und Pharyngo-rhinologie“. — B. IV, H. 3, 1900.

Autor rozpoczyna swą pracę przedstawieniem obecnego stanu naszej wiedzy o anatomii i fizyologii unerwienia krtani.

Jeszcze przed laty 15-tu powszechnie sądzono, że jedynym punktem wyjścia unerwienia krtani jest rdzeń przedłużony (medulla oblongata), w którym znajdują się wspólne jądra nerwów: błędnego i dodatkowego Willisji.

Dopiero w r. 1884 — 1-szy Krause doświadczalnie dowiódł, że u psów w mózgu, mianowicie w jego korze znajduje się ośrodek

fonacyjny dla krtani. Niezmiernie ważne to odkrycie było następnie potwierdzone przez Semon'a i Horsley'a (na małpach).

Ośrodek ten znajduje się symetrycznie w każdej półkuli w zewnętrznej części gyrus praefrontalis (u psów), oraz u podstawy gyrus frontalis ascendens (u małp).

Drażnienie tego ośrodka wywołuje obustronne zbliżanie się (adductio) strun głosowych.

Oprócz tego ośrodka fonacyjnego istnieje jeszcze (u psów) w korze mózgowej ośrodek oddechowy dla krtani, co doświadczalnie wykazał w r. 1895 Risien Russel.

Znajduje się on również w każdej półkuli ku przodowi i poniżej ośrodka fonacyjnego.

Drażnienie tej okolicy wywołuje obustronne rozszerzenie się (abductio) strun głosowych.

Co się tyczy ośrodków krtaniowych w rdzeniu przedłużonym, to wiadomość o ich istnieniu zawdzięczamy Semon'owi i Horsley'owi, niestrudzonym badaczom na tem polu. Wykazali oni mianowicie eksperymentalnie, że i tu, podobnie jak w rdzeniu przedłużonym, istnieją obok i niezależnie od siebie ośrodki: fonacyjny i respiracyjny — mianowicie na dnie 4-ej komórki (w ala cinerea — respiracyjny, w calamus scriptorius i corpus restiforme — fonacyjny).

W ogóle kora mózgowa jest przede wszystkim przedstawicielką celowych czynności krtani t. j. fonacyjnych, zaś rdzeń przedłużony — automatycznych t. j. oddechowych.

Niezmiernie ważnym dla zrozumienia kapitalnych różnic w objaśnieniu zaburzeń krtaniowych w przebiegu czynnościowych i organicznych cierpień układu nerwowego ośrodkowego powstających, jest t. zw. prawo Rosenbach — Semon'a, lub po prostu Semon'a, według którego w każdym cierpieniu organicznym, postępowym układu nerwowego, bądź ośrodkowego (Semon), bądź obwodowego (Rosenbach) pochodzenia ulegają porażeniu przede wszystkim lub wyłącznie te włókna, które przebiegają w mięśniu obręczko-nalewkowym tylnym (m. crico-arytaenoideus post.); dopiero następnie bywają dotknięte inne mięśnie (zwieracze głośni) wskutek paralitycznej ich kontraktury, przede wszystkim zaś mięśnie strun (mm. thyreo-arytaenoideus int.) ulegają wtórnemu porażeniu (Semon, Burger). W ten sposób objaśniamy sobie obecnie położenie strun środkowe t. j. fonacyjne, (t. zw. Posticuslähmung), oraz trupie (positio cadaverica) będące już wyrazem porażenia całego nerwu zwrotnego (paralysis n. recurrentis).

Po tym wstępie autor przechodzi do rozpatrzenia zaburzeń krtaniowych najpierw w przebiegu cierpień organicznych, a następnie czynnościowych układu nerwowego ośrodkowego, opierając się na 154 przypadkach, spostrzeganych przezeń w szpitalach warszawskich. Rozpatruje więc przede wszystkim: Zaburzenia krtaniowe w cierpieniach mózgu i jego opon (meningitis simplex, purulenta, tub., syph. etc. Hyperaemia et anaemia cerebri, Haemorrhagia et encephalomalacia cerebri, syphilis, guzy mózgu resp. mózdzku, wreszcie sprawy chorobowe na podstawie czaszki).

Następnie przechodzi autor do opisu zaburzeń krtaniowych w cierpieniach rdzenia przedłużonego a więc: haemorrhagia et ramollitio, guzy i sprawy syfilityczne, paralysis bulbaris progressiva, paralysis pseudobulbaris, sclerosis disseminata). Wreszcie następuje opis zaburzeń krtaniowych w przebiegu cierpień rdzenia i jego opon (pachymeningitis spinalis ext. Leptomeningitis spinalis acuta, myelitis chr. transversa, guzy i sprawy syfilityczne rdzenia, paralysis spinalis spastica, Morbus Friedreich, tabes dorsalis, sclerosis lateralis amyotrophica, atrophia musculorum progressiva, syringomyelia, neuritis multiplex).

Z cierpień funkcyjnych — autor rozpatruje kolejno: Hysterię, neurosis traumatica, epilepsia, paralysis agitans, chorea etc.

Druga część odczytu poświęcona jest szczegółowemu opisowi zaburzeń krtaniowych w przebiegu wiądu rdzenia (tabes dorsalis), zaburzeń niezmiernie ważnych, o których w roku zeszłym w „Kronice Lekarskiej“ specjalnie pisałem. *Autoreferat.*

### III. Choroby skórne.

44. Du Castel. **Wypryski nawrotne.** Les herpès récidivants. („La Sem. Méd.“ № 53, 1900).

Jak wiadomo, wyprysk (herpes) jest wysypką, składającą się z pęcherzyków półkulistych, zawierających z początku płyn przezroczysty. Pęcherzyki te mają skłonność do łączenia się w grupy i tworzenia mniej lub więcej prawidłowych kół; umiejscawiają się na skórze przekrwionej i obrzękłej; w okolicach z wiotką tkanką komórkową (napletek, powieki i t. d.) występuje bardzo znaczny i obszerny obrzęk w około małych grup wykwitów.

Wysypka występuje na skórze i błonach śluzowych, przede wszystkim ust. Na skórze, po przyschnięciu pęcherzyka, tworzy się strupek, mniej lub więcej zaokrąglony; na błonach śluzowych pęcherzyki trwają krótko, częstokroć są niedostrzegalne dla lekarza; niekiedy na miejscach, gdzie były pęcherzyki, widzieć można szybko rozwijające się błony, podobne do dyfterytycznych, i dla oka nieuzbrojonego niemożliwe do odróżnienia od tychże.

Wyprysk nie należy do cierpień ciężkich, znika bowiem w ciągu dni kilku. Po odpadnięciu strupów lub wspomnianych błonek, skóra lub błona śluzowa przedstawia przez pewien czas mocne zaczerwienienie, wkrótce jednak tkanki te powracają do normalnego stanu, a po przebytem cierpieniu nie pozostaje najmniejszego śladu.

Zjawienie się wysypki poprzedzają bóle, dobrze znane osobom podległym temu cierpieniu.

Wyprysk towarzyszy często ostrym cierpieniom np. zapaleniu płuc, opon mózgowych, influenzy i t. p. i mylnie byłe uważany dawniej za nieomylny znak pomyślnego zejścia choroby.



Zapalenia miejscowe są niekiedy powodem występowania wyprysku; towarzyszy on np. rzeżączce, zapaleniu błony śluzowej pochwy, szankrom, obrażeniom organów płciowych pod wpływem zgwałcenia i rozmaitych innych przyczyn.

W większej liczbie przypadków u chorego występuje wyprysk raz jeden w życiu, niekiedy jednak cierpienie to daje niezmiernie częste nawroty: postać ta wyprysku nosi nazwę nawrotnego (*herpès récidivants*).

Powtarzający się ten wyprysk występuje również na skórze i błonach śluzowych, w warunkach rozmaitych, zarówno u mężczyzn jak i kobiet.

U kobiet przypadłość ta napotyka się bardzo często; podczas każdego miesiączkowania występuje wyprysk, zazwyczaj około ust, skrzydeł nosa lub w pochwie, jest to t. zw. *herpes catamenialis*. U chorych tego rodzaju wykwyty zjawiają się niekiedy i na innych miejscach np. szyi, pośladkach i pod piersiami.

Inną znów odmianę stanowi *herpes progeneralis recid.* u mężczyzn. Bolesne to niekiedy cierpienie poprzedzane bywa czasem nieznośnym łechtaniem i swędzeniem, znikającym po rozwinięciu się pęcherzyków. Ma uriac opisuje *herpes neuralgicus*, który odznacza się obfitą wysypką i niezmiernie dokuczliwymi bólami zajętych okolic.

Ostatecznie, *herpes progeneralis* tak dalece nie różni się od *h. vulgaris*, całą jego ważność stanowią ciągle nawroty, wpływające wielce ujemnie na stan psychiczny chorych. Obarczeni cierpieniem tem rzadko kiedy cieszą się kilkoma tygodniami wolnymi od dolegliwości; po pewnym czasie przychodzą do przekonania, że cierpienie ich jest ciężką i nieuleczalną chorobą weneryczną, a desperacki ten stan umysłowy usposabia ich niekiedy do samobójstwa.

Wyprysk nawrotny ust może występować na rozmaitych miejscach błony śluzowej, najczęściej jednak na brzegach języka. Typowo rozwinięte pęcherzyki rzadko widzieć się tu dają; w pierwszej epoce występowania mają one wygląd prosa, małych opalizujących plamek, szarych, mlecznych, utworzonych ze zmacerowanego nabłonka. Wkrótce zmieniona, środkowa część nabłonka oddziela się, pozostawiając po sobie plamę koloru czerwonego, pokrytą cienkim nabłonkiem, otoczoną oddzielającymi się strzępkami tegoż. Przy zlanu się kilku pęcherzyków tworzą się obszerniejsze, powierzchowne owrzodzenia.

Miejscowe rwanie i palenie zwykle poprzedza pojawienie się wysypki. Powrót do stanu normalnego zajętych okolic błony śluzowej dokonywa się w ciągu dni kilku; lecz po kilku tygodniach, najwyżej kilku miesiącach, na tychże miejscach występuje nowy wyprysk.

Powyższa postać wyprysku powtarzającego się występuje prawie wyłącznie u mężczyzn, przedewszystkiem u osobników, które cierpiały na przymiot przed kilkoma laty i uważane były za wyleczone z tej choroby. Fournier zalicza objawy te do metasyfiliicznych, powtarzających się całe lata. Leczenie jednak przeciwprzymiotowe nietylko nie usuwa wyprysku, ale natomiast sprzyja

występowaniu cięższych postaci tegoż. Nastrój ducha chorych powyższych, prześladowanych myślą istnienia ciężkiej choroby przymiotowej, staje się opłakany.

Nie wszyscy jednak syfilidologowie podzielają poglądy Fournier'a na tę odmianę wyprysku; nie sprowadza on nigdy głębszych zmian błon śluzowej i nie przechodzi w nabłoniaka, jak to ma często miejsce z t. zw. leucoplaquia.

To ostatnie cierpienie różni się od wyprysku znacznym zgrubieniem nabłonka na języku, zajęciem znacznej przestrzeni błony śluzowej pod postacią figur geograficznych, nakoniec istnieniem zmian bez żadnej przerwy.

Ponieważ wyprysk na języku występuje najczęściej u dawno cierpiących na przymiot, poczynając od końca t. zw. objawów wtórnych, łatwo zatem może być wzięty za objaw tej choroby. Zjawianie się jednak najpierw przykrych zaburzeń w sferze czucia, następnie, występowanie małych pęcherzyków prosowatych, plamek czerwonych i nadżerek, jak również obszerniejszych blaszek na obwodzie mikrocyklicznych i policyklicznych, nakoniec szybkość występowania zmian i także ich znikanie, wszystko to przemawia za wypryskiem błony śluzowej języka.

Leczenie chorych, cierpiących na wyprysk, należy niekiedy do bardzo trudnych zadań lekarza.

Zalecany bywa arsenik w dawkach stopniowo zwiększających się; wody siarczane, aczkolwiek niezawsze, dają jednak pewien procent uzdrowień. Przypalania miejsc cierpiących termokauterem dają tylko czasem dobre wyniki. Verneuil zastrzykiwał jodoform 5% w eterze, wysypka nie wystąpiła więcej. Unikanie nadużyć w jedzeniu i zbytniego zmęczenia, unormowanie stosunków płciowych, zabezpiecza bardzo od wyprysku u mężczyzn; znaczna liczba osób pozbywa się tego cierpienia po wejściu w związki małżeńskie.

Przeciw nawrotom wyprysku jamy ustnej zaleca się czyste utrzymywanie i unikanie wszelkich podrażnień tejże np. palenie tytoniu, ostrych pokarmów, likierów i t. p. Jeżeli tylko rozpoznanie choroby zostało ustalone, zastosowanie leczenia rtęciowego jest stanowczo przeciwwskazane.

Nakoniec, lekarz powinien wpływać na zmianę pogiębionego usposobienia chorego, wyjaśnić mu nieszkodliwość cierpienia i możliwość zniknięcia tegoż w razie zachowania odpowiednich przepisów.

*J. Wojciechowski.*

---

45. Janicke. Leczenie świerzbieżki starczej szczotkowaniem. Traitement du prurit sénile par le brossage. („La Sem. méd.“ № 50, 1900).

Swędzenie skóry, któremu często podlegają osoby w wieku podeszłym, należy do najuporeczywszych cierpień. Wszystkie środki,

używane dotąd wewnątrz i zewnątrz, w celu zwalczenia tej dokuczliwej przypadłości, są bezskuteczne lub sprowadzają ulgę chwilową.

Wychodząc z zasady, że skóra osobników powyższych, z powodu nieprawidłowego odżywiania jest sucha i wiotka, autor, usuwając mechanicznie powierzchowną warstwę naskórka, wywoływał korzystniejsze odżywianie tejże, a jednocześnie znikanie swędzenia.

Ażeby osiągnąć cel powyższy, wystarcza nacierać szczotką miękką miejsca swędzące skóry w ciągu 10 do 20 minut, robiąc z początku szczotkowania te 3 razy, dalej 2, później raz jeden, na koniec co drugi dzień.

Szczotkowaniem ścierają się, pod postacią delikatnego pyłu, drobne cząsteczki zmienionego naskórka; swędzenie najpierw wzmacnia się, co trwa przez cały czas nacierania, później ustępuje.

Uspokajające działanie szczotkowania znacznie będzie silniejsze, jeżeli miejsca swędzące będą przedtem zwilżone wyskokiem, któremu pozwolono ulotnić się. Obmywania jednak wyskokowe można stosować przez pierwsze dwa lub trzy dni, albowiem później drażnią skórę.

Obmywania wyskokowe zastąpić można smarowaniami smalcem albo lanoliną, wazelina źle bywa znoszona, dobrze również działają ciepłe kąpiele, które, rozmiękczając naskórek, zwiększają dodatnie działanie szczotkowania.

*J. Wojciechowski.*

46. Gerbsman. Mięśnienie szyjki pęcherza przeciw mimowolnemu nocnemu oddawaniu moczu. („La Sem. méd.“ № 50, 1900).

Po stosownem ułożeniu chorego (genu-pectorale) palcem wprowadzonym do kiszki prostej wykonywa się mięśnienie szyjki pęcherza, robiąc przez dwie minuty na nią ucisk, stopniowo zwiększający się, w kierunku pionowym i poziomym. Rękoczyn ten powtarza się codziennie lub w przestankach nieco dłuższych. Wyleczenie następuje po 3 do 8 mięśnieniach.

*J. Wojciechowski.*

47. E. Schiff. Usuwanie włosów prądami wysokiego napięcia. Epilation au moyen des courants à haute tension. („La Sem. méd.“ № 52, 1900).

Autor, używając elektrodu, zbudowanego przez Freund'a, przekonał się, że prąd elektryczny o wysokim napięciu, zastosowany na skórę pokrytą włosami w ciągu 15 do 20 minut codziennie, bardzo szybko niszczy tkankę włosa i ich brodawki.

*J. Wojciechowski.*

48. C. Ritter. Leczenie odmrożeń przegrzanem powietrzem. Traitement des angelures par l'air surchauffé. („La Sem. méd.“ № 1, 1901).

Okolice odmrożone wystawiają się na działanie powietrza, przegrzanego w odpowiednio urządzonej piecyku lub pudełku. Czynność powyższa wykonywa się codziennie i trwa 15 do 30 minut. W krótkim bardzo czasie znika zupełnie swędzenie i obrzęk okolic zajętych, a owrzodzenia szybko się zablizniają. *J. Wojciechowski.*

## IV. Wiadomości terapeutyczne.

49. —(j. z.) — **Diarrhoea.**  
Wollenmann — zaleca w uporczywych biegunkach u dzieci:  
Rp. Argenti nitr. 0,065  
Acid. nitr. dil. gutt. V  
Mucill. Accaciae 15,0  
Syr. cort. aur. 15,0  
MDS. Co 3—4 godz. łyż. kaw.

50. (j. z.) — **Dysmenorrhoea.**  
Dr. M. G. Price zaleca.  
Rp. Nitroglycerini 0,0026  
Spir. vini gutt. XX  
Aqu. dest. 75,0  
MDS. Co kwadrans 2 łyżeczki  
aż do ustania bólów.  
(B. Kl. W. 179).

51. —(j. z.) — **Opatrunki.**  
Jako opatrunek na małe ukłucia, ranki, oparzenia, czyraki, zastrzały, zapalenia etc., zaleca Ochler zamiast opatrunków mokrych maść:  
Rp. Liqu. Alum. acet. 10,0  
Lanolini  
Vasellini aa. 100,0  
MfUngu. S. Ext.  
(Berl. Kl. W. str. 179).

52. — (j. z.) —  
**Pemphigus vulgaris.**  
Unna zaleca 2 raz. dziennie

oczyścić pęcherze tamponem, zmoczonym w benzynie, przetrząść — wypuścić zawartość, następnie stosować maść:

Zinzi oxyd. albi 14,0  
Sulf. praecip. 10,0  
Ferri salicyl. 4,0  
Ol. benzoin. 12,0  
Adip. benzoin. 60,0  
MfPaste.

do wewnątrz pigułki:  
Rp. Acidi arsenici 0,5  
Mass. Sebaceae 6,5  
Carbon. pulv. 3,0  
Fiant pil. N. 100  
Obd. Keratino  
2 pig. (0,01 arseniku) do 30 pig. (0,15! ars.) dziennie.  
(Ther. der Gegenw. 1901).

53. —(j. z.) — **Haematogenum siccum (siccum).**  
W blednicy Sommer zaleca hematogen, który dla krótkości pisze siccum. Oto formuły recepturalne:  
1. Rp. Siccum 10,0  
Rad. liqu. pulv. 2,5  
Aqu. d. q. s. f. pil. N. 100. S.  
Po 2 pig. 3 raz. dz.  
2. „ Siccum  
Sacch. lact. aa 10,0

- |    |                              |   |
|----|------------------------------|---|
|    | Elaeosacch. vanil. 5,0.      | Przeciw gruźlicy używa się następujących form recepturalnych: |
|    | MfPulv. DS. 3 r. dz. ł. kaw. |   |
| 3. | „ Sicco 20,0                 | 1. Sicco 10,0   |
|    | Tinc. vanil. 5,0             | Acidi arsenic. 0,01   |
|    | Sir. simpl. 30,0             | Rad. liqu. 5,0  |
|    | Aqu. destil. 200,0           | Aqu. dest. q. s. f. pil. N. 100                               |
|    | MDS. 3 r. dz. łyżka stoł.    | S. 3 pig. dz.   |
| 4. | „ Sicco 20,0                 | 2. Sicco 10,0   |
|    | Aqu. dest. 50,0              | Guajacoli carb. 5,0   |
|    | adde Vini Malac. 150,0       | Rad. liquir. 5,0  |
|    | Sir. simpl. 25,0             | Aqu. dest. q. s. f. pil. N. 100.                              |
|    | Trae aurant. 50,0            | 3. Sicco 0,5  |
|    | MDS. 3 r. dz. łyż. stoł.     | Guajacol. carb. 0,15  |
| 5. | „ Sicco 20,0                 | M.f.Pulv. D.t.d. № X in caps.                                 |
|    | Glycerini 50,0               | 4. Sicco 0,5  |
|    | Vini Malac. 30,0             | Kreosoti 0,1  |
|    | Aqu. dest. 250,0             | MD. ad caps. gelat. t. d. № X.                                |
|    | MDS. 3 r. dz. łyż. stoł.     |   |
| 6. | „ Sicco 20,0                 | W rachitis:   |
|    | Vini Xeres 200,0             | Rp. Sicco 10,0  |
|    | MDS. 3 r. dz. kiel. likier.  | Phosph. 0,01  |
| 7. | „ Sicco 0,5                  | Ol. jec. aselli 90,0  |
|    | Chin. mur. 0,1               | MDS. łyż. kaw. 1—3 r. dz.                                     |
|    | M. f. Pulv. in caps. amyl.   | (St. Peterb. M. W. 47).                                       |

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

### Kilka słów o ambulatoriach szpitalnych dla dzieci.

Odczyt wygłoszony dnia 2-go i 16-go czerwca r. 1900 na posiedzeniach sekcji szpitali i przytułków w Towarzystwie Hygienicznym.

Przez

D-ra B. Polikiera.



(Dokończenie).

Gabinet lekarski powinien być w miarę możliwości obszerny, windy, nie powinien bezpośrednio przylegać do poczekalni, winien być zaopatrzony w przyrządy niezbędne do badania dzieci, (nawet fonendoskop) do ważenia i pomiarów, ważniejsze odczynniki do podręcznych analiz, płyny do dezynfekcyi rąk i odzieży lekarza i t. p., a także w dostateczną ilość czystych fartuchów. Prócz tego ambulatoryum szpi-

talne powinno mieć zapewnioną możliwość korzystania w razie potrzeby z pracowni szpitalnej.

Obok poczekalni pożądana byłaby kąpiel dla dzieci, gdzieby matki nauczyły się, jak dzieci małe kąpać należy, miejsce, na którym matki mogłyby przekładać lub przebierać dzieci i t. p. Daleko trudniej wykonalne, ale również tam, gdzie środki na to pozwalają, pożądaną byłoby wydawanie mleka wyjałowionego niemowlętom sztucznie karmionym, a także zaopatrywania ich we wskazówki, jak niemowlęta karmić i pielęgnować należy.

Jak wobec tych wymagań wygląda większość naszych ambulatoryów, gdzie nie ma oddzielnego wyjścia dla chorych dotkniętych cierpieniami zakaźnymi, gdzie nieraz na lekarstwo nie znajdziecie spluwaczki i t. p., zbyteczna rzecz chyba wspominać. A jednakże ambulatory szpitalne mogłyby zdziałać wiele dobrego, gdyby tę instytucję traktowano mniej po macoszemu. O ile się zdaje i obawa nadmiernych wydatków na ten cel niezbędnych, jest może nieco przesadzoną. Wspaniała poliklinika pediatryczna Neumanna, w odległości 3 minut od Berlina położona i mieszcząca się w gmachu 3-piętrowym, posiada urządzenie, o jakim my nawet marzyć nie możemy (centralne ogrzewanie i wentylacja, połączenie telefonowe, i t. p.), a jednakże budowa jej kosztowała wszystkiego 82,000 marek, wewnętrzne zaś urządzenie 10,000 marek.

Nie miałem zamiaru wyczerpywać w niniejszej pogawędce całej sprawy ambulatoryów w ogólności i ambulatoryów dla dzieci w szczególności, szło mi tylko o poruszenie niektórych odnośnych kwestyi, z których każda niemal wymaga specjalnego opracowania i może być przedmiotem obrad naszej sekcji. Z tego powodu proszę szanownych panów o pobłażanie, jeśli uwagi moje wydadzą się nieco rozproszonemi, co pochodzi też ztąd, że temat, przemennie obrany, jest bardzo obszerny i złożony, że przy rozpatrywaniu go nasuwa się mnóstwo rozmaitych, wiążących się z nim kwestyi, że nie wiadomo, zaiste, na której się zatrzymać, której oddać pierwszeństwo i na którą silniejszy nacisk położyć.

Nie chciałbym jednak pominąć pewnej kategorii dzieci, zgłaszających się do szpitali, która najbardziej nadaje się do leczenia ambulatoryjnego i dla której przy odpowiednich warunkach system ambulatoryjny mógłby być prawdziwem dobrodziejstwem. Mam tu na myśli ogromną ilość dzieci, chorych na t. zw. biegunkę letnią, wpływającą jak wiadomo, na znaczną śmiertelność dzieci w pierwszych latach życia. Dla tej kategorii dzieci zagranicą okazał się bardzo zbawiennym system leczenia ambulatoryjnego, połączony z rozdawaniem flaszczynek z mlekiem wyjałowionem.

Jak widać z ogłaszanych niedawno sprawozdań niektórych lekarzy paryskich, dzięki temu systemowi, (noszącemu nazwę „*goutte du lait*“) udało się śmiertelność, korzystających z niego niemowląt, zredukować do niebywałego *minimum*. Urządząją się tam w ten sposób, że matkom, przybywającym z niemowlętami, zalecają przychodzenie w oznaczony dzień tygodnia do ambulatoryum, gdzie dziecko zostaje starannie zbadane i gdzie matka otrzymuje pewne informacje

co do pielęgnowania i żywienia dziecka; matka zaś dziecka sztucznie karmionego otrzymuje kartę, za okazaniem której wydane jej zostaje odpowiednio przyrządzone i w odpowiedniej ilości mleko. System ten pozwala do pewnego stopnia rozciągnąć kontrolę nad stanem zdrowia dzieci, zgłaszających się do ambulatoryum i jest zarazem szkołą dla matek, jak mają obchodzić się z dziećmi. Nie mam na razie pod ręką żadnych sprawozdań z tego rodzaju zakładów; o ile sobie przypominam, koszt tego rodzaju urządzeń nie jest bynajmniej tak znaczny, jakby na pierwszy rzut oka zdawać się mogło.

Przy tej sposobności ośmieliłbym się wyrazić nadzieję, że komisya, obradująca nad utworzeniem instytutu dla dzieci imienia bar. Lenval'a, na tę rzecz zwróci uwagę, gdyż na tem polu nie u nas dotąd nie zrobiono, a o ile mi się zdaje, wiele zdziałać można. Przy obecnym systemie naszych ambulatoryów szpitalnych wszystko, co zrobić można w walce z t. zw. biegunką letnią ssawców i wogóle z chorobami dzieci, spowodowanemi niewłaściwym pożywieniem, redukuje się do szablonowego przepisania (w niektórych szpitalach i wydania), jakiegokolwiek środka lekarskiego i, w najlepszym razie, na podaniu matkom w paru słowach najniezbędniejszych wskazówek higienicznodyetetycznych, o których najczęściej zapominają, jeszcze zanim powrócą do domu. Tak przynajmniej nauczyło mnie dłuższe doświadczenie w ambulatoryum, prowadzonym przezemnie w szpitalu starozakonnym. Z tego powodu, zanim jakiegokolwiek reformy doczekamy się, uważam za pożyteczne ważniejsze wskazówki, udzielane podczas przyjęć zebrać i ułożyć w formie tabliczki (albo małej broszurki), którą po wydrukowaniu możnaby bezpłatnie rozdawać przy udzielaniu porad. Jestem wprawdzie przekonany, że w obecnych warunkach tylko niewielka ilość matek, zgłaszających się do ambulatoryum, z nich korzystać będzie, ale zdaje mi się, że i dla tej nieznacznej ilości tentare licet.

Wspomniałem o naukowych środkach pomocniczych; otóż pod tym względem wobec olbrzymich postępów w metodach badania i leczenia, ambulatorya nasze znajdują się w stanie bardzo prymitywnym, wobec którego wszelkie zabiegi i wysiłki lekarzy ambulatoryjnych, pragnących szczerze dobra chorych i chcących utrzymać się na poziomie współczesnych wymagań nauki, stają się najczęściej pracą syzyfową. Częstość, niestety, dzięki wzmiankowanym warunkom nietylko dobrodziejstwo, jakie okazują chorym niektóre ambulatorya jest bardzo problematyczne, ale i sama działalność ich bywa nieraz gorszącym przykładem dla wielu, zwłaszcza młodych lekarzy i wskazówka, jak badać i leczyć nie należy, jeśli nie chce się wprowadzić do filantropijno-naukowej działalności lekarza tego, co w innych dziedzinach zowie się... tandetą.

Na poprawę obecnych stosunków, według mego zdania, można oddziaływać dwojako: pośrednio i bezpośrednio.

*Pośrednio* na poprawę tę wpłynąć mogłoby społeczeństwo, powołując do życia pewne instytucje, których brak u nas dotkliwie uczuwać się daje; mianowicie: *Towarzystwo opieki nad chorymi w domach prywatnych* oraz *instytucją lekarzy ubogiej ludności*. O po-

trzebie tej ostatniej instytucji pisał obszernie przed kilkunastu laty dr. Fritsche, a „Kronika Lekarska“ poruszała ją kilkakrotnie. Instytucja taka, umożliwiając wielu chorym korzystanie z porady lekarskiej w domu (lub w szpitalu, dokąd ewentualnie mogłaby pewną kategorię tychże skierować), zmniejszyłaby w znacznym stopniu napływ chorych do ambulatoryów; funkcyonaryusze zaś jej mogliby między innymi ułatwić tak trudne dziś kwalifikowanie chorych do korzystania z bezpłatnej (lub prawie bezpłatnej) porady w ambulatoryum. Projekt ten wymaga, naturalnie, specjalnego roztrząsania i jest rzeczą mniej lub więcej odległej przyszłości. Poprzestaję na zaznaczeniu go dziś w kilku słowach.

*Bezpośrednio* dążyć można do pożądanej reformy, badając stan obecny i potrzeby istniejących ambulatoryów. Badanie to powinno, mojem zdaniem, stanowić zadanie naszej sekcji, która, uwzględniając głosy lekarzy ambulatoryjnych i innych z kwestyą, w mowie będącą, obeznanych, mogłaby ewentualnie opracować odnośny memoriał w sprawie reformy ambulatoryów i za pośrednictwem Rady Towarzystwa przedstawić go Radzie Miejskiej Dobroczynności Publicznej.

Przy opracowaniu tem należałoby uwzględnić następujące punkty:

1) Wynalezienie pewnego *modus vivendi* przez określenie w danych warunkach stosunku ambulatoryum do szpitala (pod względem funduszków, środków pomocniczych naukowych, administracji i t. p.); opracowanie szematu instrukcji dla personelu ambulatoryjnego, obmyślenie środków i sposobów, ażeby pomoc lekarska w ambulatoryum udzielana była w miarę możliwości tylko najbardziej tego potrzebującym t. j. najuboższym.

2) Ambulatorya szpitalne powinny być prowadzone przez lekarzy, mających dłuższe doświadczenie, którym do pomocy mogą być dodani, w miarę potrzeby, lekarze asystenci. Kandydaci na lekarzy ambulatoryjnych winni przeważnie rekrutować się z asystentów ambulatoryjnych, którzy przez czas pewien byli czynni w ambulatoryum.

3) Lekarze ambulatoryjni powinni mieć głos w szpitalu w zakresie potrzeb ambulatoryum i zarówno, jak reszta personelu, powinni otrzymywać wynagrodzenie za swoją pracę.

4) Pierwszeństwo przy otrzymywaniu porady powinno przysługiwać osobom, poleconym przez lekarzy.

5) Tam, gdzie oprócz porady chorzy otrzymują bezpłatnie lub prawie bezpłatnie lekarstwa, opatrunki i t. p., należałoby opracować odpowiednie przepisy, oparte na farmakopei biednych (*pharmacoepa pauperum*), do których by stosować się mogli lekarze przy zapisywaniu i farmaceuci szpitalni przy wydawaniu lekarstw. Sposób pobierania ofiar, składanych do puszek w ambulatoryach szpitalnych, winien być także przedmiotem roztrząsań (czy mają być dobrowolne, czy obowiązkowe, przez kogo pobierane i t. p.).

6) Należy w myśl uwag powyższych opracować szczegóły urządzeń ambulatoryjnych dla dzieci (co do poczekalni, gabinetu lekarskiego, segregowania chorych, oddzielnego wyjścia dla zaraźliwych, sali izolacyjnej, kąpieli, klozetów, środków pomocniczych naukowych



i t. d.). Matkom niezamożnym, zgłaszającym się z drobnymi dziećmi mogą być wydawane drukowane wskazówki higieniczne i dyetetyczne.

7) Korzystać należy z wzorów, gdzieindziej istniejących, z uwzględnieniem tego, co najważniejsze i co najłatwiej i z korzyścią da się zastosować do miejscowych warunków i zasobów materialnych.

## VI. Korespondencye „Kroniki Lekarskiej“.

Par yż, 24 stycznia.

Zgon prof. Potaina. — Charakterystyka zmarłego i jego dzieł. — Książka prof. A. Pinard'a. — Zdobycze położnictwa w XIX wieku.

Śmierć wybrała w ostatnich czasach z szeregow lekarских królewską ofiarę. W pierwszych dniach stycznia umarł niespodziewanie znakomity znawca chorób zewnętrznych, w szczególności chorób serca, profesor Potain.

Pochodził on z Paryża. Urodzony w roku 1825 stanął do konkursu internatowego w roku 1848 i wyszedł z niego zwyciężcą obok Vulpian'a i Charcot'a. Spędziwszy cztery lata na stanowisku interna, uzyskał stopień doktora medycyny w roku 1853. Teza, którą ogłosił z tego powodu, nosi tytuł: „*Szmer y naczyniowe wywołane przez krwotok*“. Jest to praca bardzo poczytna, oparta wyłącznie na własnych spostrzeżeniach klinicznych i doświadczeniach i wykazująca, iż prawdziwą przyczyną szmeru w tym przypadku jest wodokrwiistość, spowodowana przez utratę ciałek krwi. Odtąd nie opuścił ani na chwilę studyów nad chorobami serca i naczyń krwionośnych. W roku 1859 zdał egzamin konkursowy na lekarza szpitalnego i równocześnie niemal został mianowany docentem uniwersytetu. Pracował przez jakiś czas przy boku Bouillaud'a, w jego klinice też zebrał główne dane do swej rozprawy inauguracyjnej, zatytułowanej: „*Uszkodzenia gruczolów chłonnych trzewiowych*“ (*Lésions des ganglions lymphatiques viscéraux*). Kwestyę tę zbadał po mistrzowsku.

Wkrótce liczne jego komunikaty, odczytywane w Towarzystwie anatomicznem i w Towarzystwie lekarzy szpitalnych, wyborne artykuły w „*Encyklopedycznym słowniku nauk lekarskich*“, rozgłos, jaki uzyskał w praktyce szpitalnej i własnej, postawiły go w pierwszym szeregu lekarzy paryskich. Począł też starać się o katedrę profesorską, ale zabiegi jego nie zaraz uwieńczyły powodzenie.

Współzawodniczył w r. 1870 z Ch a u f f a r d e m o katedrę patologii i terapii ogólnej, opróżnioną po śmierci L a s è g n e a. Lecz Ch a u f f a r d ubiegł go. Dopiero w 1876 mianowano go profesorem chorób wewnętrznych. Po kilku miesiącach przeniósł się jednak w charak-

terze profesora kliniki do szpitala Necker i został tam przez dziesięć lat. W roku 1886 objął katedrę profesora kliniki wewnętrznej w szpitalu *Charité*. Katedra ta była słynna, przemawiali bowiem z niej przed nim Laennec i Bouillaud. Ale Potain nie ujął blasku jej sławie.

Od roku 1882 był członkiem akademii medycznej, od r. 1893 członkiem „*Académie des sciences*“.

Takie były dzieje jego kariery naukowej. Oprócz wymienionych dzieł mamy jeszcze dwie rozprawy, które posiadają wartość podstawową: „*Szmerzy sercowo-płucne*“ (*Souffles cardiovasculaires*) i „*Uderzenie wierzchołka serca*“ (*Le choc de la pointe du coeur*). Nieocenione są jego „*Lekcje kliniczne w Charité*“, wydane przez jego ucznia Vaqueza.

Główne jednak jego dzieło, to zastęp lekarzy francuskich i zagranicznych, którzy u jego boku poznali zasady wiedzy klinicznej. Zawsze było pełno na jego wykładach, zawsze sale, gdzie o godzinie dziewiątej, punktualny jak zegarek, zjawiał się sędziwy profesor, o twarzy dobrotliwej i łagodnej, wypełniała tłumnie ucząca się młodzież. Ale nie tylko ona stanowiła audytorium Potaina. Biegli klinicyści, lekarze o praktyce długoletniej zjawiali się często w jego oddziale i każdy wynosił ze wykładu, czy z zwykłej wizyty szpitalnej, jakąś korzyść. Rzadka znajomość przedmiotu, niezrównana kompetencya, bystrość spostrzegawcza cechowały mistrza tudzież jego wykłady i uwagi.

„Kronika Lekarska“ powitała nowe stulecie wyśmienitem, zbiorowem zestawieniem zdobywszy dziewiętnastego wieku na polu nauk lekarskich. Podobną myślą kierował się profesor uniwersytetu paryskiego, kierownik kliniki imienia Baudelocque'a, A. Pinard. Wydał on świeżo pracę zatytułowaną „*Szkie postępów dokonanych w położnictwie w ciągu XIX stulecia*“ („*Esquisse des progrès réalisés en obstétrique pendant le XIX siècle*“ Paryż 1901, 8<sup>o</sup>, 37s. Steinhil ed.). Tytuł skromny, ale rozprawa sama jest owocem głębokiej erudycyi, popartej biegłością kliniczną i sporą dawką zdrowego zmysłu. Wartoby zająć się jej przetłómaczeniem.

Autor rozpoczyna od zapłodnienia. Co za postępy od czasów Baudelocque'a (*Art des accouchements* 3-cie wyd. 1796), który pyta w swem słynnym dziele:

— „Lecz czy rozmnażanie się jest tylko rozwojem zwierzęcia istniejącego już przedtem? Czy zwierzę to pochodzi od ojca czy od matki? Czy też czerpie zasoby życiowe od obojga? W takim razie jakimi są te zasoby i jak się gromadzą? Oto pytania, których nie można rozwiązać, albo co do których nie ośmielamy się na żadne hipotezy“.

Od tego czasu dzięki Prévostowi i Dumasowi, A. v. Baerowi, Caste'owi, Newportowi, Folowi i M. Duvalowi nauka zrobiła krok naprzód.

Przejdźmy do ciąży. Nasz wiek odmienił określenie ciąży, podane przez Baudelocque'a. Nie przypuszczamy dziś, jak w 1796, że jeśli płód umarł i w tym stanie pozostał w macicy, że ciąża trwa

jeszcze. Natomiast do dziś nie wiemy, jak długo właściwie trwa ciąża, czy 9 miesięcy, czy o kilka dni więcej lub mniej i dlaczego.

W możliwości stwierdzenia ciąży poszliśmy daleko naprzód. W roku 1821 Lejameau de Kergaradec odkrył auskultację płodu. *Badanie* położenia płodu przez ściany brzuszne stało się w ostatniej ćwierci XIX stulecia metodą naukową, a chociaż autor niniejszej rozprawy nie wspomina nawet swego nazwiska, a chociaż autor niniejszej rozprawy nie wspomina nawet swego nazwiska, winniśmy dodać, że właśnie praca A. Pinarda, ogłoszona w r. 1878 p. t. „*Palper abdominal*“, stała się podstawą badań w tym kierunku. Oddaliliśmy się więc potężnie od roku 1800, kiedy akuszer zdawał sobie sprawę z położenia płodu zapomocą wprowadzenia palca jednej ręki do pochwy i szukania dłonią drugiej przeciwnego bieguna macicy.

W higienie ciąży nie ma zmian większych od czasów Soranusa z Efezu do połowy XIX stulecia. Lecz w drugiej połowie wzbogaciła się o trzy rozdziały pierwszorzędnej wagi. Wykryto związek między istnieniem białka w moczu, a eklampsią kobiet ciężarnych, przekonano się, że mleko zapobiega ostatniej. Możliwość określenia położenia płodu w czasie ciąży pozwoliła stwierdzić położenia poprzeczne i poprawiać je zapomocą obrotu zewnętrznego. W końcu zbadano bliżej powody wpływające na przerwanie ciąży i, o ile jest to w mocy lekarza, którego zawziętym przeciwnikiem bywają często warunki społeczne, nauczono się im zapobiegać.

Co się tyczy patologii ciąży, to przeważnie znano ją u schyłku XVIII stulecia. Łożyisko przodujące zaobserwowała przed Baudelocque'm jeszcze, w r. 1701, Holenderka Gertruda Schraders \*). Holender G. van Doeveren opisał przed nim również tyłozgięcie macicy. Baudelocque poprowadził naprzód prace w tym kierunku. *Moles hydatiformis* znał już Hipokrates, po raz pierwszy jednak została ta choroba opracowana ściśle przez panią Boivin \*\*) w r. 1827. Ciążę pozamaciczną rozdzielał już Baudelocque na trzy grupy, uznawane dziś: jajowodową, jajnikową i brzuszna.

Ale w placenta praevia, tyłozgięciu i ciąży pozamacicznej prognoza zmieniła się do niepoznania. Kto powiedziałby dziś z Simpsonem: „Rokowanie w razie krwotoku, spowodowanego przez łożysko przodujące, jest równie poważne jak w żółtej febrze, na 3 kobiety 1 umiera“. Tyłozgięcie jest niebezpieczne tylko, gdy go się nierozpozna. Ciąża pozamaciczna straciła dziś w znacznej części swą dawną groźbę. Nadto wyróżniono w XIX wieku z grupy przypadłości kobiet ciężarnych wymioty niepowstrzymalne, wystudowano

\*) Dr. Geilj: Getrude Schraders in „Janus“. 1897 s. 537—542.

\*\*) Krytyczne i najbardziej szczegółowe rozpatrzenie prac tej wybitnej uczonej, zaszczyconej przez uniwersytet w Marburgu tytułem doktorskim, znajdzie czytelnik w książce doktorki E. Lipińskiej „Histoire des femmes médecins“. Paryż, p. 320—331, 1900 r.

szczególówo eklampsye, poddano badaniom ważną kwestyę tak zwanego *deciduoma malignum*.

Gdy idzie o połóg bez powikłań i o odnoszące się doń wiadomości, to należy przede wszystkim podkreślić wydoskonalenie znajomości miednicy i jej średnic. Znaczenie t. zw. miękiej miednicy w położu oceniono dopiero w XIX wieku. Usunięto ergotyne działającą tak zabójczo na macicę. Natomiast jako środek wstrzymujący krwotok wprowadzono 50 stopniową wodę gorącą. Środek nieszkodliwy, a wyśmienity. W klinice Baudeloque'a bywa on stosowany od dziesięciu lat, i oto jakie są rezultaty, podane przez prof. Pinarda za czas od 1890 do 1899 włącznie: na 20,266 kobiet, które odbyły tu połóg, 8 zmarło na krwotok, a i z tych 3 przywieziono do kliniki w stanie dosłownie bezkrwistym.

Lezcz jaki jest prawdziwy powód położu? nie wiemy jeszcze.

Metoda zamrażania ciał, wprowadzona przez Pirogowa w roku 1852, pozwoliła położnikom wystudyować dokładnie mechanizm oddzielania się łożyska, mechanizm znany bardzo mało za czasów Baudeloque'a.

Przejdę tylko pokrótce zabiegi operacyjne w czasie położów, część tę bowiem opracował już kol. Jaworski w pierwszym numerze „Kroniki lekarskiej“.

Profesor Pinard uważa za wielką zdobycz XIX wieku to, że operuje się za naszych czasów znacznie mniej, niż ongi. Niech natura głównie działa. Zasadę tę głosiła już pani Lachapelle († 1821), ale niestety rzadko działano według niej. Dziś jednak wypisano ją złotemi zgłoskami na proporcju położnictwa. W klinice Baudeloque'a, jak dowiadujemy się, na 2,506 położów w r. 1899, było tylko 54 przypadków użycia kleszczy i 7 obrotów na nózki.

Wady miednicy znano przy końcu XVIII wieku, ale środki zaradzenia nie były wyraźne sformułowane. Wiek XIX wniósł w tę sprawę metodę i jasność. Wykreślił pogląd, jakoby głodzenie matki wpływało na zmniejszanie wymiarów płodu, usunął prawie zupełnie zasadę uciekania się ostatecznego do obrotu w razie zwięzienia miednicy. Autor zapatruje się bardzo sceptycznie na połóg przyśpieszony w tych przypadkach. Zaleca on tu: 1) zarzucenie położu przyśpieszonego; 2) zarzucenie kleszczy i wszelkich zabiegów, mających pomagać główce w walce z oporem kości miednicowych; 3) zarzucenie embryotomii, jeśli dziecko żyje; 4) symfizyotomię, pubiotomię lub cocygotomię, ilekroć główka, nie mogąca załatwić się z oporem kościny miednicy, jest dobrze zorientowaną, a obliczenia dowodzą, że przy przecięciu kości łonowej i uzyskaniu rozszerzenia 7 centymetrowego główka przejdzie; 5) cięcie cesarskie w razie absolutnego zwięzienia.

Dzięki tej metodzie miano w klinice Baudeloque'a w latach 1890—1899 na 1077 kobiet o zwięzonej miednicy tylko 28 zejść śmiertelnych matek, 122 śmiertelnych zejść płodów. W 801 przypad. połóg był naturalny, w 276 zastosowano jedną z operacji wskazanych przez Pinarda.

Rok 1829 przyniósł cefalotryb (Baudelocque młodszy), właściwie jednak dopiero bazyotryb Tarniera (1883 r.) uczynił wymóżdzenie płodu zupełnie nieszkodliwym dla matki. Zmodyfikowanie wysokich klezczy Levretowskich przez Tarniera (1877) usunęło prawie zupełnie z klinik przetoki pęcherzowo-pochwowe pochodzenia położogowe.

Że niezczulanie operacyjne (Morton, eter 1846, Simpson chloroform 1847) zaważyło także na szali położniczej, nie ma potrzeby wspominać. Wreszcie, jak anioł opiekuńczy roztacza swe skrzydła nad całą nauką medyczną, a więc i nad położnictwem aseptyka i antyseptyka. Gorączka położogowa, której naturę podali dopiero Kneeland (1846) i „genialny poprzednik Listera“, Semmelweiss (1861) cofa się dziś coraz bardziej i bardziej z pola bitwy, na którym niegdyś odnosiła tak srogie zwycięstwa. Śmiertelność położogowa, wynosząca, jak podaje w szeregółowej tablicy Pinard, w dziesięcioleciu 1804—1814 więcej niż 4% w klinice Baudelocque (na 21,053 położogów 859 zejść śmiertelnych), dziś wynosi 0,6% (w tejże klinice w latach 1890—1899 na 20,266 położogów 130 zejść śmiertelnych).

Choroby noworodków również zanikają, tak np. róża pępkowa noworodków należy dziś do rzadkości.

Że wiedza położnicza nie stanęła u kresu, to rzecz jasna. Ma jeszcze wiele do zrobienia. Ale, obejrawszy się za siebie i przypatrzwszy się temu, co odkryła i zdobyła w dziewiętnastym wieku, może spokojnie powiedzieć:

— Pracowałam.

*W. Bugiel.*

*Kraków, w styczniu.*

Nowy gmach kliniki chorób wewnętrznych w Krakowie, w dniu 19-tym stycznia poświęcony i do użytku oddany, zbudowany na gruncie szpitala Św. Łazarza przy ulicy Kopernika, jednopiętrowy ma 50 metrów długości frontu i boczne skrzydła o długości 25 metrów. Na przeciw głównego wejścia widzimy na wielkiej szybie szklanej napis: Sala wykładowa. Oświetlona doskonale, ma urządzone amfiteatralnie ławki dla uczniów, a ozdobiona częścią portretami, częścią biustami dawnych profesorów kliniki i obecnego jej dyrektora, profesora Korczyńskiego. Około sali wykładowej ambulatoryum z jednej strony dla mężczyzn, z drugiej dla kobiet.

Na parterze znacznie ponad poziom ulicy wzniesionym i na pierwszym piętrze znajdują się cztery sale dla chorych, obliczone na 48 łózek, tudzież sześć separatek. Sale mają bardzo dużo światła, wyborną wentylację, centralne ogrzewanie parą o niskiem ciśnieniu, oświetlenie elektryczne, łóżka żelazne, wszędzie wodociągi. Wychodki urządzone bardzo praktycznie ze splukiwaniem wodą.

Osobne pokoje przeznaczone są na pracownię kliniczną, pokój do elektroterapii, na bibliotekę dla chorych, mieszkania dla asystentów, łazienki dla chorych i dla lekarzy. W obszernych i widnych

suterenach mieszczą się kotły do ogrzewania wody, motor gazowy do wytwarzania światła elektrycznego, mieszkania dla służby.

Bardzo ważnem uzupełnieniem kliniki jest osobny budynek dla chorób zakaźnych z 8-ma separatkami. Wszystkie pokoje tutaj wraz z osobną salą wykładową są wyłożone płytami kamionkowymi a ściany malowane olejno celem łatwej i pewnej dezynfekcyi. Sprzęty są tylko żelazne i szklane. Pracownie bakteriologiczne, osobne łazienki dla chorych, lekarzy i studentów. Uczniowie, wchodząc do tego oddziału kliniki zdejmują swe ubranie, wdzwiewają opończe i udają się na sale chorych, a opuszczając je, przechodzą do lokalu dezynfekcyjnego, pozostawiając tu ubranie kliniczne i po dezynfekcyi przechodzą innym korytarzem do pokoju, gdzie złożyli swe ubranie. Osobny przyrząd dezynfekcyjny będzie zapobiegać szerzeniu się chorób zakaźnych.

Budowa obu gmachów klinicznych poprowadzona przez radę budownictwa Józefa Sarego, który znakomicie wywiązał się i tym razem ze swego zadania i inżyniera Wentzla, kosztuje dotąd około 330,000 koron. Urządzenie wewnętrzne 77,000 koron.

Z ukończeniem budowy nowej kliniki dla chorób wewnętrznych przyszedł wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego do trzech osobnych dla katedr chirurgii, okulistyki i medycyny wewnętrznej budynków. Czekają przeto jeszcze na swe pawilony: klinika położnicza, dermatologiczna i otworzyć się mająca dopiero psychiatryczna.

*Ignotus.*

## KRONIKA BIEŻĄCA.

*Dnia 15-go lutego 1901 r.*

—(J. Z.)— Walka z chorobami zakaźnymi, które zbyt wiele pochłaniają ofiar w naszym społeczeństwie, staje się bardziej świadomą celów, do których dąży. Dwa odczyty, wypowiedziane w jednym z wydziałów tutejszego towarzystwa higienicznego, zeszyły się z podjęciem przez urząd lekarski rozsyłaniem wśród ludności przepisów, mających na celu zapobieganie rozszerzaniu chorób zakaźnych.

W odezwie, rozesłanej do wszystkich lekarzy warszawskich, urząd uprasza lekarzy o podtrzymanie jego usiłowań i zaznacza, że wprowadził dział ważny: sprzedaż po cenie kosztu środków dezynfekcyjnych dla biednych za receptą lekarza.

Cena jest następująca za litr roztworu: 2% karbolu — 2,5 kp., 5% karbolu 7 kp.,  $\frac{1}{10}$ % sublimatu 1 kp., 5% kreoliny 6 kp., 5% mydłanu karbolowego 2 kp.

Opracowaniem poszczególnych przepisów dla chorób prócz członków urzędu lekarskiego zajmowali się zaproszeni w tym celu: Sokołowski, Bączkiewicz, Małow, Anders i J. Zawadz.

ki. Wydano przepisy dla ospy, szkarlatyny, odry, duru plamistego i brzuszego, błonicy, dyzenteryi i koklusu.

Przepisy te, sformułowane krótko, obejmują profilaktykę otaczających, wskazując im źródło zarazy oraz środki zapobiegawcze.

Kartę z tekstem w językach urzędowym i polskim urząd lekarski posyłać będzie do mieszkania chorego po zawiadomieniu o chorobie. Każda kartka zaczyna się od słów: „Jeżeli środki dla zabezpieczenia otaczających chorego nie są jeszcze wskazane przez lekarza, zaleca się co następuje“.

Myśl ta zasługuje na poparcie lekarzy i pozwala na skuteczniejszą walkę z chorobami zakaźnymi. Dalecy jesteśmy od twierdzenia, wobec znanego niedbalstwa co do zdrowia pewnych sfer społeczeństwa, że środek ten zmniejszy odrazu ilość chorób zakaźnych, wszelka jednak popularyzacja profilaktyki jest pożądaną i w przyszłości przynieść może owoce.

Taniość środków odkażających pozwoli korzystać z nich nawet niezamożnym chorym, a dobór wydaje się nam zupełnie odpowiednim.

— z. — *Nowiny lekarskie* w Z. 2 wymieniły tytuły innych odczytów z higieny, prócz zaznaczonego i obszernie streszczonego w Z. 1.

— z. — *Kongresy i zjazdy w I-szem półroczu r. b.*

D. 7 marca. Kongres balneologów w Berlinie (dr. Brock, Berlin SO. Melchiorstrasse, 18).

D. 9 kwietnia. Kongres przeciw wyskokowi, w Wiedniu, IX Schwarzschanerstrasse 17.

D. 16 kwietnia. Kongres med. wewnętrznej w Berlinie.

D. 25 maja. Zjazd (III) lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze. Zwracać się do prof. Hlava'y.

D. 29 maja. Zjazd ginekologów niemieckich w Berlinie.

D. 22 lipca. Kongres przeciwgruźliczy w Londynie. (London, W. Hanover Square № 20).

— z. — Komitet XI zjazdu przyrodników i lekarzy rosyjskich, mającego się odbyć w Petersburgu pod koniec r. b., jest już zorganizowany. Na prezesa obrany prof. Menszuc'kin, w charakterze zaś członków weszli do komitetu, oprócz profesorów wydziału fizyko-matematycznego uniwersytetu miejscowego, profesorowie instytutu medycyny doświadczalnej: Łukianow, Szydłowski i Kaufman.

— z. — Kol. Dobrzański został zaproszony na okulistę szpit. dla dzieci na miejsce zmarłego kol. B. Wagnera.

— z. — Na prezesa Tow. lwowskiego powołano prof. Becka, na wiceprezesa d-ra Solowija.

— z. — W r. p. pod przewodnictwem prof. Brouardela, świat lekarski francuzki będzie świętować 100-letnią rocznicę utworzenia tam instytucji internów przez Frochota.

— z. — Projektowane rozszerzenie szpitala Ś-go Ducha nie dojdzie do skutku — natomiast projektuje się zbudowanie w Mieni oddziału dla suchotników.

— z. — Konkurs „Gazety lekarskiej“ za najlepszą pracę popularną o rzeźączce nie dał wyników pozytywnych, odroczone więc termin do 1 stycznia 1902 r.

— z. — Z prośbą o umieszczenie otrzymujemy następującą odezwę:

„Z początkiem bieżącego roku powstaje w Londynie wydawnictwo międzynarodowe „Katalogu bieżącej literatury naukowej“. Wydawnictwo to, wszczęte przez „Royal Society“ Londyńska, zorganizowane pod patronatem rządów wszystkich Państw cywilizowanych, ma objąć Bibliografię prac naukowych wszystkich krajów i narodów.

Akademia Umiejętności w Krakowie, pragnąc, aby i polskie piśmiennictwo naukowe zostało objęte przez to wyjątkowej doniosłości przedsięwzięcie, zorganizowała, na Wydziale swoim Matematyczno-Przyrodniczym, osobną „Komisję Bibliograficzną“, której zadaniem będzie opracowywanie „Katalogu literatury naukowej polskiej“, w zakresie i według zasad Katalogu Międzynarodowego.

By jednakże praca ta odpowiadała celowi i informowała świat uczony międzynarodowy o rzeczywistym rozwoju literatury naukowej polskiej, czynności Komisji winnyby się spotkać z życzliwym współdziałaniem społeczeństwa, a przede wszystkim z poparciem Autorów, Redaktorów i Wydawców.

Zadaniem „Katalogu literatury naukowej polskiej“ będzie podawanie dokładnych szczegółów bibliograficznych o każdej pracy z zakresu nauk matematycznych i przyrodniczych, czy się ona pojawi w czasopiśmie, czy też jako dzieło osobno wydane. Komisja Bibliograficzna, pragnąc osiągnąć możliwą zupełność, zwraca się z usilną prośbą do wszystkich Autorów, Redaktorów i Wydawców, zarówno pism peryodycznych jak i dzieł osobnych, aby prace, ukazujące się w druku za ich staraniem, zechcieli jej przesyłać, pod adresem: *Akademia Umiejętności w Krakowie, Komisja Bibliograficzna*. Przewodniczący Komisji: *Władysław Natanson*, sekretarz: *Tadeusz Estreicher*“.

Mamy nadzieję, że czytelnicy nasi zrozumieją doniosłość sprawy i nie odmówią jej poparcia.

—\*— Otrzymujemy z prośbą o wydrukowanie odezwy następującą:

Komitet zarządzający Kasą pomocy dla osób pracujących na polu naukowym, imienia J. Mianowskiego, podaje do wiadomości, że z zapisu Jakóba Natansona, przyznane zostaną w roku 1901 dwie nagrody pieniężne.

Jedna nagroda przyznana będzie za najlepszą pracę z dziedziny nauk ścisłych (matematyka, nauki przyrodnicze włącznie z biologicznymi), ogłoszoną drukiem w języku polskim w latach: 1897, 1898, 1899 i 1900; druga za taką pracę w dziedzinie nauk społecznych, filozoficznych, prawnych lub tym podobnych. Zgodnie z ustawą Kasy Pomocy i stosownie do zastrzeżeń, uczynionych przez zapisodawcę,



powyższe nagrody udzielone być mogą jedynie poddanym rosyjskim, mieszkańcom Królestwa Polskiego, w Królestwie urodzonym. Komitet zarządzający Kasą własnem staraniem usiłował zebrać, dla poddania ocenie prace, ogłoszone drukiem w wymienionym okresie; dla uniknięcia jednak możliwych przeoczeń, prosi o składanie prac, o których mowa, w biurze Komitetu lub na ręce jednego z członków Komitetu.

Prezes Komitetu: *W. Holewiński*. Członek Komitetu, Sekretarz: *Feliks Kucharzewski*.

## Z M A R L I

—z.— *Max Pettenkofer*, zmarł d. 10 b. m. w Monachium. Urodzony d. 3 grudnia 1818 r. w Lichtenheimie, uczył się farmacji i medycyny w Monachium, pracował w laboratorium Liebiga w Gies-sen, został w r. 1847 nadzwyczajnym profesorem chemii, a w r. 1853 zwyczajnym. Pierwsze jego oryginalne badania naukowe dotyczyły żółci, poczem zwrócił się do spraw higienicznych. Badał stosunki wentylacyjne mieszkań, systemy ogrzewania, skład fizyczny odzieży ludzkiej, wogóle zwrócił pierwszy badawcze spojrzenie na cały szereg spraw pierwszorzędno znaczenia zdrowia i życia ludzkiego, któremi nikt się przed Pettenkoferem nie zajmował. W r. 1855 rozpoczął swe epokowe badania nad cholera i nad wpływem wody gruntowej na jej powstawanie i rozwój. Niemniej słynne i owocodajne dla nauki były badania jego nad oddychaniem i żywieniem się zwierząt i ludzi; dał on nowe podwaliny całej nauce o przemianie materii. Dzięki wpływowi Pettenkofera wprowadzono na uniwersytetach bawarskich katedrę higieny; w r. 1865 taką katedrę powierzono Pettenkoferowi, jako założycielowi higieny eksperymentalnej. W r. 1889 został prezydentem bawarskiej akademii umiejętności. W r. 1894 przeszedł w stan spoczynku.

Redagował czasopisma: *Zeitschrift für Biologie* (do r. 1882) i *Archiv für Hygiene* (do roku 1894).

—z.— Zmarł w Davos, twórca tego sanatorium dr. *Spengler* w 74 r. życia.

—(j. w.)— Dr. *Józef Śmigiełski* dnia 10 lutego r. b. w Kielcach, w wieku lat 40. Zmarły kolega cieszył się wielkiem uznaniem jako lekarz oraz jako człowiek.

—(j. w.)— Dr. *Teofil Rontaler* dnia 4 lutego r. b. w Piotrkowie, w wieku lat 61. Zmarły był wychowawcą uniwersytetu w Jurjewie (Dorpacie).

—(j. w.)— Dr. *Karol Tyimiński* dnia 4 lutego r. b. w Łomży. Zmarły padł ofiarą swego powołania, zaraziwszy się od chorego tyfusem.

## Nadesłano do Redakcyi.

(z) Dr. V. Jež i Fr. Kluk-Kluczycki. *Zur Therapie des Abdominaltyphus mit Jež's „Antityphusextract.“* Odb. z Wien. Klin. Wochschr. 1901 r.

Już w r. 1899 dr. Jež zaznaczył odkrycie nowego środka leczniczego dla leczenia duru brzuszego.

Pracując nad tą kwestyą w dalszym ciągu, otrzymał antytoksynę z narządów królików, którym uprzednio szczepił jad duru. Jest to płyn różowawy, czysty, jasny, według Sękowskiego, posiada odczyn zasadowy, c. wł. 0,994, zawiera 1,35% cz. stałych, 0,12% białka: (serumalbumina, nukleoalbumina (ślady) i methemoglobina), z soli zawiera Ca, Mg, K, Na, w postaci fosforanów i chlorków oraz siarczanów.

Antytoksynę podaje autor łyżkami co 1—2 godzin aż do spadku ciepłoty do 38° C. (rano), poczem daje go 3 łyżki dziennie. Zwykle po 3 dniach ciepłota spada do 38° C. (zużywa się 400—500 gm. ekstraktu).

Autorzy stosowali środek ten z wielkiem powodzeniem, które zaznacza również i prof. Eichhorst w „*Therap. Monatshefte*“.

Na zasadzie licznych obserwacji autorzy stawiają wnioski następujące:

1. Wyciąg przeciwtufusowy Ježa działa swoiście tylko w durze brzuszynym.
2. Wyciąg jest środkiem nieszkodliwym i nawet w dużych dawkach nie działa ubocznie.
3. Pomaga w rozpoznaniu różniczkowem.
4. Przyjmowany w durze, obniża ciepłotę i działa pobudzająco na tętno.
5. Zmniejsza czas trwania duru i niweczy działanie jadu durowego.
6. Stosuje się *per os.* nie wywołuje przeto następstw takich, jak antytoksyny wprowadzanie do krwi bezpośrednio.

(z) Dr. J. Sędziak. *Ueber luetischen Primäraffect in der Mund- und Rachenhöhle, sowie in der Nase und den Ohren.* (Odb. z „*Monatsch. f. Ohrenheilk.* 1900).

Autor w pracy tej, przeznaczonej na zjazd w Krakowie, podaje kilka własnych spostrzeżeń i na ich zasadzie objawy subiektywne i obiektywne przymiotu tych narządów, streszczając pokrótce rozpoznanie i leczenie.

(z) Dr. C. Kopp. *Persönliche Prophylaxe und Abortivbehandlung des Trippers beim Manne* (odb. z „*Münch. med. Woch.*“ 48, 1900).

Autor zaleca jako środek profilaktyczny w tryprze protargol, którego używa i przy leczeniu abortywnem: wyciera najprzód tamponem ujście cewki, zasypuje 20% protargolem w glicerynie.

(z) DySSERTACYE Akademii medyko-chirurgicznej w Petersburgu za r.-1899 i 1900.

Sprawozdania szczegółowe znajdują czytelnicy w działach odpowiednich.

*Medicinskij otczot moskowskoj Golicynskoj bolnicy* za 1899 god.

*Med. otcz. rodil. prijuta pri Golicynskoj bolnice* za 1899 god.

S. O. Zimina.

---

**Sprostowanie.** W artykule D-ra Hołówki na str. 109 w. 12 od góry przy odsyłaczu 32 czytają: D o n a t zamiast K ä f e r.

---

## Od wydawców.

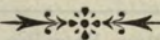


„Kronika Lekarska“ wychodzić będzie w r. 1901-ym w tej samej objętości, z tym samym programem i na tych samych warunkach.

Dla uniknięcia zwłoki w odbiorze pisma upraszamy Pp. prenumeratorów o wczesne przesyłanie przedpłaty, oraz zawiadamianie o zmianie adresu. Pp. prenumeratorów, za legających w opłaceniu przedpłaty, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

---

Z d. 1 stycznia biuro redakcyi „Kroniki Lekarskiej“ zostało przeniesione na ul. Orłą № 5 | A m. 3 (Telefonu 1264), upraszamy o nadsyłanie rękopisów, pism i książek pod tym adresem.



# SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

- I. O zmiennej nierówności źrenic — Dr. W. Miklaszewski — str. 151.  
II. O śródmacicznym stosowaniu balonu kauczukowego w położnictwie — Dr. Antoni Hołowko — str. 159.

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

37. Dr. A. Depage — Zwichnięcie nerwu środkowego — str. 166. 38. Dr. H. Alapy — O zaszczepianiu płatu skórnoego sposobem Thiersch'a celem wyleczenia ciężkich zwiężeń krtani — str. 167. 39. Prof. A. Le Dente — Przyczynek do leczenia do-  
szczępnego przepuklin pachwinowych — str. 169.

### II. Choroby gardła.

40. Brady — Naczyniak krtani u 6-cio letniego chłopca, usunięty pod chloroformem na drodze wewnątrzkrtniowej — str. 170. 41. Donelau — O krwawieniu tchawicowem w następstwie grypy — str. 171. 42. Fortunati — Nowy przyczynek do zapalenia rogówki pochodzenia nosowego — str. 172. 43. J. Sędziak — Zaburzenia krtaniowe w cierpieniach ośrodkowego układu nerwowego ze szczególnem uwzględnieniem zaburzeń krtaniowych w przebiegu wiądu rdzenia — str. 127.

### III. Choroby skórne.

44. Du Castel — Wypryski nawrotne — str. 174. 45. Janicke — Leczenie świerzbączki starszej szczotkowaniem — str. 176. 46. Gerbsman — Mięśnienie szyjki pęcherza przeciw mimowolnemu nocnemu oddawaniu moczu — str. 177. 47. E. Schiff — Usuwanie włosów prądami wysokiego napięcia — str. 177. 48. C. Ritter — Leczenie odmrożeń przegrzaniem powietrzem — str. 178.

### IV. Wiadomości terapeutyczne — 49—53 — str. 178.

### V. Odcinek — Kilka słów o ambulatoryach szpitalnych dla dzieci — str. 179.

### VI. Korespondencje „Kroniki Lekarskiej“ — str. 183.

Kronika bieżąca — str. 188.

Zmarli — str. 191.

Nadesłano do Redakcyi — str. 192.

---

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

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

---

Дозволено Цензурою. Варшава, 31 Января 1901 года.