

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z oddziału dla chorych nerwowych D-ra Bregmana w szpitalu Starozakonnym w Warszawie.

I. O wymiotach kałowych w hysterii.

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

NAPISAŁ

Dr. med. Ludwik E. Bregman.

Ordynator szpitala.

W znacznej ilości przypadków histeria jest chorobą typową: słyszymy od chorych te same skargi, znajdujemy te same znamiona widzimy napady różniące się w szczegółach, ale w ogólnej swej postaci niezmiernie do siebie podobne. Nie zawsze jednak tak bywa, liczne są bowiem przypadki, w których postać histerii jest mniej pospolitą, rozpoznanie mniej łatwym. Wszystkie niemal czynności ustroju mogą uleść w hysterii zmianom i zaburzenia te łączyć się mogą w najrozmaitszych kombinacjach o różnym stopniu natężenia, dając tym sposobem najróżnorodniejsze obrazy chorobowe. Gdy uwzględnimy częstość zaburzeń żołądkowo-kiszkowych w hysterii i wielką ich różnorodność, zrozumiemy, że nerwica ta symulować może różne cierpienia jamy brzusznej a zwłaszcza przewodu pokarmowego. Znane są przypadki z objawami wrzodu żołądka, lub nowotworu, lub zapalenia wyrostka robaczkowego, zapalenia opon brzusznych lub wreszcie zamknięcia kanału kiszkowego (Ileus). O tych ostatnich chcę, zachęcony jednym przypadkiem, który przez czas dłuższy na swym oddziale obserwowałem, parę słów powiedzieć.

W piśmiennictwie niewiele o tym przedmiocie znalazłem, prawdopodobnie mniej, niż z praktyki wynikaćby powinno, gdyż lekarze nie są zwykle nader pohopni do ogłaszania pomyłek dyagnostycznych. Zebrać zdołałem co następuje.

Cousot powiada, że wzdęcie brzucha, bóle, brak stolca, wymioty złożyć się mogą na obraz zapalenia opon brzusznych. Jedna chora od miesiąca nie miała stolca, od tygodnia wymioty kałowe. Znamiona histeryi. Dalszy przebieg potwierdził rozpoznanie *pseudoperitonitidis hysteriae*.

Hoorweg: 26 letnia panna ma od lat 6-ciu wymioty kałowe; w wywiadach napady histeryczne, paraplegia; przedmiotowo: stupor, zaburzenia czucia, bolesność jajników, wzmożenie odruchów, anuria.

Bristowe: przypadek *pseudoperitonitidis hystericae* z 3-ma nawrotami.

Sander w odczycie p. t. o „*zabiegach chirurgicznych w histeryi*” podaje 2 przypadki: 1) 23 letni mężczyzna z objawami zapalenia wyrostka robaczkowego i stenozы kiszek, 2-krotnie otwarcie jamy brzusznej. Znamiona i napady histeryczne. 2) Panna 24 letnia, hysteria gravis z objawami perityphilitidis et peritonitidis cum perforatione, 4-krotne w ciągu jednego roku otwieranie jamy brzusznej.

Treeves opisuje chorą, która 3 razy przedtem a przez niego po raz czwarty poddana została operacyi wskutek braku stolca i wymiotów kałowych. Narządy jamy brzusznej okazały się prawidłowemi. Wszystkie objawy znikły po odosobnieniu chorej (w oddzielnym pokoju). Ta sama chora miewała gorączkę do 50° C.

Chory opisany prze Straussa, 29-letni szewc, również kilkakrotnie z powodu wymiotów kałowych „przewlekłego ileus” był operowany. Po typowym napadzie histerycznym objawy znikły. Astasia—Abasia. Początek choroby po urazie.

Schlosser podaje 3 przypadki: 1 (przyp. D-ra Ilajnera) 26 letnia siostra miłosierdzia od wielu lat cierpiąca na niedokrwistość oraz objawy ogólnohisteryczne i różne zaburzenia żołądkowo-kiszkowe. W r. 1893 wskutek wymiotów kałowych poddana laparatomii, przy której znaleziono pętlę kiszkową długości 20—25 cm. silnie skurezoną. Powoli skurecz znikł. Na drugi dzień chora miała stolec. W kilka miesięcy później Nephroraphia z powodu nerki ruchomej. Potem kilkakrotnie powtórzenie się poprzednich objawów. 2) 28 letnia histeryczka. W wywiadach krwioplucie, krew w moczu, objawy podobne do wrzodu żołądka. W r. 1898 objawy zapalenia opon brzusznych, wymioty kałowe. Przy operacyi kiszka cienka była w kilku miejscach skurezoną, ale nigdzie rozszerzoną nie była (jak w przypadku 1-ym). Chora miała stolec dopiero 5-go dnia po operacyi. Wszystkie zaburzenia ustąpiły.

3) (przyp. prof. Wölflera) kobieta 31 letnia, przedtem już miewała objawy zapalenia opon brzusznych, bezmocz. W r. 1888 laparatomia z powodu przewlekłego zamknięcia kiszki i wymiotów kałowych. Wynik badania jamy brzusznej ujemny; po operacji objawy niepokojące ustąpiły. Pozostała leniwa działalność kiszki. W miejscu blizny powstała przetoka, która pomimo operacji, wciąż się otwierała i dotąd pozostała; kał regularnie tędy odchodzi.

W przypadku Leubego można było wymacać wzdłuż całej kiszki grubej od ślepej do S. Romanum twarde pęk, autor rozpoznał Ileus spasticus, chora wyzdrowiała. W przypadku Voisin'a nastąpiło zejście śmiertelne, przy oględzinach pośmiertnych znaleziono zwężenie spastyczne kiszki bez zmian anatomicznych.

W odmiennych nieco warunkach występowały wymioty kałowe w przypadku opisanym przez Rosensteina, a mianowicie napadowo i równocześnie z innymi objawami nerwowymi—utrata przytomności, drgawkami, ściskoszczękiem i t. p.; prócz wymiotów kałowych następowało w czasie napadu wypróżnienie per vias naturales. Autor przypuszcza teżyczkę ze skurezem kiszki, który powoduje posunięcie zawartości w obu kierunkach. Napadowe wymioty kałowe spostrzegał również Cherechewsky.

Przypadek, przezemnie spostrzegany był następujący:

E. M., panna 23 letnia, zapisana została d. 3/XI 1899 r. na oddział chirurgiczny kol. Sołowiejczyka z objawami ciężkiego cierpienia jamy brzusznej: wzdęcie brzucha, bóle, wymioty, od 10 dni brak stolca i wiatrów. W narkozie wzdęcie brzucha znikło, nie patologicznego w jamie brzusznej nie wymacano. Przeniesiono wtedy chorą dla ścisłej obserwacji na mój oddział.

Chora opowiada, że zachorowała przed rokiem po potknięciu się na ulicy. Wkrótce potem zaczęła pluć krwią. Nie trwało to długo, ale zamiast tego wystąpiły zaburzenia kiszkowe. Leczyła się w szpitalu w Łodzi, głównie wlewaniem Hegara i przemywaniem żołądka, samoistnych stolców nie miała. Wypisała się z poprawą, ale w domu nastąpiło znowu pogorszenie, które skłoniło ją do wyjazdu do Warszawy.

Przy badaniu przedmiotowem znaleziono: Chora wzrostu średniego, budowy silnej, stan odżywiania dobry. Odruchy z błon słuzowych (jącznicy, gardzieli) zmniejszone, ścięgnowe wzmożone, bolesność w różnych miejscach przy naciskaniu (jajniki, hypochondria). Zaburzeń czucia, zmian pola widzenia brak.

Kilka razy w ciągu obserwacji szpitalnej (od listopada 1899 do maja 1900) chora miała napady z niezupełną utratą przytomności i z objawami drgawkowemi. Raz, po sprzeczce z sąsiadką wystąpiła afonia trwająca 2 dni. Prócz tego ujawnił się w największym stopniu t. zw. charakter histeryczny: kapryśna, samolubna, niepokoiła ciągle całą służbę szpitalną, do wszystkich miała pretensye, nie znosiła najmniejszego oporu i t. d.

Co się tyczy objawów brzusznych, to pokazało się co następuje:

Brzuch wzdęty, raz w większym innym razem w mniejszym stopniu. Przy odwróceniu uwagi chorej udaje się dobrze wymacać narządy jamy brzusznej. Dźwięk opukowy tympanityczny, w częściach bocznych stłumiony.

Bóle w brzuchu, nie dające się dokładnie umiejscowić, najczęściej wokoło pępka. Bolesność brzucha przy palpacji nie zbyt znaczna i bez określonego umiejscowienia. Chora samoistnie stolców nie miewa. Różne purgantia—olej rycynowy, senna, rheum, aloe — nie osiągają skutku, również jak i zwykle lawatywy. Wlewania H e g a r o w s k i e — nieraz po parę litrów dają wynik różny; niekiedy wraca woda zaledwie słabo zabarwiona, innym razem z drobnymi kawałkami kału lub z większymi bryłami kałowymi.

Najgroźniejszym i — najbardziej stałym objawem były wymioty zwykłe, po jedzeniu, wymioty krwawe i kałowe. Nie chcąc nużyć Sz. Panów podawaniem długiej historii choroby, powiem tylko, że wymioty krwawe były mniej częste, że chora zwracała czystą prawie krew, jasnego koloru w niewielkiej zazwyczaj ilości (kilka łyżeczek). Znacznie częstsze były wymioty kałowe, choć i ich nieraz nie było przez dni kilka, tydzień lub dłużej; wymioty miały wygląd płynu, mniej lub więcej zabarwionego o właściwym zapachu, w którym znajdowaliśmy — niezawsze — kawałki kału od najdrobniejszych wielkości łebka od szpilki do większych, podobnych do sformowanego kału. Symulacja była wykluczona, gdyż chorą poddałem ścisłej obserwacji i niejednokrotnie sam byłem przy wymiotach obecny. Nadmienić muszę, że stan ogólny chorej był bardzo zmienny raz poprawiała się przy braku wypróżnień samoistnych, ale skutecznych wlewaniach H e g a r a — do tego stopnia, że chodziła, sprzątała i t. d., to znowu stan jej ciągle się pogarszał, robiła wrażenie ciężko chorej, nie mogła się z łóżka podnieść, narzekała na bóle, ciągle wymiotowała i t. p. Przyczyną tych przesileni bywały

często momenty psychiczne — zmartwienie, sprzeczką—nieraz jednak przyczyny żadnej nie wykrywaliśmy.

W połowie lutego wystąpiło nowe powikłanie, mianowicie: wypadnięcie kiszki prostej i silne krwotoki kiszkowe. Być może, że powstanie tych objawów było w pewnym związku z tem, że chora zagrożona przez nas operacją brzucha, starała się gwałtownem parciem sprowadzić wypróżnienie. Na krótko przed wypadnięciem kiszki udało jej się to nawet, choć w miniaturowej wprawdzie dawce. Wypadnięta kiszka miała długości około 7—8 cm., błona śluzowa barwy sino-czerwonej, gładka, bez owrzodzeń. Krwotoki kiszkowe b. obfite, krew płynna. Silne tenesmy wypychały co chwila wprowadzoną kiszkę na zewnątrz. W parę dni chora bardzo osłabła, wygląd jej, przedtem wyśmienity, pogorszył się znacznie, tętno słabe, częste, pokarmów przyjmować nie chciała. Czopki z mawkowca, morfiny, belladonny, kokainy, tanniny—nie odniosły skutku. Wykonaliśmy wtedy paklenizację recti; nadmienić muszę, jako szczególny charakterystyczny, że po zachloroformowaniu (lekkim) chorej i pomimo działania tłoczni brzusznej kiszka wyjść nie chciała, palcem wydobyto z odbytnicy kawałek kału. Po przypaleniu chora ogólnie się poprawiła, mniej wymiotowała, zaczęła jeść, miała kilka wypróżnień. Krwotoki z kiszki zmniejszyły się, prolapsus i tenesmus pozostały bez zmiany. Paklenizacja wokół odchodu skutku również nie osiągnęła.

Z uwagi na to, że dłuższe trwanie tych objawów zagrażało ogólnemu stanowi chorej i mogło zniweczyć polepszenie osiągnięte pod innymi względami, zdecydowałem się na usunięcie wypadniętej kiszki na drodze operacyjnej. Operacji tej dokonał — extraperitonealnie kol. Sołowiejczyk. Wynik był znakomity. Chora poprawiła się znacznie, jadła, nie wymiotowała, miała co parę dni wypróżnienia i tylko narzekać zaczęła bardziej na zaburzenia przy oddawaniu moczu—ból, palenie — które zresztą przedtem już sporadycznie u niej występowały ¹⁾.

¹⁾ Chora pozostawała w szpitalu do maja 1900 r. Wkrótce potem zgłosiła się znów z objawami moczowemi. Zaleciłem czopki z kokainy, nasiadki, okłady. Lato chora spędziła w Ciechocinku, czuła się dobrze, pod koniec znowu zachorowała i raz wymiotowała kałem. We wrześniu przyjechała do Warszawy. Mając zamiar wyjechać prosiłem kol. Sołowiejczyka, iżby ją przyjął na swój oddział. W październiku zastałem chorą

Sz. Panowie! przechodząc do rozbioru tego niezwykłego przypadku, nie możemy wątpić, że mamy przed sobą osobę dotkniętą histeryą. Znamiona, napady, bezgłos, charakter i cały habitus chorej są tego dowodem. To samo jednak nie jest wystarczające, należy dowieść, że ciężkie zaburzenia, które u niej spostrzegaliśmy są również pochodzenia historycznego. W istocie niektóre momenty za przypuszczeniem tem przemawiają: przedewszystkiem *różnorodność* tych zaburzeń (haematemesis, wymioty kałowe, krwotoki kiszkowe, prolapsus recti, dysuria, amenorrhoea) nie dających się w jedną całość ująć i z jedną dyagnozą pogodzić; dalej *zmiennosc* ich, zmienność w natężeniu objawów, które uważać zwykliśmy jako najcięższe i zagrażające życiu chorego; następnie stwierdzony przez nas wielokrotnie *wpływ momentów psychicznych* i wreszcie poprawa tak znaczna *po rękoczynach nie skierowanych wcale przeciw objawom najgłówniejszym*—wszystko to narzuca nam niemal rozpoznanie histeryi. Z drugiej strony zapytać siebie musimy, czy możliwem jest, i jak wytłomaczyć sobie powstawanie tak ciężkich objawów na tle tej nerwicy? Jak objaśnić przedewszystkiem wymioty kałowe, objaw, który nad sceną dominował i który dla tego w nagłówku pracy tej umieściliśmy?

Objaw ten w połączeniu z brakiem stolca i zatrzymaniem wiatrów tworzy obraz zamknięcia przewodu kiszkowego. U naszej chorej brak wypróżnień nie był zupełny, przy pomocy wlewań Hegara wydobywano masy kałowe, bądź co bądź jednak nie udawało się to zawsze, a najmniej wtedy, gdy i wymioty kałowe były najsilniejsze. Przypuszczać więc należy, że i u niej powstawały—przynajmniej czasowo—przeszkody dla prawidłowego posuwania zawar-

w stanie bardzo groźnym: anemia posunięta do najwyższego stopnia, ogromne osłabienie, nie mogła nawet siedzieć, działalność serca słaba. Prolapsus się ponowił, powierzchnia jego owrzodzona. Silne krwotoki kiszkowe. Chora miewa wypróżnienia, ale z bólami parciem i obfitem wydzielaniem śluzu. Wymioty kałowe były raz po wstąpieniu, potem ich nie było. Brzuch nie był wzdęty, niebolesny. W takim stanie chorej kol. Sołowiejczyk uważał operacyę (z narkozą) za zbyt ryzykowną i usiłował przy pomocy irygacyi z tanniną, przez podawanie żelaza, odpowiednią dyetę, polepszyć stan sił, co mu się też w pewnym stopniu udało: chora dotąd pozostaje w szpitalu, krwotoki się zmniejszyły, wygląd się poprawił, chora może siedzieć, ale nie chodzi i nie stoi, narzeka na osłabienie, na bóle głowy. Prolaps pozostał. Niedawno, usiłując stac, dostała znów wymiotów kałowych.

tości kiszek²⁾); czy to były czynnościowe, spastyczne zwężenia, czy też nagromadzenie się wskutek ograniczonego paraliżu kiszek większych mas kałowych, tego rozstrzygnąć nie możemy.

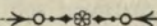
W każdym bądź razie godną uwagi jest ta łatwość powstawania objawów, które zazwyczaj w najcięższych warunkach spostrzegamy. Stosunkowo nieznaczne zmiany organiczne, lub zaburzenia mechaniczne przy usposobieniu neuropatycznym i wzmożonej pobudliwości odruchowej [stają się punktem wyjścia dla najpoważniejszych zaburzeń czynnościowych, dynamicznych.

Atoli co się tyczy specjalnie wymiotów kałowych to należy wziąć jeszcze pod uwagę skłonność wyjątkową do ruchów antiperystaltycznych kiszek. Tym sposobem jedynie wytłumaczyć możemy fakta tak niezwykle jak podany przez Hoorwega, który, zastrzykując do odbyticy roztwór krochmalu i bizmutu, znajdował je wkrótce potem w wymiotach, lub podobne spostrzeżenie Briqueta, w któ-

²⁾ Zwężenie organiczne z objawu i z przebiegu możemy wykluczyć. O nowotworze wobec wieku chorej, dobrego stanu odżywiania, pomyslnego przebiegu nie może być mowy, dla zwężenia bliznowatego brak wszelkich danych (owrzodzenia po tyfusie, dysenterji, gruźlicy, hernia incarcerata, uraz; uraz, o którym ehora opowiada—upadnięcie na ulicy—był tak nieznaczny, że nie może być w rachubę wzięty). Znaczne wahania w przebiegu świadczą również przeciw bliznie. Możliwość antiperystaltyki w warunkach normalnych podlega jeszcze dyskusji. Wbrew Houckgeit'owi, Nothnagel spostrzegł wyraźnie ruchy antiperystaltyczne u zwierząt po wprowadzeniu do odbyticy 10—30% roztworu soli kuchennej (obserwował je po laparatomii w kąpieli z 6^o/₁₀₀ soli kuchennej). Dalej jeszcze posunął się Grützn'er twierdząc, że roztwór fizjologiczny soli kuchennej wywołuje również ruchy antiperystaltyczne, i że prócz prawidłowego posuwania się zawartości kiszek ku dołowi ma miejsce i ruch wsteczny, wynikający po części z „wahadłowych“ (pendelartige) ruchów cieczy kiszkowej. Swierzyński potwierdził, że lycopodium wstrzyknięte do kiszki prostej dojdzie może do żołądka. Kirstein wpadł na pomysł wycięcia kawałka kiszki i wszycia jej napowrót w kierunku odwrotnym. Mühsam zrobił to samo z całą niemal kiszka cienką, przecinając ją tuż pod dwunastnicą i nieco powyżej kiszki ślepej. Obaj otrzymali wyniki dodatnie, dowodzące możliwości ruchów antiperystaltycznych. Aczkolwiek w zasadzie możliwe, nie odgrywają one jednak w warunkach prawidłowych, jak się zdaje, roli ważniejszej.

rem płyny tą samą drogą wprowadzone, już po 12 minutach ustami wracały. To samo spostrzegał niedawno Treeves.

Na zakończenie parę słów jeszcze o wymiotach krwawych. Wrzód żołądka z całego przebiegu wykluczyć możemy. Z uwagi na krwotoki płucne (w wywiadach) możnaby przypuszczać haemophiliją lub cierpienie ustrojowe do krwotoków usposabiające, ale dla obu brak wszelkich danych: mocz prawidłowy, działła niezmienione, naczynia miękkie, wyrwanie 7 zębów nie spowodowało żadnych zaburzeń i t. d. Stoimy tu wobec zagadki, której dotąd rozwiązać nie możemy. Mathieu i Maliau sądzą, że krew pochodzi z jamy ustnej, że chorzy ją w nocy połykają, a nad ranem w ilości większej zwracają. Tak samo Strümpell co się tyczy krwiopłucia przypuszcza, że krew pochodzi z błony śluzowej ust i gardzieli przez ciągłe mechaniczne podrażnienie ich przy chrząkaniu. Przypuszczenia te z pewnością w wielu przypadkach były usprawiedliwione, w naszym przypadku powikłanym tak różnorodnymi zaburzeniami wydaje się nam niezupełnie zadawalającym. Musimy przyjąć stan szczególny, patologiczny błony śluzowej, która na słabe względnie bodźce tak niezwykle reaguje. To samo odnosi się również i do krwotoków z kiszek: pojawiły się one wprawdzie równocześnie z wypadnięciem kiszki prostej, ale powierzchnia tej ostatniej była gładka, nie owrzodzona, krew pochodziła z części powyżej położonych nie wypadniętych: być może, że przyczyną krwotoków były owrzodzenia w tych częściach, z pewnością tego wykluczyć nie można, prawdopodobniejszem jednak wydaje nam się przy uwzględnieniu całego przebiegu, przypuszczenie reakcyi patologicznej błony śluzowej.



II. LECZENIE

przewlekłych owrzodzeń goleni sposobem Unny.

NAPISZAŁ

A. Podciechowski (z Sieradza).

Stosując ambulatoryjnie rozmaite metody leczenia przewlekłych owrzodzeń goleni przez lat kilkanaście, z wielkim zaledwie trudem otrzymywałem chwilowe zagojenie wrzodu. Od lat mniej więcej ośmiu stosuję stale opatrunek Unny i od tego czasu otrzymywałem

w krótkim czasie zagojenie stałe obszernych owrzodzeń goleni. Metoda Unny nie jest nową i zapewne stosowaną była przez wielu lekarzy; do wystąpienia zaś niniejszego skłonił mnie artykuł pomieszczony w 18 zeszytcie z roku zeszłego „Kroniki Lekarskiej“ (str. 729), będący streszczeniem pracy Hansa Bałajza, w którym to artykule obok bardzo wyczerpującego i dokładnego opisu działania opatrunku Unny, opis samej techniki nakładania nie jest jasno i dokładnie wyłożony, skutkiem czego mogą powstać niedokładności, odbijające się niekorzystnie na wyniku, jaki przez opatrunek osiągnąć zamierzamy. Trzymając się wskazówek, podanych przez Unnę, przy nakładaniu opatrunku należy zalecić ztoremu, aby w ciągu najmniej godziny moczył zajętą goleń w ciepłych mydlinach, dla rozmiękczenia stwardnień i łusek naskórka. Przed nałożeniem opatrunku należy dokładnie obmyć stopę i goleń aż do kolana namydloną watą i roztworem (1:2000) sublimatu, starając się wszystkie rozmiękłe łuski naskórka dokładnie oddzielić od podścieliska, szczególniejszą zwracając uwagę na stwardniałe brzegi owrzodzenia. Mycie goleni należy wykonywać dość silnie, nie zwracając zbytnio uwagi na krwawienie, jakie z powierzchownych warstw skóry może nastąpić. Po dokładnem oczyszczeniu i następnem osuszeniu goleni i stopy, rozprowadza się pędzlem malarskim średniej wielkości, dość twardym, zaczynając od palców aż do kolana, klej Unny, starając się, aby klej pokrywał całą goleń równomiernie. Samo owrzodzenie pudruje się jodoformem lub innym środkiem dezynfekcyjnym, albo też po-ciaga się tylko klejem, zależnie od czystości owrzodzenia. Następnie nakłada się na owrzodzenie kilka kawałków odpowiedniej wielkości gazy hygroskopijnej, sterylizowanej. Dokonawszy powyższego, chcąc, aby zaschnięty opatrunek nie obcierał skóry, trzeba koniecznie otoczyć stopę i goleń warstwą średniej grubości waty hygroskopijnej tak, aby ostatnia wystawała na 3—4 cm. poza opatrunek. Wystającą część waty należy zawinąć przy nakładaniu ostatniego kręgu bandaża na opatrunek tak, jak się zawija rękaw od surduta. W ten sposób unika obtarcia, a nawet nieraz i bardzo dokuczliwego owrzodzenia na końcach opatrunku. Pamiętać także należy, aby około kostek i na pięcie nałożyć grubszą warstwę waty. Mając tak osłoniętą nogę, nakłada się pierwszy krąg bandaża z twardego muślinu; bandaż przed użyciem należy rozmoczyć w dobrze gorącej wodzie, aby krochmal dokładnie rozmiękł. Ten bandaż powinien być zwinięty od końca do środka w dwie rolki. Wziąwszy bandaż za obie rolki w obie ręce, środek bandaża umieszcza się z tyłu goleni na wyso-

kości dolnej części owrzodzenia, przez co poddaje się skórę z tyłu ku przodowi, t. j. naciąga się ją na owrzodzenie. Nad samem owrzodzeniem krzyżuje się bandaż, przekładając rolę bandaża z jednej ręki do drugiej. Bandażowanie zaczyna się od dolnej części owrzodzenia w kierunku do kolana, aż do zużycia całego bandaża. Ten sposób nakładania bandaża szczególnie zaleca się w owrzodzeniach przedniej powierzchni goleni. Dokonawszy tego, nakłada się zwykłą opaskę z twardego muslinu szeroką na 7—8 cm.; należy ją dokładnie przed samem użyciem rozmoczyć w gorącej wodzie (aby środek rolki nie pozostał suchym). Zaczynając od palców aż do kolana, należy nałożyć najmniej 3 warstwy opaski, — co szczególnie zaleca się przy pierwszym opatrunku. Na każdą warstwę opaski można rozsmarować pędzlem klej Unny. Ostatnimi czasy na bandaż kleju Unny nie nakładam i, pomimo to, opatrunek na elastyczności nie traci i daje zadawalniające rezultaty.

Chory po nałożeniu opatrunku powinien pozostać bez ruchu, aż do podeschnięcia opatrunku. Zdjęcie takiego opatrunku nie jest trudne — dokonywa się zaś w czasie moczenia nogi, przed nałożeniem nowego opatrunku.

Pierwszy opatrunek zazwyczaj przesiąka w ciągu tygodnia, — należy go więc zastąpić nowym, w ten sam sposób nałożonym. Dla wyleczenia zupełnego nawet dość rozległych owrzodzeń goleni zwykle wystarczają 4 opatrunki; dla zabezpieczenia jednak od nawrotów, już po zupełnem zagojeniu, należy jeszcze nałożyć ze dwa opatrunki, w których chorzy z chęcią pozostają do 6-ciu tygodni. Wogóle chorzy już po drugim opatrunku, czując się dobrze, mogą swobodnie chodzić, bardzo więc niechętnie decydują się na zmianę opatrunku, co im nawet niekiedy uchodzi bezkarnie.

Trzeba przyznać, że nałożenie opatrunku Unny jest dość kłopotliwe, na razie pociąga za sobą dość duży wydatek na bandaże, klej, pędzel, ale wobec wyników, nakład pracy i kosztu nie powinny odstraszać lekarzy, tembardziej, że nawet mniej zamożni chorzy mając dokładnie przedstawiony kres wyleczenia, chętnie ponoszą wszelkie wydatki. Z mego doświadczenia śmiało zalecić mogę opatrunek Unny, jako działający swoiście na przewlekłe owrzodzenia—specyfik, nie wymagający szczególniejszego przygotowania praktycznego, a zarazem pozwalający choremu zajmować się pracą. Jeden z moich chorych blisko przez 8 tygodni leżał na owrzodzenie goleni w jednej z klinik wrocławskich i powrócił z podgojonem zaledwie owrzodzeniem, które niebawem powiększyło się, gdy zaczął chodzić, kiedy

tymczasem po 4-ch opatrunkach Unny wyleczył się zupełnie, pracując ciągle w stojącej postawie.

Klej Unny¹⁾ należy przed każdym użyciem rozpuścić w kąpeli wodnej, pamiętając przytem, aby się zbyt nie rozgrzał, można bowiem w ten sposób wywołać niepożądane oparzenie goleni. Jeszcze jedna uwaga praktyczna: bandaże z twardego muszlinu muszą mieć brzegi równe, należy ciąć nożem pod linią tak, jak się obcina papier ułożony w zeszyt.

(Sieradz w Październiku 1900 roku).

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

112. Prof. K. G. Lennander (Upsala). **O drażliwości jamy brzusznej oraz o miejscowem i ogólnem znieczuleniu w przypadkach operacji brzusznych i przepuklin.** (Central. f. Chir. № 8, 1901 r.)

Pojęcie o małej wrażliwości żołądka i jelit na rękoczynny chirurgiczny jest rzeczą, można powiedzieć, utartą i zdawna już na wielu oddziałach weszło w zwyczaj pomijać narkozę w tych przypadkach, w których przystępuje się do rezekcji lub szwu kiszki, do gastroenterostomii i t. p. Że jednak nie o wszystkich trzewiach można w ten sposób wyrokować ryczałtem, autor przekonał się o tem nie dawno podczas wykonywania laparotomii przy znieczuleniu skóry i tkanki podskórnej sposobem Schleich'a. Choremu dokonywano operacji zespolenia kiszki (enteroanastoza), przyczem przekonano się, że otrzewna ścienna (peritoneum parietale) jest niezwykle czuła na wszelkie zabiegi operacyjne, na tak niewielkie nawet, jak pociąganie lub lekkie tarcie podczas wkładania i wyciągania serwetek, ułożonych pomiędzy trzewiami i ścianą przednią brzucha. Z drugiej strony operowany nie czuł wcale, jak mu pociągano w kierunku podłużnym zdrową albo chorą kiszki, jak wypuszczano jej zawartość, nie czuł ani bólu, ani dotyku, gdy obie pętle jelita ujęto w klampy, gdy przecinano to ostatnie i chwymano naczynia. Należy więc mniemać, że *jelito czcze* w górnej swej części nie posiada wcale nerwów czuciowych, że te same własności posiada i część górna krezki kiszki cienkiej, operowany bowiem nie reagował wcale na wyjmowanie kompresów, założonych między pętlami kiszki, byle tylko nie dotykać przy tem otrzewny ścienną.

¹⁾ Skład patrz wyżej wymienione streszczenie w „Kron. Lek.“

Jesienią r. z. wykonano 10 operacyj w przypadkach przepukliny pachwinowej przy znieczuleniu miejscowym według metody Schleich'a i Cushing'a. U jednego z chorych zoperowano bardzo dużą lewostronną przepuklinę zaciśniętą, przyczem rezekowano zwyrodniałą sieć na znacznej przestrzeni. Szyja worka przepuklinowego była tu bardzo na ból wrażliwą; podczas wyciągania sieci z jamy brzusznej chory narzekał również, bo otrzewna ścienna jednocześnie ulegała napięciu. Za to sieć sama była nieczułą zupełnie, lubo miażdżono ją klampami, przecinano i nakładano podwiązki. Dalej na innych przypadkach przekonano się, że żołądek na wysokości krzywizny większej, z przodu i z tyłu, zaliczyć należy również do niewrażliwych na ból trzewiów, operowani bowiem, którym wykonywano gastroenterostomię, nie narzekali wcale, gdy im miejsca te tamponowano, przypalano żegadłem i t. p. Nadto chory nie odróżniał tu ciepła od zimna, jeżeli zaś przeprowadzano badanie w celu kontroli, t. j. dotykano skóry brzucha okładem zimnym lub gorącym, zimnem metalowem narzędziem lub kawałeczkiem lodu, otrzymywano odczyn ze strony badanego dokładny. Nerwów nie odczuwających bólu, dotyku i zimna nie posiadają również: jelito biodrowe, wyrostek robaczkowy, kiszka ślepa, okrężnica poprzeczna oraz kątnica esowata. U dwóch osobników z przetoką jelita ślepego stwierdzono np. podczas operacji, że wypadająca przez otwór błona śluzowa кишки tej nie reaguje wcale na ucisk, ani na przycięcie lapisem. Tak samo zachowuje się krezka кишки cienkiej i okrężnicy (mesocolon), jak również i krezka kątnicy esowatej (mesosigmoideum) w swych najbliższych względem jelita położonych częściach, z którymi w praktyce ma się przeważnie do czynienia.

Z kolei przytacza autor dane co do pęcherzyka żółciowego. W jednym przypadku cholecykostomii, gdzie operowano na skutek kamicy, można było całkiem spokojnie dokonywać przeróżnych nad pęcherzykiem manipulacji, które dotąd były niebolesne, dopóki nie zaczęto pociągać za liczne zrosty w okolicy narządu. Operowany bez narkozy nie czuł wcale zakładania gazy do pęcherzyka. Przylegający przedni brzeg wątroby uciskano lekko paluchem i wskazicielem, na co chory również nie zwracał uwagi. Celem wywołania zlepnego zapalenia otrzewny, w pobliżu pęcherzyka, zadrasnięto tamże błonę surowiczą wątroby igłą cienką, dotknięto wątrobę żegadłem i przypalono lapisem. Wszystkie te zabiegi nie wywoływały bynajmniej uczucia bólu. To samo daje się powiedzieć o błonie mięsnej i surowiczej pęcherzyka. Przecinanie (nie pociąganie!) wszelakich zrostów pomiędzy кишkami, pomiędzy temi ostatnimi, a siecią lub pęcherzem moczowym, między pęcherzykiem a krezką okrężnicy poprzecznej odbywało się bezkarnie. Chorzy, znieczuleni miejscowo, bądź zabawiani rozmową, nie przypuszczali nawet, że ich jelita leżą gołe w ranie brzusznej, wystawione na działanie powietrza; nie czuli również, gdy ich кишки kurczyły się pod wpływem mocnych niekiedy ruchów robaczkowych, o ile, rozumie się, odbywało się przy tem bez pociągania otrzewny ściennej w razie istniejących zrostów.

O stopniu wrażliwości nerki nabrano pojęcia również z rozlicznych przypadków operacyjnych. W jednym z nich narząd ów był

dokładnie widoczny na dnie rany łądźwiowej. Dotykano wówczas na próbę wypukłej powierzchni nerki kawałkami lodu, ogrzanymi narzędziami metalowymi, drażniono ją nożem, lapisem—zawsze bez wywołania uczucia bólu. W tej samej nerce wytworzył się później ropień, który otworzono, przy czem wypadło przeciąć grubą na pół centymetra torebkę. Niezachloroformowany chory nie narzekał na ból zupełnie.

Doświadczenia nad bolesnością otrzewny ściennej przeprowadzono tylko na przedniej ścianie brzucha, po obu stronach linii środkowej; teren badań kończył się od tyłu między środkową linią pachową i tylną, od dołu sięgał do otrzewny obu dołów biodrowych (fossae iliacaе). Z badań tych wyniesiono przekonanie niezłomne, że będąca w mowie błona surowicza (peritoneum parietale) jest nader czułą na tego rodzaju zabiegi, jak cięcie, szczypanie, nałożenie pincet, użycie żegadła i pociąganie. Odpowiednio do tego, zakładanie i wyciąganie serwetek z jam, mających za ściany trzewia i powłoki brzuszne, zaliczyć trzeba do rękoczynów bardzo bolesnych. Jeżeli kiszkę ślepą, okrężnią następującą lub krzyżownicę okrężnico-wątrobową (flexura coli hepatica) unieść wraz z krezką ku przodowi w ten sposób, że otrzewna ścienna rozciąga się lub napina, operowany doznawać będzie zawsze bólu w stopniu większym lub mniejszym. To samo da się powiedzieć i o ramieniu górnem kątnicy esowatej. Łatwo zrozumiałe jest również pochodzenie bólu w razie istnienia zrostów, mocno napiętych pomiędzy siecią lub kiszkami, a otrzewną ścienną. Operujący kładł palec na tej ostatniej, t. j. na tylnej powierzchni powłok brzucha, a chory zawsze określał dokładnie, gdzie go dotykają, po prawej czy po lewej stronie.

Wrażliwość błony surowiczej ściennej na ból zależy od funkcji włókien nerwowych, przebiegających w tkance podsurowiczej (subserosa); są to gałęzie nerwów międzyżebrowych, łądźwiowych i krzyżowych. Widzimy też, że po dokonaniu bocznego cięcia brzucha, a więc przecięcia nerwów w mowie będących, otrzewna ścienna ku środkowi od cięcia staje się nieczułą, lubo na przestrzeni nie tak znacznej, jak możnaby mniemać a priori, co zależy od licznych między nerwami sąsiednimi połączeń. Błona ta będzie znieczuloną i w tym razie, jeżeli z brzegu bocznego rany wyszuka się wszystkich nerwów widocznych i do każdego z nich wstrzyknie $\frac{1}{2}$ —1% roztwór kokainy. Udatna infiltracja warstwy podsurowiczej również czyni otrzewną na ból niewrażliwą. Dalej wątpliwem jest, by otrzewna, przód nerek wysięlająca, reagowała na ból, ponieważ nerwy międzyżebrowe, biodro-podbrzuszne (nn. ilaeo-hypogastrici) oraz biodro—pachwinowe leżą na powierzchni tylnej tych narządów. Za to kierunek przebiegu moczowodów pozwala mniemać, że te ostatnie otrzymują zewsząd nerwy czuciowe, z czem zgadzają się spostrzeżenia nad t. z. kolką moczowodową, zależną od kamicy nerek. Co do przepony, odpowiednich doświadczeń dotąd nie przeprowadzono, stwierdzono tylko nieraz w przebiegu cystostomii, że wciskanie serwetek pomiędzy przeponą i powierzchnię przednią wątroby w kierunku linii sutkowej było dla operowanego niezwykle bolesne. Ze względu, zresztą, na obfite unerwienie tego mięśnia (nn. intercostales et phrenici) można przypuścić, że nie

tylko mięsien, lecz i oba listki surowicze, piersiowy oraz brzuszny na ból muszą być wrażliwe, za czem przemawiają znane nerwobóle międzyżebrowe, występujące w przypadkach ropnia podprzeponowego.

Ponieważ wyniki spostrzeżeń autora stoją w rażącej niemal sprzeczności z nowemi w dziedzinie tej pracami B. Robinson'a (z Chicago), Bloch'a i C. Richet'a (z Paryża), należy zatem zastanowić się, o ile wyniki te znajdują poparcie w objawach, zauważanych codziennie. Znana jest powszechnie rzeczą, że człowiek zdrowy nie odczuwa wcale pracy trawienia, nawet wraze diety najróżnorodniejszej. To samo orzec wypadnie co do odczuwania działalności wątroby lub nerek. Toż wiadomem jest dobrze, że kamyki mogą pozostawać w pęcherzyku bardzo długo bez bólu. Również całkiem bez bólu przebiegają nieraz owrzodzenia żołądka i jelit, a pierwsze bóle występują dopiero w razie przedziurawienia lub wklajającego sprawę zapalenia otrzewny. Każdy z nas przekonał się niejednokrotnie, że na skutek powstania mocnych nawet ruchów robaczkowych, doznawał, co najwyżej, w brzuchu burzenia tylko, zależnego od pędu gazów. Kolkę kiszkową objaśnić sobie łatwo wciągnięciem otrzewny ściennej na jelita rozdęte i wywołaniem przez to napięciem nerwów w warstwie podsurowiczej ściany brzucha. Objaw ten wznaga się jeszcze przy jednoczesnem rozdęciu okrężnicy przez gazy, o czem przekonywa nas ustąpienie kolki po odejściu gazów przez odbyt. Zmiany chorobowe w kanale żołądko-kiszkowym, zależne od zakażenia błony śluzowej, wrzodu okrągłego, owrzodzeń nieżytowych, gruźliczych, tyfusowych lub rakowych, wywołują bóle dopiero wtedy, gdy wytwarza się zapalenie ograniczone lub rozlane otrzewny ściennej wraz z towarzyszącą mu sprawą zapalną naczyń chłonnych jelita i krezki oraz późniejszym powstawaniem zrostów. W przypadkach przewlekłego zapalenia okołotoknicznego (*appendicitis chronica*) pochodzenie bólów tłomaczy się łatwo zmianami zapalnymi w naczyniach i gruczołach chłonnych (*lymphangoitis et lymphadenitis*) tkanki podsurowiczo-przyściennej, zrostami z otrzewną ścienną i napięciem nerwów przy występującym kolejno skurczu oraz rozszerzaniu się jelita biodrowego (ileum) i ślepego.

Wobec przepuklin pachwinowych prof. L. stosuje najczęściej naciekową metodę znieczulającą Schleich'a, a mianowicie roztwór № 2 (0,05 cocaini, 0,01 morphii na 200,0 roztworu 7½% natrii chlorati). Cięcie prowadzi do rozścięgnięcia, poczem widzi się dobrze przebiegające w kierunku jego włókien nerwy (ileo-inguinalis ileo hypogastricus). Do każdego też z nich wstrzykuje się strzykawkę Pravaz'a, jedną lub więcej ½—1% roztworu kokainy, poczem można już przecinać rozścięgnięto na całej przestrzeni operacyjnego pola bez bólu. Po odsunięciu warstw mięśni ku górze, operuje się przepuklinę, jak zwykle, najlepiej na sposób Bassini'ego. Jak przekonano się, szyi worka i przylegających doń części worka nie udało się nigdy znieczulić całkowicie. U jednego chorego, gdzie wypadło dokonać trzebieńcia, amputowano powrózek nasienny wysoko ku górze, t. j. na wysokości pierścienia pachwinowego; chory czuł zabieg dokładnie, narzekał również na ból, gdy oddzielano mu jądro od dna moszny. Winną tu jest, bez wątplenia, zmienność w roz-

gałęzieniu nerwów w okolicy pachwinowej, spostrzegana w wielu przypadkach. U chorych z przepukliną udową znieczulanie metodą naciekową również wystarcza pozornie tylko. Jeżeli mamy do czynienia z objawami infekcyi w okolicy przepukliny zaciśniętej, nie należy stosować sposobu Schleich'a, gdyż tą drogą zakażenie może rozszerzyć się na przestrzeń bardziej rozległą, co nieraz zauważano już odnośnie do nowotworów złośliwych i gruźlicy. W tych razach wstrzykuje się wprost do skóry 0,5% roztwór kokainy, lub lepiej jeszcze, znieczula się pole operacyjne etylchlorydem, a operację dokonywa w lekkiej narkozie morfino-eterowej. Jeżeli, wreszcie, wypadnie rzekować kiszki, chorego trzeba usnąć koniecznie.

Autor przeciwnym jest wykonywaniu laparotomii pod anestezją miejscową, bóle bowiem wywierają wpływ szkodliwy na serce. Gdy chory lęka się narkozy, można wówczas połączyć znieczulenie miejscowe z ogólnem. A więc przed rozpoczęciem rękoczynu zastrzyknąć trzeba 0,01 morfiny oraz przystąpić bezwzględnie do infiltracyi skóry (metodą Schleich'a) i rozciągnąć. Jeżeli wywołanie nacieku w tkance podsurowiczej nie udaje się, czas jakiś stosujemy wdychanie eteru lub chloroformu. Gdy chory reagować przestanie, przecina się otrzewną ścienną i oddziela zrosty. Reszty zabiegów, jak wytwarzanie zespołu, wycięcie wyrostka robaczkowego, usuwanie kamyków z pęcherzyka i t. p. dokonywa się po odstawieniu narkozy. Również bez bólu dają się usuwać guzy jajników, jajowodów i macicy, o ile nie wypadnie przytem rozciągać jednocześnie zrostów ze ścianą miednicy. Przed wyjęciem jednak serwetek z jamy brzusznej, odprowadzeniem jej na miejsce właściwe i nałożeniem szwu na otrzewną ścienną, operowanego należy usnąć znowu. Postępując w ten sposób, operuje się istotnie bez bólu, przyczem spotrzebowana ilość narkotyku jest nader niewielką, a chory podczas operacyi nie wymiotuje wcale. Pierwszeństwo oddaje się zawsze eterowi, o ile nie ma przeciwwskazania ze strony dróg oddechowych. Wykonywać trzeba dłuższe cięcia brzucha, niż w przypadkach narkozy czystej i wyłącznej tylko, rozciąganie bowiem rany brzusznej hakami jest niezwykle bolesne. Naturalnie, tam gdzie przeprowadza się narkozę niezupełną, baczyć należy, by warunki, otaczające chorego, ukształtowały się dlań, ile możności, przyjaźnie: zimą stół operacyjny powinien być ogrzany; urządzenie stołu winno ułatwiać unoszenie go do góry, opuszczanie na dół, wykręcanie w kierunku bocznym bez poruszania chorego. Tenże nie powinien widzieć narzędzi do operacyi, na sali musi panować cisza, a dobrze jest, gdy jedna z osób zabawia w ciągu operacyi chorego rozmową i zaspakaja różne tegoż życzenia (the moral anaesthetist Anglików).

K. Niedzielski.

113. D-r Van Iterson (z Lejdy). **Tracheotomia w przypadkach błonicy.** (Journal de chirurgie, № 1, 1901).

W przypadkach błonicy dr. I. dokonywa rozcięcia dolnego tchawicy (tracheotomia inferior) i najczęściej pod chloroformem; narkozy

nie stosuje u takich tylko osobników, u których zamartwica (asphyxia) wywołała już utratę wrażliwości na ból. Zazwyczaj nader mała ilość środka usypiającego wystarcza: otrzymuje się oddech swobodniejszy, zmniejszenie zastojów żylnego, operuje się łatwiej i dokładniej z mniejszym niebezpieczeństwem krwotoku. Z chwila, gdy otworzy się tchawicę, chloroform należy odstawić zupełnie, osiągnięte już bowiem znieczulenie pozwoli dokończyć zabiegu.

Metoda różni się nieco od zwykłych w tym razie stosowanych zabiegów. Po rozszerzeniu rany tchawicy dwoma ostrymi haczykami, osusza się drogi oddechowe zakrzywionymi lekko na końcu pincetami długimi. Potem wprowadza się do tchawicy mniejsze od jej światła kawałeczki gąbki, torując sobie drogę nawet do wielkich oskrzeli. Operujący pociera ostrożnie po ścianach tchawicy gąbkami i wyrzuca w ten sposób błony na zewnątrz; kaszel, zresztą, odruchowy dokonywa reszty. Z kolei oczyszcza się ściany powtórnie za pomocą osadzonej na pincecie czystej gąbki, napudrowanej wyjałowionym proszkiem jodoformowym, tę samą zaś procedurę, t. j. oczyszczanie i zasypywanie wykonać trzeba i w drogach oddechowych, znajdujących się powyżej rany w tchawicy. Ze strunami głosowymi nie miano nigdy kłopotów większych, należy tylko używać małych kawałeczków gąbki. Wprowadza się do tchawicy rurkę, o ile możności, grubą.

Postępowanie takie dawało w bardzo wielu groźnych przypadkach wyniki znakomite. Za dowód posłużyć może spostrzeżenie, dotyczące trzyletniej dziewczynki, chorej od dni kilku, z wydatną, pomimo zastrzykiwania surowicy, sinicą, gorączką i utrudnieniem oddechu. Podczas badania małej pacjentki znaleziono obrzmienie i bolesność gruczołów chłonnych szyi, liczne rżenia w lewym płucu ku dołowi i z tyłu, znaczną, wreszcie, ilość błon w gardzieli i na obu migdałach. Po dokonaniu tracheotomii na sposób, opisany powyżej, wstrzyknięto dziecku 10,0 surowicy, poczem oddech uspokoił się i cianoza znikła. Nazajutrz rano wystąpiło pogorszenie znaczne t. j. duszność i objawy zastojów żylnego przy niewielkim podniesieniu się ciepłoty. Tchawicę i oskrzela oczyszczono znów gąbką i zapudrowano jodoforem, poczem oddech poprawił się. Wstrzyknięto 10,0 surowicy powtórnie, a w obec pogorszenia się po południu, powtórzono zabiegi te znowu oraz zalecono kąpiele ciepłe z oblewaniem zimnemi. Opatrunki takie wykonywano jeszcze w ciągu dni trzech, poczem w obec polepszenia się wyraźnego zaniechano iniekcji i oczyszczań. 6 dnia usunięto rurkę. Przypadek pomimo powikłania sprawy broncho-pneumonią, zakończył się zupełnie pomyślnie.

W wielu tego rodzaju przypadkach uratowano choremu życie głównie przez oczyszczanie dokładne dróg oddechowych, co możliwem jest tylko przy nieustannej opiece lekarskiej, a więc, przedewszystkiem, w szpitalu. Wiele zależy od dobrego rozsunęcia brzegów rany haczykami, tamponowania umiejętnego i niezbyt częstego wprowadzania rurki. Lubo stosowanie zastrzyknięć surowicy zmniejszyło liczbę wskazań do tracheotomii, z tą ostatnią nie zwleka się nigdy w obec objawów, zagrażających życiu. Iniekcye te stosuje od r. 1894 i wpływu ich nader dodatniego nie zaprzecza bynajmniej. Gdy w okresie

od r. 1882 do 1894, zatem przed czasami surowicy, otrzymywał zwykle do 40% zejść złych po tracheotomii (z 219 przypadków w 86 wynik niepomyślny), odsetka ta po r. 1894 spadła do 9,2%. W ciągu lat 6, t.j. od r. 1894 do 1900 leczono (na oddziale d-ra Iterson'a) 346 dzieci na błonicę i za każdym razem posiłkowano się surowicą, stosowaną podskórnie. Zejście niepomyślne zanotowano w 32 spostrzeżeniach (9,2%), tracheotomię podjęto u 140 dzieci, z tych zmarło po operacji 29, co stanowi odsetkę 19,6%. W ciągu jednego z lat ostatnich (od września 1899 do września 1900) leczono na błonicę 64 małych pacjentów, z których u 42 nie operowano wcale i tu odsetka śmiertelności spadła do zera. W pozostałych 22 przypadkach dokonano operacji z 4-ma wynikami złymi=18,1%. Z liczby tej w przypadkach 15 zastrzykiwano surowicę więcej, niż raz jeden, u 10 zaś operowanych wypadło oczyszczać kilkakrotnie drogi oddechowe w okresie poręko czynowym. Należy pamiętać, że dziś, w obec wzmagającego się stale zaufania do surowicy, przyprowadzają dzieci chore w okresach cierpienia bardziej wczesnych, a więc łagodniejszych, niż dawniej. Okoliczność ta wywiera, bez wątpienia, wpływ znaczny na cyfrę śmiertelności, lecz nie na wyniki tracheotomii, którą wykonywa się tak, jak i dawniej, tylko w przypadkach ciężkich. Wielu też osobników takich leczono już surowicą przed zapisaniem do szpitala, a pomimo to objawy duszenia się rosły w sposób zatrważający. Potrzeba zatem obecne zmniejszenie się ilości wyników niepomyślnych, zmniejszenie się, bądź co bądź, nader wybitne odnosić nie tylko na karb surowicy, ale przypisać głównie, jeżeli nie wyłącznie, skuteczności stosowanych przez autora zabiegów w okresie po operacyjnym. *K. Niedzielski.*

114. Dr. Aleks Wiener. **Przyczynę do złamań rzepki.** (Centralbl. f. Chirurgie № 1, 1901).

Złamania rzepki, które powstają naskutek skurczu mięśnia czworogłowego uda, nie mogą być leczone według metod zwykłych, jakie stosują się w leczeniu złamań innych kości. Na przeszkodzie stoi tu okoliczność, że odłamów wprost niepodobna zbliżyć wobec pociągania ze strony mięśnia i znacznego wylewu, w którym odłamy te pływają. Klamra Malgaigne'go również pomaga tu niewiele. Najracyonalniejszym w tym wypadku jest zabieg chirurgiczny, polegający na otwarciu stawu, wypuszczeniu zeń cieczy krwawej i zeszcyciu odłamków. W praktyce jednak zabieg taki nie zawsze bywa łatwym, gdyż: 1° wymaga aseptyki bezwzględnej i 2° lekarzowi częstokroć nie udaje się w żaden sposób wytłómaczyć choremu konieczności tego rodzaju operacji.

Takie właśnie przypadki mając na względzie, autor podaje swój sposób, który dał mu już kilkakrotnie wyniki zadawalniające.

Kończynę należy ogolić i oczyścić, jak wogóle przed operacją. Potem owija się ją watą arkuszkową i umieszcza na szynie wyłobionej. Staw kolanowy, pokryty obficie watą, bandażuje się ósemkami umiar-

kowanie uciskającymi za pomocą opaski sprężystej, szerokiej na 8 do 10 centym. Chory dostaje potem przyrząd do chodzenia i chodzi do kliniki pieszo. Opatrunek pozostaje bez zmiany w ciągu 4 — 5 dni. Po zdjęciu zauważyć się daje obfite bardzo przepocenie watoły w okolicy stawu. Wylew zmniejsza się zwykle wybitnie, a odłamy o wiele łatwiej dają się zbliżyć wzajemnie.

A. Małkowski.

115. Dr. H. Wolff. **O doszczętniej operacji raka odbytnicy.** (Arch. f. kl. Ch. LXII, I).

Pomiędzy r. 1888 i 1900 leczono na klinice v. Bergmann'a 155 osobników, chorych na raka odbytnicy. Z tychże 125 poddano operacji radykalnej. W 60 przypadkach kışkę stolcową amputowano, w pozostałych (65) dokonano częściowego wycięcia tej kışki.

Amputatio recti. Rękoczyn rozpoczyna się od obkrajania wylotu (anus) z dodaniem lub bez tylnego cięcia środkowego. W większości spostrzeżeń, z uwagi na rozległość nowotworu i zrosty sięgające daleko, wypadło operować t. z. drogą krzyżową, przyczem kość ogonową rezekowano stale, kość krzyżową często. Otrzewna była otwierana niemal w połowie przypadków. 9 chorych zmarło bezpośrednio wskutek operacji. U żadnego z osobników pozostałych nie zauważono w okresie pozabiegowym powstania spraw zakaźnych jak zapalenie otrzewny albo ropne zap. miednicy 39 operowanych nadsyłało do kliniki wiadomości o swoich losach późniejszych i 11 z nich żyje już dłużej niż 3 lata po rękozynie, nie doświadczywszy, bynajmniej, nawrotu.

Resectio recti. Tu zawsze otwierano otrzewnę. Natychmiast po ściągnięciu jelita ku dołowi jamę brzusznią zamykano szwem. W przypadkach takich, gdzie lękano się możliwego otrzewny zakażenia, przestawano na wytamponowaniu gaza. Zamiast kolistego spajania kışki stosowano t. z. metodę Hochenegg'a, opartą na przeciąganiu. U dwóch osobników operowano per laparotomiam, w reszcie spostrzeżeń—drogą krzyżową. 46 razy dokonano poprzedzającego rękozyny wytwórczego. Na 65 rezekowanych 31 zmarło niebawem po zabiegu (47,7%); od 28 otrzymywano wiadomości późniejsze. Pięciu osobników żyje już z gorą lat trzy bez śladu nawrotu. Skuteczność zatem i trwałość zabiegu stwierdzono w 28,2% przypadków amputacji i w 26,9% rezekeji, czyli odsetka zejść pomyślnych stanowi przeciętnie 27,7%.

K. N.

116. Dr. C. Hofmann. **Jak osiągnąć najłatwiej głęboki, spokojny i równy oddech na początku narkozy?** (Centralbl. f. Chirurgie № 3, 1901).

Doświadczenie uczy, jak ważnem jest w sprawie usypiania chloroformem stale dostarczanie narządowi oddechowemu, obok narkotyku, po-

wietrza. Wymaganiu temu najbardziej odpowiada metoda podawania chloroformu kroplami. Ale to jeszcze nie wszystko. Zupełnie zadowalającym sposób ten byłby wtedy, gdyby możliwym było mieszanie ową powietrza i chloroformu wprowadzać nie tylko do początku dróg oddechowych (usta, nos), lecz i do płuc. Niestety, zabiegi zewnętrzne nie wiele tu pomogą, bo pod tym względem wiele znaczy osobiste współdziałanie ze strony samego pacyenta. Jeżeli ten ostatni, co bardzo jest zrozumiałem, znajdując się w stanie podniecenia przed oczekującą go operacją, oddycha bardzo powierzchownie, nierówno, to wówczas w jednostkę czasu wdycha niejednakową dawkę narkotyku, a w przerwach chloroform ulatnia się. Wskutek tego w ostatecznym wyniku wiemy, ile zużyliśmy chloroformu, lecz nie wiemy wcale, w jakiej ilości środek ten dostał się do krwiobiegu chorego.

Wynika ztąd, że dla osiągnięcia oddechu spokojnego i równego musimy oderwać uwagę pacyenta od tego, co w danej chwili głównie go zajmuje.

Ze sposobów, stosowanych dotychczas w tym kierunku, największem cieszy się uznaniem zniewalanie operowanego do rachowania kolejno w górę.

Zważywszy jednak, że liczenie takie nawet u dzieci większych, dzięki przyzwyczajeniu, odbywa się czysto mechanicznie, sposób ten częstokroć nie prowadzi do niczego. Osobnik bojaźliwy jednym tchem wyrecytuje szereg liczb od 1 do 10 i dalej, poczem, złapawszy trochę powietrza, znacznie w dalszym ciągu bezmyślnie mleć liczby następujące z kolei.

Sposób podany przez autora jest nadzwyczaj prosty i polega na rachowaniu przez operowanego nie w górę, jak dotąd, lecz odwrotnie—wstecz, przytem zaczynać należy od liczby względnie wysokiej, składającej się co najmniej z trzech cyfr. Jeżeli nadto zażądamy, by usypiany liczył dość wolno, co znajduje zresztą naturalne usprawiedliwienie w większej trudności rachowania wstecznego, to ten za każdą prawie liczbą będzie musiał odetchnąć. Prócz tego niezwykłość liczenia wstecznego bardziej pochłania uwagę i sprawia, że pacjent chętniej się nań zgadza, znajdując właśnie podniecie w owej niezwykłości. Zbyteczna tu chyba mówić, że i samo stosowanie chloroformu odbywać się musi ostrożnie i stopniowo. Najlepiej niech osobnik jakiś czas liczy z maską na twarzy zupełnie suchą, poczem dopiero bardzo zwolna należy nalewać kroplę po kropli tak, aby usypiany jak najmniej odczuł to przejście od wdychania czystego do zmieszanego z narkotykiem powietrza.

Z chwilą utraty świadomości oddech sam przez się staje się spokojnym i równym.

A. Małkowski.

117 Dr. A. Depage z Brukseli. **Przypadek śmierci pod chloroformem.** (Jour. de chir. № 1, 1901 r.)

Autor przytacza przypadek śmierci pod chloroformem, jako jeden więcej dowód, że środek ów usypiający działa zgubniej w większości przypadków na serce, niż na drogi oddechowe. Spostrzeżenie dotyczy 47 letniego mężczyzny z przepukliną pachwinową, która ostatnio dosięgła wymiarów olbrzymich, opuszczając się aż do kolan chorego i utrudniając mu bardzo chodzenie. Pomimo niekorzystnych warunków w narządach krążenia, jak rozszerzenie serca w wymiarze poprzecznym, działalność nieprawidłowa, obecność szmeru skurczowego u wierzchołka, objawy zajęcia nerek, duszność i t. p., postanowiono dokonać doszczętnej operacji przepukliny pod chloroformem. Narkotyk stosowano bardzo ostrożnie: kropla po kropli. Po zużyciu około 10,0 środka, przy niezupełnym jeszcze zwiotczeniu mięśni, chory zbladł nagle, zaczął oddychać całkiem powierzchownie, po chwili przestał oddychać zupełnie. Jak przekonano się drogą dokonanej bezzwłocznie auskultacji, serce nie uderzało już wcale. Zastosowanie oddechu sztucznego, miarowych pociągów języka, spadziste nłożenie osobnika głową na dół nie prowadziło do wyniku żadnego. Również bezskutecznem było przypalanie żegadłem okolicy serca. Wobec takiego stanu rzeczy przystąpiono spiesznie do wykonania bezpośrednio mięsienia serca i w tym celu wykrajano płat skórno-żebrowy za pomocą cięcia krzywego. To ostatnie przebiegało wzdłuż przedniego brzegu drugiego żebra aż do mostka, potem wzdłuż jego brzegu lewego opuszczało się ku dołowi aż do brzegu dolnego 5-o żebra, kierując się ztąd wprost na zewnątrz i kończąc w odległości dwóch palców poprzecznych od brodawki. Po przecięciu odpowiednich chrząstek żebrowych w miejscach przyczepu do mostka płat wytworzony w ten sposób odsunięto na zewnątrz i otworzono osierdzie przy wykonywaniu jednoczesnem oddechu sztucznego wraz z pociąganiem rytmicznym języka. Stosowane przez kilka minut mięsienie obnażonego serca wywołało, wprawdzie, lekkie skurcze samoistne, te ostatnie jednak, pomimo masażu, słabły stopniowo i w niespełna pół godziny ustały na dobre. K. N.

II. Choroby nosa i uszu.

118. A. Bayce. **Wpływ ciąży i porodu na powstawanie chorób uszu.** Wskazania do operacji radykalnej. (Thèse de Paris, Czerwiec, 1900).

Jakkolwiek oddawna wiadomo, że różne chwile w życiu płciowem kobiety wywierają wpływ wyraźny na cierpienia uszu, lecz nie było dotychczas pracy specjalnej o wpływie porodu i ciąży. Lukę tę wypełnia autor. Po krótkim przeglądzie odnośnej, zresztą dość skąpej literatury, autor

zaznacza na wstępie, że ciąża i poród wywołują cierpienia uszu tylko u tych kobiet, które już poprzednio podlegały tym cierpieniom. Wywiady u tych chorych wskazują na zapalenia uszu w latach dziecięcych, bóle gardła, wyrosłe adenoidalne, częste katary nosa, choroby zakaźne z zajęciem błon śluzowych i narządu słuchowego; zdarza się, że sprawy zapalne nie miały miejsca, lecz oddawna datuje się osłabienie słuchu, co wskazuje na dawną sklerozę. Z innych przyczyn wymienić należy dziedziczność, alkoholizm i różne zatrucia. Jako przyczyny bezpośrednio wywołujące omawiane cierpienia, autor podaje: obfite krwawienia podczas porodu, zapalenie macicy, cięższy poród ostry gościec stawowy, lecz zdaje się, że najważniejszą i najwyraźniejszą przyczyną jest zbyt częste zachodzenie w ciążę zwłaszcza u kobiet młodych, lub ciąża bliźniętami.

Objawy są różne, w zależności od umiejscowienia cierpienia w uchu zewnętrznym, środkowym, lub wewnętrznym i nie mają w sobie nic charakterystycznego. Co się tyczy *zmian słuchu*, to najczęściej daje się zauważyć osłabienie słuchu (hypacousis), rozwijające się stopniowo bez przerwy lub z przerwami między jedną i drugą ciążą; głuchot-zdarza się przeważnie na tony niskie (ucho średnie), rzadziej na tony wysokie (błędnik). Paracousis Willisii jest objawem dość częstym.

Semery spotykają się stale, lecz są nader zmienne co do dźwięczności i siły. *Zawroty głowy* występują w lekkiej postaci po porodzie, podczas ciąży nie zdarzają się. Choroba Menière'a u ciężarnych jest bardzo rzadką. Pod wpływem ciąży *wypływy* z ucha zachowują się różnie: to zmniejszają się, to powiększają. Spotykają się także często po porodzie nader silne bóle w uszach.

Przytoczone objawy wskazują, że najczęściej podlega cierpieniu ucho środkowe; wskazują one również, że mamy do czynienia ze sprawą sklerotyczną, dla której ciąża i połóg stanowią bodziec silny.

Cierpienia ucha środkowego ostre, surowicze lub ropne nie dają pod względem *anatomo-patologicznym* nic charakterystycznego.

W przypadkach przewlekłych *Malherbe* podczas zabiegów operacyjnych znajdował następujące zmiany: albo zmiany kataralne, które nie uległy jeszcze zwyrodnieniu bliznowatemu t. j. stan zapalny przewlekły bł. śluzowej jamy bębnekowej, przekrwienie i przerost, zwłaszcza jej powierzchni, lub też znajdował, że błona śluzowa przedstawiała jedną grubą warstwę tkanki bliznowatej; zmiany te odnoszą się i do błony śluzowej pokrywającej kostki. Dość często można znaleźć w jamie bębnekowej błonki i włókna—resztki starych spraw zapalnych wtórnych, zależnych od cierpień nosogardzielowych lub też jako objawy pierwotnej sklerozy: w tym ostatnim razie znajdujemy jeszcze zanik błony śluzowej, przerost ścian kostnych i zmniejszenie komór. *Malherbe* wogóle zauważył, że gdy operował wkrótce po ciąży, zmiany sklerotyczne były mniej wybitne, natomiast więcej wyraźne zmiany kataralne. Ztąd można wnosić, że podczas ciąży i porodu sprawy kataralne ulegają pewnym impulsom, co prowadzi do sklerozy; w przypadkach zaś sklerozy pierwotnej te same impulsy sprawę przyspieszają. Co należy rozumieć pod tymi impulsami? Prawdopodobnie, przekrwie-

nia (congestion), zjawiające się podczas ciąży i odpowiadające co do czasu miesiączkom; wpływ tych przekrwień uwydatnia się nie tylko na narządzie słuchu, lecz i na oczach, zębach, mózgu (migreny). Przyczyna zaś tych przekrwień zapewne leży w przerwie w miesiączkowaniu, chociaż należy uwzględnić i inne wpływy: zatrucie organizmu produktami rozpadu i zakażenie połogowe.

Cierpienia uszu podczas ciąży i połogu mogą występować w 3 postaciach klinicznych: ostrej, przewlekłej i sklerotycznej. *Ostra* występuje jako ostre zapalenie ropne lub surowicze ucha śródniego; mogą być objawy i w uchu zewnętrznym. *Przewlekłe* są częstsze; z pomiędzy różnych postaci zapaleń ucha średniego przewlekłych najczęstszym jest zapalenie suche, t. j. zapalenie trąbki Eustachiusza i ucha środkowego ze sklerozą wtórną.

Nakoniec 3 postać—skleroza pierwotna, której początek zwykle się kryje w dalszej przeszłości; przebiega ta sprawa niepostrzeżenie, będąc jednocześnie najgroźniejszą dla sprawności organu.

Rozpoznanie nie jest trudne w postaciach ostrych, w przewlekłych należy różniczkować zapalenie jamy bębnekowej zrostowe od sprawy sklerotycznej w uchu środkowym, która odrazu występuje jako taka. W rozpoznaniu dużo pomagają wywiady sumienne, badanie drobiazgowe nosa i nosogardzieli, a zwłaszcza badanie sprawności słuchu, to ostatnie pozwala rozwiązać zapytanie, czy i o ile jest zajęty błędnik.

Rokowanie zależy od istoty i stopnia choroby. W ostrych postaciach chory jest narażony na wszelkie możliwe powikłania, często nawet śmiertelne; w przewlekłych—zagrożona jest głównie sprawność organu, a w kwestyi tej wyrokuje stan błędnika. W formie kataralnej rokowanie względnie dobre; w sklerotycznej—niepomyślne.

Leczenie może być ochronne, objawowe lub radykalne. Pierwsze możliwe jest u chorych, które podlegały cierpieniom uszu przed zajściem w pierwszą ciążę, lub też w jej przebiegu; leczymy wtedy odpowiednio cierpienie uszu i usuwamy przyczynę, gnieźdzącą się w nosie lub nosogardzieli; rozumie się, że leczenie może być tylko paliatywne—do czasu końca ciąży. Wtedy możliwy jest zabieg radykalny—otwarcie drogi przez kość sutkową i skalistą. Zabieg ten w sprawach ropnych ma na celu gruntowne oczyszczenie jamy bębnekowej i komór sutkowych; w zapaleniu suchem—doszczętne usunięcie zrostów i błonek, nader szkodliwie wpływających na ruchomość kostek. Co do techniki operacyjnej autor odsyła do odczytu Malherb'a na VI zjeździe międzynarodowym otyatrów (sierpień 1899 r.) Należy *operować* wcześniej, póki sprawa nie przeszła na ucho wewnętrzne. Zmiana lub zmniejszenie przewodnictwa kostnego jest przeciwwskazaniem do operacji. Po operacji słuch znacznie się polepsza, o ile nie był porażony błędnik; szmery stopniowo znikają; polepszenie to jest stałem.

Br. Wojtkiewicz.

119 D-r Godeau. Zapalenia ucha średniego i powikłania ich ze strony wyrostka sutkowego w grypie („Les otites et leurs complications mastoïdiennes dans la grippe“. Thèse de Paris VII. 1900, Rev. de laryngol. № 4 1901 r.).

Najwięcej powikłań ze strony wewnętrzznego i średniego ucha mamy w gorączce tyfoidalnej. W ospie do cierpienia usznego przyłącza się czasem zapalenie opon mózgowych i nieuleczalna głuchota. Zajęcie ucha średniego w płonicy jest nader częste (około 33%). W odrze również bywa zajęte ucho średnie, ale formy cięższe zajęcia bywają nader rzadko. Gruźlica jamy ustnej, gardzieli, krtani, zapalenia płuc, błonica są także niebezpieczne dla aparatu słuchowego i odgrywają ważną rolę w etyologii zapaleń ropnych.

Po tym wstępie autor przypomina, że w grypie Weichselbaum skonstruował przekrwienie błony śluzowej jamy sutkowej i zawartość w niej śluzo-ropną. Zatrzymuje się dość długo na bakteriologii zapalenia ucha średniego: poszukiwania licznych autorów dotychczas nie wykryły laseczników Pfeiffra w płynie jamy bębnekowej, ale znaleziono zato pneumokokki, laseczniki Fraenkla, Friedländera, gronkowce i t. p. Opisawszy objawy nieżytu nosa, gardzieli i błony śluzowej trąbki Eustachiusza w grypie, autor przechodzi do zapalenia ucha średniego i przytacza wiele obserwacji. Z początku epidemii grypy cierpienie ucha miało przebieg łagodniejszy, a w miarę wzmaganą się epidemii przybierało przebieg cięższy.

Wystąpienie bólów w uchu jest bardziej gwałtowne w grypie niż zwykle. Przedziurawienie błony bębnekowej szybkie, ropa szybko bardzo się formuje. Bóle w uchu są nadzwyczaj silne, występują napadami i nie ustępują od żadnych środków. Myringotomia lub samoistne przedziurawienie bębna, które sprawiają ulgę większości chorych na ropne zapalenie ucha średniego, pozostają bez wpływu na bóle w zapaleniu ucha środkowego, rozszerzają się na całą połowę głowy aż do szwu strzałkowego. To umiejscowienie i napady bólu są charakterystyczne, według autora, dla zapalenia ucha grypowego. Wyciek z ucha śluzo-ropny, albo czasem ropny, czasem krwawy i bardzo obfity, trwa zwykle 6 tygodni, 2 miesiące i dłużej.

Najważniejszym jest, można powiedzieć, jeden ze zwyczajnych objawów tego zapalenia grypowego, mianowicie rozszerzenie się sprawy na komórki sutkowe, co ma miejsce w 80% przypadków. Pojawia się to powikłanie przeciętnie 12—15 dnia po pierwszym wypływie ropy z ucha. Jest to powikłanie ciężkie, wymagające najczęściej trepanacji wyrostka sutkowego. Na 11 tych powikłań autor wykonał 6 trepanacji, z których połowa zakończyła się śmiercią. Do tego stosunku śmiertelności należy dołączyć jeszcze powikłanie zapaleniem opon mózgowych, powikłanie, na które nie posiadamy środka.

Rokowanie w ostrem zapaleniu ropnym wobec możliwych powikłań ze strony wyrostka sutkowego, winno być poważne.

Leczenie zależy od formy zapalenia ucha i od okresu, w jakim się ono znajduje. W postaciach nieżytowych i przekrwieniu przemy-

wania antyseptyczne, alkaliczne jamy noso-gardzielowej, wdmuchywanie powietrza do trąbki Eustachiusza. W postaciach ropnych zapaleń należy dać ciągłe baczenie, aby skoro tylko ropa okaże się w jamie bębnekowej, przystąpić zaraz do paracentezy bębena. Dobrze jest wykonać przecięcie bębena na krzyż. Należy czuwać, aby otwór nie zasklepił się i żeby ropa miała dostateczny odpływ. Okolica sutkowa winna być przedmiotem jeszcze większego baczenia: często należy opukiwać wyrostek, ażeby się przekonać o bolesności. Przy najmniejszych bólach w wyrostku stosować należy lód i pijawki. Jeżeli niema poprawy, trzeba bez wahania trepanować wyrostek, pilnie szukając ropy, wszędzie, gdzie może się znajdować, niszcząc wszystkie miejsca podejrzane, i zostawić otworem później szeroką drogę aż do zupełnego oczyszczenia z ropy. *Kazimierz Dudrewicz.*

120. Dr. L. R h é t i. Untersuchungen über die Luftströmung in der normalen und der normalen und der Kranken Nase. („Wiener medicinische Presse“ № 49, 1900 r.).

Doświadczenia nad prądem powietrza w stanie normalnym i patologicznym nosa.

Doświadczenia R. polegały na tem, że, rozpiłowałwszy głowę trupa podłużnie w pobliżu linii środkowej, pozostawił po jednej stronie przegrodę nosową, a po drugiej krtań i tchawicę. Część czaszki bez przegrody użył do doświadczeń. Patologiczne zmiany w jamie nosowej, odpowiadające zmianom, spotykanym w rzeczywistości, odtworzył R. za pomocą nalepienia odpowiednich modeli woskowych. Przegrodę nosową zastąpiła płytka szklana, przez którą R. mógł obserwować kierunek prądu powietrza w jamie nosowej. O kierunku, odbywanym przez prąd powietrza sądził zabarwianiu parami amoniaku, albo kwasu octowego papieru lakmowego, którym wylepił jamę nosową, jak również na zasadzie bezpośredniej obserwacji prądu dymu tytoniowego.

Na zasadzie doświadczeń swoich B. doszedł do następujących wniosków:

1. W normalnym nosie podczas spokojnego oddychania prąd powietrza skierowywa się początkowo w całej swej ilości ku gurze. Na wysokości przedniego końca środkowej muszli zawraca ku tyłowi, przebiegając wewnątrz od niej, a następnie u tylnego końca tej samej muszli zagina ku dołowi w kierunku jamy noso-gardzielowej. W przebiegu przez jamę nosową prądu powietrza, w dolnym przewodzie z tyłu—powstaje wir.

Niezależnym jest kierunek prądu od stanu błony śluzowej, również jak i różnica w temperaturze powietrza wciąganego i zaległego (Residualluft) nie wywiera wpływu na kierunek prądu.

2). W patologicznym nosie, przy przeroście muszli dolnej, prąd powietrza odbywa się tak samo jak w normalnym nosie.

Przy przeroście umiarkowanym muszli środkowej (środkowy przewód zajęty, zwłaszcza z górnej swej części, muszla nie dotyka przegrody) prąd powietrza u przedniego końca powiększonej muszli zawraca ku tyłowi, przebiegając wzdłuż wewnętrznej powierzchni środkowej muszli i pod nią, nieznaczna tylko ilość styga się ze sklepieniem muszli dolnej, nieznaczna również dostaje się do okolicy wężowej i zatoki.

Podczas zajęcia środkowej muszli przez dwa polipy większych rozmiarów w pobliżu przedniego albo tylnego końca prąd powietrza przebiega częściowo poniżej polipów wzdłuż dolnej muszli, częściowo zaś ponad środkową muszlą przez przewód górny; nieznaczna ilość podąża ku zatoce klinowej.

Podczas zajęcia środkowej muszli, przez polipy wielkich rozmiarów z jednoczesnymi wyrosłami adenoidalnymi, dochodzącymi do dolnej powierzchni środkowej muszli ponad dolną ku tyłowi, w mniejszej zaś ponad środkową muszlą ku tyłowi.

Podczas normalnego stanu muszli środkowej i rezekcyi dolnej główny prąd powietrza biegnie ku przedniemu końcowi i ku środkowej części muszli środkowej, a dalej łukiem ku tyłowi, ledwie dotykając dolnym swym brzegiem miejsce rezekcyi dolnej muszli; nieznaczna zaś ilość powietrza zawadza o górną muszlę. Jeżeli oprócz ostatnio wzmiankowanych zmian znajdować się będą także wyrosła adenoidalne, wtedy różnica w kierunku prądu polega na tem, że główny prąd oddala się o tyle więcej od tylnego końca środkowej muszli ku dołowi.

Wnioski, które R. wyprowadził ze swoich doświadczeń, odpowiadają spostrzeżeniom klinicznym. Często spotykamy znaczne zmiany dolnej muszli bez zatykania nosa, podczas gdy obecność polipów, albo też innego rodzaju przerostów środkowej muszli, niezależnie od zupełnej drożności dalszego przewodu, wywołują przeszkodę w oddychaniu; jedynie *znaczne* powiększenie dolnych *końców* muszli może spowodować utrudnienie w oddychaniu.

Wobec tego, że przy normalnych warunkach prąd powietrza głównie przebiega wzdłuż środkowej i zaledwie li tylko dosięga dolnej, przeto częściowe lub też całkowite usunięcie tej ostatniej nie może mieć znacznego wpływu na właściwość powietrza, przebiegającego przez jamę nosową.

R. zwraca w dalszym ciągu uwagę, że w wypadkach, t. z. „rhinitis polyposa“ nie stosują dzisiaj przypalania za pomocą Arg. nitr., lub też kwasu chromowego i kwasu trójchloroctowego, jak również nie zadawalniają się zastawianiem galwanokaustyki wobec z jednej strony długiego trwania kuracyi z drugiej często wynikających zjawisk reakcyjnych, głównie zaś wobec dość częstych nawrotów, natomiast używany bywa sposób bardziej radykalny, a mianowicie: przy ograniczonych roztworach polipowych usunięcie za pomocą pętli, a przy znacznych przerostach wycięcie za pomocą nożyczek. Nawet usunięcie końców dolnej muszli, w wypadkach zwyrodnienia pozostałej błony śluzowej, nie wystarcza, albo-

wiem po pewnym czasie poczyna się nanowo rozrost błony śluzowej do przodu i do tyłu. Wobec tego poleca się usunięcie, wraz z końcami muszli, zgrubiałej błony śluzowej, najlepiej za pomocą nożyczek.

F. Erbrich.

III. Choroby weneryczne.

121 Dr. Matzenauer. **Brak obrzmienia gruczołów chłonnych po wycięciu przymiotowego stwardnienia pierwotnego.** (Arch. f. D. u. Syph. 52 B., 3 H.)

Wiadomo, że ustroj w okresie pierwszorzędnym przymiotu jest odporny na świeże zakażenie. Wytłomaczyć to można albo tem, że drobnoustroje przymiotu przedostają się w tym czasie do układu krwionośnego, w zbyt małej jednak ilości, ażeby wywołać wykwit, lub też przypuszczeniem, że zarazki w tym okresie pozostają w układzie chłonnym, toksyny zaś ich przedostają się powoli do naczyń krwionośnych. Trzymając się tego ostatniego mniemania, wytłomaczyć możemy cały szereg objawów: 1) odporność ustroju na świeże zakażenie występuje na długo jeszcze przed wystąpieniem wykwitów; 2) Działanie uodparniające na jakiegokolwiek bądź cierpienie infekcyjne przypisuje się wogóle toksynom, a nie drobnoustrojom chorobotwórczym; działaniem toksyn wytłomaczyć można zmiany we krwi w okresie pierwotnym, które to zmiany, podane przez Neumann'a, powstają około 40-go dnia po zakażeniu i polegają na zmniejszeniu się zawartości hemoglobiny. Z tego co powyżej, widać, że cierpienie staje się ogólnem przed wystąpieniem jeszcze t. zw. objawów ogólnych, pomimo to, że niema wówczas zakażenia ogólnego, wywołanego przez mikroby przymiotowe. Obecność zarazków w okresie pierwotnym ogranicza się tylko do pewnej okolicy układu chłonnego i, im więcej czasu upływa od zakażenia, tem dalej w układzie chłonnym drobnoustroje są posunięte. Zakażenie staje się ogólnem dopiero z chwilą wystąpienia wysypki. W raku brak obrzmienia gruczołów okolicznych dowodzi ograniczenia sprawy do danej miejscowości. W okresie pierwotnym przymiotu brak obrzmienia gruczołów uważać możemy również za wskazówkę ograniczonego w danem miejscu zakażenia. Obrzmienie gruczołów jest dowodem dostania się do nich zarazków. W literaturze podany jest cały szereg prób zapobieżenia wystąpieniu objawów ogólnych. Z prac tych widać, że przez radykalne usunięcie stwardnienia pierwotnego wraz z gruczołami okolicznymi lub bez tychże, jeżeli nie są one powiększone, możliwość powstrzymania zakażenia ogólnego nie jest bezwzględnie wykluczona, aczkolwiek szanse pomyślne są tutaj nadzwyczaj małe. Wytłomaczyć to można albo tem, że zarazki przymiotu w okresie pierwotnym w razie niepowiększenia gruczołów przechodzą po za granice stwardnienia, przy gruczołach zaś powiększonych przedostają się po za te ostatnie, lub też tłomaczymy

posuwaniem się drobnoustrojów w kierunku nie tylko od miejsca zakażenia do gruczołów okolicznych, lecz jednocześnie i do gruczołów oddalonych za pośrednictwem naczyń chłonnych obocznych (Collateralwege). Na 21 przypadków stwierdzenia pierwotnego, obserwowanych przez autora, w których usuwano ogniska pierwotne, w 17 wystąpiła wysypka, w 4-ch zaś nie dało się jej zauważyć. W tych ostatnich przypadkach autor nie wyklucza możliwości złego rozpoznania co do przymiotowej istoty stwierdzenia. Z powyższych obserwowanych przypadków autor wyprowadza następujący wniosek: Obrzmienie gruczołów okolicznych nie występuje, jeżeli wytniemy stwierdzenie pierwotne przed powstaniem obrzmienia t. j. w 3—4 tygodnie po zakażeniu. Jeżeli przy jednostronnem obrzmieniu gruczołów pachwinowych usuniemy nie tylko stwierdzenie, lecz i powiększone gruczoły, to w następstwie zostanie wstrzymane dalsze obrzmiewanie gruczołów po tej stronie, jak również nie wystąpi obrzmienie po stronie drugiej.

H. Uliński.

122. Prof. Fournier. **Rozwój okresu trzeciorzędnego.** (La Sem. Méd. № 10, 1900).

Jak okres wtórny przymiotu przechodzi w trzeciorzędny? Przejście to odbywa się albo w ten sposób, że objawy późne występują wśród objawów wtórnych t. j. przed ich zniknięciem albo w sposób inny, polegający na tem, że, po zniknięciu objawów wtórnych, następuje pauza, trwająca miesiące lub lata, po której widzimy okres trzeciorzędny. Objawy późne wobec niewygasłego jeszcze okresu drugorzędnego spotykamy bardzo rzadko (od 2^o/_o—3^o/_o); występowanie zaś ich już po zniknięciu zupełnem objawów wtórnych daje się zauważyć w 97^o/_o—98^o/_o przypadkach. Objawy późne mogą wystąpić po raz pierwszy w każdym czasie trwania przymiotu t. j. od pierwszego roku do lat 50-ciu i więcej; jako następstwo tego i kres trwania okresu trzeciorzędnego odległy jest bardzo od czasu zakażenia, dosyć często bowiem obserwowano objawy późne po 30—40 latach cierpienia, nieraz widziano je po 55-ciu i więcej latach, a nawet raz po 67-miu. Co się tyczy częstości występowania objawów późnych zależnie od czasu trwania przymiotu, to autor, wzięwszy pod uwagę statystykę obserwowanych przez siebie 4400 przypadków późnego przymiotu, wyprowadza następujące wnioski: 1) Objawy późne przymiotu występują już w pierwszym roku cierpienia, i to w znacznej ilości (188 przypadków = 4,2^o/_o), równającej się ilości w 8-m lub 9-tym roku. 2) W drugim roku częstość występowania objawów późnych wzrasta więcej niż w dwójnasób i dochodzi do najwyższej niemal cyfry. 3) W roku następnym częstość dochodzi do szczytu i równa się 10,7^o/_o. 4) Od roku czwartego procent stopniowo spada, tak że w 9-ym roku objawy trzeciorzędne występują w ilości dwa razy mniejszej niż w czwartym. 5) Od roku 10-tego opadanie staje się więcej

powolnem, tak że w 21-szym odsetka jest 4 razy mniejszą (0,8%) niż w 11-tym (3,2%). 6) W roku 31-szym procent spada do 0,3%. 7) Poza 31-szym rokiem przypadki objawów późnych stają się pojedynczymi. Po 40-tu latach cierpienia objawy późne występują bardzo rzadko (15 przypadków w ciągu następnych 15-tu lat).

H. Uliński.

123. Tarnowski. **Nietypowe postaci przymiotu.** (Russk. żurnal kożn. i wener. bolezn. Charków T. I. 1901.)

Wiadomo, że dziecko, którego ojciec lub matka przechodził syfilis, po urodzeniu nie mające objawów przymiotu dziedzicznego, posiada w większej liczbie przypadków „odziedziczoną odporność“ t. j. nie zaraża się przymiotem (Prawo Profet'a).

Matka syfilityczna może urodzić dziecko bez objawów przymiotu dziedzicznego, a jeżeli wystąpią u niej objawy wtórne przymiotu, zatem zaraźliwe, to dziecko jej, bez względu na to, że sama karmić je będzie piersią, przymiotem od niej nie zaraża się. Tego rodzaju przypadki spostrzegają się wtedy, jeżeli zarażenie matki nastąpi w końcu ciąży albo zajście w ciążę i urodzenie się dziecka nastąpi w okresie między nawrotami przymiotu.

Są jednak spostrzeżenia, wykazujące, że prawo Profet'a nie zawsze się sprawdza; posiadamy jednocześnie jaknajdokładniejsze spostrzeżenia stwierdzające, że odporność dzieci, pochodzących od rodziców syfilityków, istniała przez całe ich życie.

Objaw odziedziczonej odporności na przymiot, był powodem wytworzenia się przypuszczenia, że przymiot może zniknąć zupełnie na drodze syfilizacji t. j., jeżeli u rodziców syfilityków urodzi się potomstwo odporne na tę chorobę.

Tego rodzaju jednak odporność, trwająca całe życie, należy do rzadkich wyjątków, albowiem utracą się ono dosyć wcześnie, najczęściej jednak w epoce dojrzałości płciowej, a wtedy nastąpić może zarażenie przymiotem, tak jak u ludzi zupełnie zdrowych.

Na tę właśnie postać przymiotu, nabytego przez drugie pokolenie, które już straciło swą odporność dziedziczną, autor w pracy swej zwrócił szczególną uwagę.

Za pierwsze pokolenie syfilityków uważa autor rodziny, w których mąż, żona lub oboje razem mieli przymiot nabyty, za drugie pokolenie uważa osoby, których rodzice mieli przymiot nabyty. (I dziedziczność przymiotu.)

Trzecie pokolenie będzie się składało z dzieci, spłodzonych przez osoby 2-go pokolenia (II dziedziczność przymiotu).

Czwarte pokolenie obejmuje dzieci, narodzone z 3-go pokolenia (III dziedziczność).

Przymiot nabyty przez osoby 2-go pokolenia (zrodzone przez rodziców syfilityków) autor nazywa zdwojonym przymiotem (syfilis

binaria). W tego rodzaju przypadkach na daną osobę działają dwa wpływy: w łonie matki działanie toksyn przymiotu, usposabiających do odporności, a gdy po przyjsciu na świat ta z czasem wygasa, następuje działanie zarazka przymiotowego, sprowadzającego objawy przymiotu nabytego.

Spostrzegając znaczną ilość przypadków syph. binaria, autor uważał, że postać ta choroby odstępuje niekiedy od zwykłego przebiegu przymiotu nabytego.

Do więcej rzadkich i główniejszych postaci tego rodzaju przymiotu należą:

1. *Syphilis abortiva*. Po okresie wylegania zarażenie przymiotem ujawnia się rozwojem typowego stwardnienia przymiotowego, któremu towarzyszy niebolesne powiększenie gruczołów chłonnych. Pod wpływem czysto miejscowego leczenia owrzodzenie zabliznia się, naciek zostaje wessany, gruczoły chłonne zmniejszają i chory powraca do zupełnego zdrowia, nie doświadczając nawet w ciągu całych dziesiątków lat najmniejszych objawów przymiotu.

2. *Syphilis levis s. benigna* tworzy drugą, nietypową postać S. binaria, ma niezwykle lekki przebieg. Po pierwszym okresie wylegania występuje pierwotne przymiotowe stwardnienie z towarzyszącym mu zajęciem gruczołów chłonnych. Objawy te szybko znikają bez leczenia, lub pod wpływem leczenia rtęcią. Następuje późniejszy okres 2-go wylegania; występuje pierwsza wysypka, zazwyczaj bardzo słaba i na tem wszystko się kończy, czasem tylko bywa przedtem kilka jeszcze nawrotów okresu lepieżowego.

3. *Postac s. binar*. zasada się na nieprawidłowościach w kolejnym występowaniu objawów anomaliach i odstępstwach od przebiegu zwykłego typu nabytego przymiotu. Jest to, jeżeli można się tak wyrazić, prawdziwy nietypowy przymiot *syphilis atypica propria*.

Przy całej nieprawidłowości występowania rozmaitych objawów syph. binaria może mieć przebieg względnie łagodny, lub też bardzo ciężki, a to ze względu na swe umiejscowienie i postać, t. j. mogą występować gumaty, cierpienia ośrodków nerwowych, narządu krwionośnego i t. d.

Wymienione postaci s. binaria, a mianowicie: s. abortiva, s. benigna et atypica, jakkolwiek mają widoczne odstępstwo od zwykłego przebiegu nabytego przymiotu, nie wyłączają jednak jeszcze innych nieprawidłowości przymiotu nabytego, rozwijającego się u osób, zrodzonych z rodziców syfilityków i bez objawów przymiotu dziedzicznego. Częstość s. binaria niczem nie różni się w swym przebiegu od zwyczajnego przymiotu, rozwijającego się u człowieka dotąd zupełnie zdrowego.

Pod jednym tylko względem różni się s. binaria, prawidłowo przebiegająca od zwykłego nabytego przymiotu (s. acquisita)—mianowicie: wpływem, wywieranym na potomstwo chorych. Wpływ ten jest o wiele niekorzystniejszy na potomstwo, aniżeli wpływ na bytogo przymiotu przez rodziców na ich dzieci, a przedewszystkiem wnuków.

Z zebranych przez autora 25 spostrzeżeń syfilitycznych rodzin gdzie ojciec przed ożenieniem miał przymiot i odpowiednio leczył się, wynika, że ilość poronień i dzieci nieżywo urodzonych w tem pierwszym pokoleniu bywa od 35% do 37%.

U dzieci powyższych syfilityków (t. j. w 2 pokoleniu), jako mających objawy przymiotu dziedzicznego, lecz nie uległych s. binaria, po wejściu w związki małżeńskie ze zdrowymi osobami, ilość poronień i nieżywo-urodzonych dzieci nie przechodzi 28%. W tych samych warunkach istniejąca s. binaria u jednego z małżonków daje 46% do 47% poronień i martwych płodów.

Niezależnie od tego w s. binaria rodziców znacznie zwiększa się śmiertelność dzieci we wczesnym wieku, w porównaniu ze śmiertelnością potomstwa, pochodzącego od rodziców, mających zwykły przymiot dziedziczny t. j. pochodzących z czystego 3-go pokolenia. W czystym 3-iem pokoleniu syfilityków bywa poronień, nieżywo urodzonych i zmarłych dzieci w pierwszym roku życia 33% do 34%, gdy tymczasem w 3 pokoleniu w s. binaria bywa poronień, nieżywo-urodzonych zmarłych w 1-ym roku 61 do 62%.

Niezależnie od tego, potomstwo rodziców, mających s. binaria, wykazuje w porównaniu z 2 czystym i 3 pokoleniem bezporównania częstsze objawy przymiotu dziedzicznego, jak również anatomiczne i czynnościowe dystrofie. W czystym 3 pokoleniu bywa dystrofii 11,2%, pod wpływem zaś s. binaria 60,0%.

Tym zgubnym wpływem, jaki wywiera s. binaria na potomstwo chorych syfilityków, będących nawet w najlepszych warunkach życia, można, jak się zdaje, wyjaśnić stosunkowo szybkie wymieranie całych plemion, zamieszkujących niegdyś P-wo Rosyjskie, jak również zmniejszanie się ludności, zamieszkującej oddalone wsi.

Dzieci syfilityków 1-go pokolenia, jak wiadomo, nie wszystkie rodzą się z oznakami przymiotu dziedzicznego, co zależy od leczenia, czasu trwania choroby i późnych jej postaci (gumatu), będących u rodziców.

Ze spostrzeżeń autora pokazuje się, że takich, na wygląd normalnie urodzonych dzieci, dochodzących więcej niż 17 lat życia, w drugim pokoleniu bywa 22%. Pokolenie to (t. j. drugie), łącząc się w związki małżeńskie daje 67% dzieci 3-go pokolenia bez objawów przymiotu dziedzicznego. Trzecie pokolenie syfilityków, łącząc się z osobami zdrowymi daje, 4-te pokolenie, którego członkowie już nie różnią się niczem od dzieci rodziców niesyfilitycznych.

Kończąc swą pracę, autor wyprowadza następujące wnioski: Drugie pokolenie syfilityków z objawami przymiotu dziedzicznego, lub bez nich, przychodzi na świat z odpornością dziedziczną.

Prawo Profet'a ulega częstym wyjątkom; odziedziczona odporność drugiego pokolenia, bez jawnych objawów przymiotu wrodzonego, rzadko zachowuje się w ciągu całego życia; znika już w wieku dziecięcym, najczęściej jednak z nastąpieniem okresu dojrzałości płciowej.

Wymienione postaci s. binaria stanowią wyjątki z licznych przypadków tego zdwojonego przymiotu, nie wykazującego często-kroć wydatnych różnic od przebiegu prostego przymiotu nabytego.

Syphilis binaria ze względu na zgubny swój wpływ na potomstwo posiada niezmiernie ważne znaczenie, zasługujące na szczególną uwagę lekarzy.

Jan Wojciechowski.

124 K. J. Noiszewski. **Czucie włoskowe skóry.** „Włoskowaja czuwstwitelnost kozi.“ (Dysert. 1900. S.-Pet.)

Liczni badacze czucia skór nego, jak Goldscheider, Aubert, Kammler, Blaschko, Magnus, Treitel i Kudriawskij, zwracali uwagę na zależność czucia od istniejących na skórze włosków. Wymienieni jednak autorzy i nie spostrzegli we włoskach narządów swoistego czucia, różniącego się od innych np. ciepłoty, bólu, dotykania i t. p.

Autor pod nazwą włoskowego czucia pojmuje wrażenie, którego doznajemy przy bardzo delikatnem dotknięciu skóry, pokrytej włoskami.

Wiadomo, że włoskami, czasem zaledwie widzialnymi, jest pokryta prawie cała powierzchnia skóry, z wyjątkiem podeszew, dłoni, pięt, dłoniowych i podeszwowych powierzchni palców i żołądzi członka.

Przyrządem do badania czucia włoskowego może być zwykły włos; autor jednak oddawna używa cienkiej, włoskowatej sprężynki, umocowanej w taki sposób, że końce szczypczyków obejmują środkowo jej koniec.

Przyrząd ten, nazwany przez autora *trichesthesiometrem*, odpowiada swemu przeznaczeniu wtedy, jeżeli dotknięcie się sprężynką skóry, niepokrytej włosami, nie odczuwa się przez badającego.

Sprężynka powinna podnosić ciężarek 10 miligr. do wysokości od 4 do 10 milimetrów, jeżeli podnosi go do wysokości 1 milimetra, uważa się za twardą (prawdopodobnie powinna z ciężarkiem opuszczać się *Przyp. ref.*).

Włoskowe czucie skóry czoła jest tak delikatne, że pozwala się wykazać za pomocą cienkiej pętlicy z pajęczyny.

Badanie włoskowego czucia, nawet za pomocą cienkiego włosa natychmiast wykazuje, że siła tego czucia jest niejednakowa w rozmaitych okolicach skóry. Dłonie, pięty, żołądz członka, blizny i t. d. są pozbawione tego czucia, lecz i inne miejsca skóry mają włoskowate czucie skóry tylko tam, gdzie znajdują się włoski, miejsca zaś pomiędzy włoskami i u samych korzeni włosów czucia tego nie posiadają. Jak już wspomniano, miejscem najwrażliwszem na czucie włoskowe jest skóra czoła, przedewszystkiem okolica glabellae, następnie skóra na skroniach, nosie i grzbiecie wzdłuż wyrostków ciernistych.

Skóra pokryta włosami, broda i wąsy są mniej wrażliwe od okolic, pokrytych zaledwie widzialnymi włoskami.

Oprócz ilości włosków, na siłę czucia włoskowego ma wielki wpływ i ich średnica: im włoski są cieńsze, tem słabsze pobudzenie wyprawdza je z równowagi.

Bez względu na rozmaity gęstość włosków np. na glabella, na tylnej powierzchni przedramienia i kregach, jednoczesne dotknięcie dwóch trichesthesiometrów daje się wszędzie rozróżnić jako dwa jednakowe wrażenia, jeżeli oddziela je przestrzeń zaledwie 10 do 15 milimetrów; przy jeszcze większem zbliżeniu przyrządów wyczuwa się tylko jedno — szerokie.

Ponieważ czucie włoskowe mogłoby być uważane za odmiany czucia łaskotania, będącego w zależności od znajdujących się w skórze gruczołów łojowych, które pod działaniem przyrządu na włoski wywołują wydzielanie tłuszczu, połączone ze swędzeniem, autor wydzielił te usuwał za pomocą wycierania, obmywania eterem, mydłem i t. d., a wtedy uczucie swędzenia zniknęło zupełnie, pozostawało zaś tylko włoskowe.

Gruczoły potowe nie tak łatwo ulegają podrażnieniu, jak łojowe, to też tam, gdzie znajdują się tylko gruczoły potowe np. na dłoniach, podeszwach i t. d., delikatne dotknięcie trichesthesiometru nie tylko nie wywołuje uczucia lechtania, lecz badany nawet wcale nie czuje dotknięć; uczucie zaś lechtania występuje na miejscach wymienionych nie za pomocą prostego dotknięcia, lecz przez pociąganie palcem, pręcikiem i t. d.

Do niedawna istniało przekonanie, że brodawki włosów nie posiadają włókienek nerwowych, badania jednak Merkel'a, Bonnet'a, Retzius'a, Orru, Ostroumowa i Szymonowicza wykazały istnienie oddzielnych włókienek nerwowych i zależnego od nich włoskowego czucia.

Blizsze zbadanie włoskowego czucia było dokonane najpierw przez autora, jeszcze w r. 1896 (K. Noiszewski: Trichesthesiometr. „Nowiny Lekarskie“ № 6.1896).

W obecnej pracy autor przytacza wyniki szczegółowych badań z odpowiednimi rysunkami zmian 16-tu postaci rozmaitych chorób układu nerwowego i jednego przypadku łojotoku głowy.

Rozpatrując załączone historie chorób, widzimy, że bardzo często stan czucia włoskowego nie odpowiada wrażliwości dotykowej, bólowej i cieplnej. Tak np. w bezwładzie Brown-Sequard'a obok zmniejszonego czucia dotyku i ciepłoty na kończynach dolnych, przy zmniejszeniu czucia bólu na lewej nodze, włoskowe czucie pozostało nie zmienione. I na odwrót w siedmiu przypadkach tabes dorsalis wszystkie postaci czucia skórnoego były zachowane z wyjątkiem włoskowego.

Powyzsze fakty dowodzą, że czucie włoskowe posiada cechy tylko sobie właściwe, jest zatem czuciem sui generis.

Badania wyżej wymienionych autorów wykazały, że każdy włoszek posiada jedną niteczkę nerwową, oddzielającą się w postaci gałązki od nerwu, który zaopatruje daną okolice skóry. Włókienka nerwowe włosów odchodzą od skórnych gałązek zaraz pod

naskórkciem i kierują się ku włosom w taki sposób, jak nerwy zapatrujące ścianki naczyń krwionośnych.

Włókno nerwowe u samej podstawy włosa rozdziela się na dwie niteczki końcowe: poziomą i pionową; gdzie jednak niteczki te kończą się, dotąd zdania wspomnianych badaczy są podzielone. Prace ich jednak wykazały zależność nerwów włoskowych od nerwów naczyńniowych, albowiem liczne doświadczenia stwierdziły, że ucisk i rozciąganie skóry natychmiast niszczy czucie włoskowe, które wkrótce powraca po ustąpieniu tych czynników, gdy tymczasem czucie dotykowe ciepłe i bólowe przy ucisku lub rozciąganiu skóry nie znika.

Bez względu na liczne przeszkody, autor w celu wyjaśnienia natury czucia włoskowego przeprowadził doświadczenia nad zwierzętami. Pod wpływem dotykania się włosków (szerści) śpiącego psa, zwierzę natychmiast budziło się i kierowało głowę i oczy na miejsce dotknięte; na miejscach pozbawionych czucia włoskowego, powstawał objaw wręcz przeciwny. Największą wrażliwością przytem odznaczały się uszy, ogon i brzuch.

W celu wyjaśnienia wpływu nerwu sympatycznego na czucie włoskowe, autor wycinał kawałki tego nerwu, badając przed i po tym zabiegu czucie włoskowe.

Po wycięciu kawałka wspomnianego nerwu na szyi psa, po stronie operowanej występowało zaraz zwężenie źrenicy, we dwa dni później Izawienie i światłowstręt, zapalenie rogówki, nakoniec zupełna utrata czucia włoskowego na uchu.

Badanie drobnowidzowe skrawków rdzenia kręgowego okolicy szyjowej, wykazało zwyrodnienie w przednich i tylnych jego korzonkach. Zwyrodnienia umiejscawiały się nie tylko na stronie wyciętego nerwu sympatycznego, lecz i przeciwnej, zajmowały zewnętrzne pęczki tylnych korzonków i zewnętrzną okolicę tychże. Tym sposobem zwyrodnienie zajmowało włókna cienko-włókniste korzonkowe zewnętrznej okolicy korzonkowej rdzenia kręgowego.

Przecięcie tylnych pęczków rdzenia kręgowego nie miało żadnego wpływu na czucie włoskowe; równoznaczny był wynik przy przecięciach tylnych pęczków wraz ze środkową szarą substancją i pęczkami przednimi. Przecięcie zaś bocznych pęczków wywoływało szybkie zniknięcie czucia włoskowego poniżej poziomu przecięcia, a pozostawało nienaruszone powyżej tegoż.

Jakkolwiek doświadczenia powyższe wskazują, że nerwy sympatyczne są przewodnikami czucia włoskowego, to jednak, ponieważ włókna tych nerwów znajdują się i w innych nerwach, to widocznie czucie włoskowe przynosi się i za pośrednictwem nerwów mózgodzeniowych.

J. Wojciechowski.

IV. Choroby oczu.

125. Prof. Panas. **O zasadach operowania w oftalmologii.** (Le Progrès Medical 19 Janvier 1901).

Jest to odczyt kliniczny, wygłoszony przez pr. Pana s'a w klinice okulistycznej w Hôtel-Dieu w Paryżu.

Na wstępie zaznacza autor ważności kliniki jako praktycznego zastosowania zdobyczy wiedzy teoretycznej i tego wszystkiego, co mając ścisły związek z nauką wychodzi z pracowni; klinika stanowi ostateczny cel zdobyczy naukowych w medycynie. Okulistyka jest tą właśnie specjalnością, która zdążyła w odpowiedni sposób użytkować wiedzę dla celów praktycznych i uczyniła to tak jak żadna inna specjalność w medycynie, stąd też zupełnie zasłużenie należy jej się pierwsze miejsce jako specjalności skończonej prawie i zasługującej na miano ścisłej, zwłaszcza jeżeli się weźmie pod uwagę korzyści, jakie przynosi społeczeństwu.

W dziale operacyjnym okulistyka wykształciła zręczność i lekkość ręki obok ścisłej metodyki w wykonywaniu rękoczynów, zochcenia bowiem w tym kierunku nie tylko nie pozwalają osiągnąć pożądanego celu, lecz mogą pośrednio lub bezpośrednio spowodować utratę wzroku operowanego.

Jako znakomity przykład pod tym względem może służyć operacja wydobycia zaćmy, której wykonanie można podzielić na trzy części, mianowicie:

1) wykrojenie płata rogówkowego dowolnej wielkości, formy i w dowolnym miejscu rogówki;

2) szerokie pionowe rozcięcie torebki soczewkowej w kształcie litery V, szerokie, by swobodnie i odrazu dać możność wydobyciu się tak jądra, jakoteż i masom korowym.

3) ostateczna toaleta pola operacyjnego, polegająca na oczyszczeniu z resztek zaćmy zrenicy i ułożeniu odpowiedniem tęczówki w celu zapobieżenia jej wypadnięciu.

Każdy z tych momentów operacyjnych wymaga pewnej precyzji w wykonaniu obok stałych zasad ścisłości: wklócie i wyklócie noża w celu wykrojenia płatu winno być uskutecznione symetrycznie, nóż winno się wkluwać szybko, prowadząc piłowe ruchy w przedniej komórce równo, nie zbaczające od pierwotnego położenia noża, by nie spowodować szybkiego wypłynięcia cieczy wodnej i wejścia tęczy na nóż, torebkę rozciąć delikatnie lecz pewnie i szeroko, unikać przy wyprowadzeniu resztek zaćmy ucisku palcami na rogówkę przez dolną powiekę, gdyż można w ten sposób drobnoustroje których obecność zawsze należy podejrzewać w otworach gruczołów brzegu powiek, wprowadzić do rany rogówkowej.

Ważną jest rzeczą unieruchomienie gałki ocznej, organu bardzo wrażliwego na dotyk pomimo użycia kokainy i ruchliwego; w tym celu należy dać pierwszeństwo roztwórce metalowej i szczypcykom

unieruchamiającym przed palcami bądź to własnymi, bądź pomocnika, które nie mogą być tak dobrze wyjałowione jak pierwsze poddane gotowaniu. Stanowczo należy unikać efektownego lecz niebezpiecznego łączenia dwóch pierwszych momentów operacyjnych — wykrojenie płatu i rozcięcie torebki w jeden, używając tylko noża Graefe'go, następstwem bowiem tego przy koniecznej w celu rozszerzenia torebki zmianie pierwotnego położenia noża i powrócenie później do tegoż może być szybkie wypłynięcie cieczy wodnej wejście tęczy na nóż, wypełnienie przedniej komórki przez miękie masy korowe zaćmy przed ukończeniem cięcia rogówkowego i wreszcie wskutek zerwania więzu Zinn'a utrata ciała szlistergo. Przy twardej torebce, opierającej się użyciu cystotomu przekłada Panas wydobycie zaćmy wraz z torebką za pomocą łyżki nad użycie szczypeków torebkowych (pince capsulaire).

Po nad każdym zabiegiem operacyjnym stoi metoda, która winna być nicią przewodnią rękoczynu; ta nić przewodnia pozostaje w ścisłym związku ze wskazaniem, ono zaś pomimo wykonania wagi zależnego od indywidualności operującego i przypadku podlegającego operacji ma być zawsze dominujące i zawsze jedno i to samo. Jako przykład metody i wskazania służyć może entropion i trichiasis pochodzenia organicznego, zależne od bliznowatego zwyrodnienia chrząstki powiekowej. Mamy tu do czynienia z jednym wskazaniem pierwszorzędnej wartości — wyprostowaniem chrząstki i zwróceniem rzęs na zewnątrz. Dokonywamy tarsotomii podobnie jak robimy osteotomię w celu leczenia skrzywień kości podłużnych. Sposobów operowania, inaczej metod, mamy w danym przypadku kilka, wskazanie tylko jedno.

Panas przeciwny jest operowaniu w podobnych przypadkach ze strony łącznicy przy odwiniętej powiece, również nie radzi wycinania płatu skórno-mięśniowego i zakładania szwów powodujących blizny (*Järche-Arlt Gaillard*).

W celu leczenia za pomocą operacji zeza zespolonego Panas operuje oba oczy, wychodząc z zasady, iż tylko pozornie zdaje się, iż odchyła się oś wzrokowa jednego tylko oka nazywanego zwykle zezującym; w tych przypadkach aparat mięśniowy obu oczu nie jest w porządku, a odchylenie mierzy się połową kąta odchylenia oka stale zezującego. Zresztą dowodzi tego w sposób oczywisty zachowanie się zbieżności osi wzrokowych i rozciągłość ruchów obu oczu przy zezie zespolonym jest jednakowa. Wielkość skoczenia następnego jest zupełnie taka jak zezu pierwotnego, stąd i nazwa zezu zespolonego w celu odróżnienia go od zezu paralitycznego, gdzie wielkość zboczeń jest różna.

Operując oba oczy, wygrywamy jeszcze na estetyce. Zwykle po operacji zezu występuje lekkie wysunięcie gałki operowanej ku przodowi, nie razi to przy wysunięciu się obu gałek, przytem oczy zdają się być większe, niż przed operacją. Na wypadek nadkorekcyi, czyli zeza w stronę przeciwną, niż to miało miejsce przed operacją, należy zamiast powtarzania tenotomii, skutecznie przesuńnięcie przyczepów antagonistów.

Zez rozbieżny trudniejszy do poprawienia, winno się operować przez kombinowanie jednoczesnego przesunięcia przyczepów mięśni prostych ku przodowi i tenotomii odsirebnych.

W końcu swej pracy autor omawia rzecz podnoszoną w sekcji okulistyce ostatniego międzynarodowego zjazdu lekarzy i przyrodników w roku 1900 w Paryżu i nierozwiązaną ostatecznie, mianowicie, której z trzech operacji należy dać pierwszeństwo — wyluszczeniu gałki ocznej, częściowemu wycięciu, czy wypatroszeniu (evisceratio) z pomieszczeniem wewnątrz, lub nie protezy w kształcie kuli z odpowiedniego materiału. P a n a s za ideał uważa w tych przypadkach gdzie oko należy poświęcić — częściowe wycięcie gałki, a właściwie jej przedniego odcinka — na 200 przypadków dokonanej przez siebie tej operacji, nie notował nigdy objawów zapalenia sympatycznego.

Na drugim miejscu stawia evisceratio, z połączeniem za pomocą szwów brzegów twardówki. Zaszycie odpowiednich protez uważa za kwestyę czasu, i przewiduje zaniechanie zupełne tego środka kosmetycznego, bądź co bądź jest to obce ciało, którego tkanka żywa znosić nie może.

Wyluszczenie (enucleatio) gałki ocznej uważa za konieczne tylko w przypadkach nowotworów w gałce lub sprawy ropnej całej gałki (panophtalmitis), przechodzącej i na miękkie części oczodołu.

Przeciwny jest stanowisko wyluszczeniu gałki jako środkowi mającemu zapobiegać sympatycznemu zapaleniu, nawet w ciężkich urazach oka, wychodząc z zasady, iż przypadki te dają się dzisiaj wobec istnienia antyseptyki znakomicie leczyć bez uciekania się do barbarzyńskiej operacji, że przypadki zapalenia sympatycznego oka należą obecnie do rzadkich i że wreszcie znaczenie wyluszczenia gałki jako środka leczącego sympatyczne cierpienia oka jest najczęściej żadne. Sam P a n a s leczył około 300 przypadków ciężkich uszkodzeń oczu, nie uciekał się nigdy do enukleacji i z pośród tych przypadków nie widział nigdy sympatycznego zapalenia oka, często zaś oko uszkodzone odzyskiwało taką ostrość widzenia, iż chory niemi czytał i pisał.

Ścisły krytycyzm, rozsądny wybór metod terapeutycznych stanowi podstawę w lecznictwie i może nigdzie tak, jak tutaj nie należy unikać szablonu i rutyny, stać na stanowisku ścisłego obserwatora i być indywidualnym, niezależnym nawet od szkoły, bez względu na imię jakie ona nosi. Tak kończy swój odczyt prof. okulistyki w fakultecie paryskim.

S. Cetnarowicz.

V. *Choroby kobiet i akuszerya.*

125 Dr. W. Stoeckel. **Dwa przypadki krwisteku ściany brzusznej w czasie ciąży.** (Centralbl. f. Gyn. 1901, № 10 str. 241).

Ponieważ guz krwawy w ścianie brzusznej, powstały podczas ciąży bez przyczyny widocznej, należą do rzadkości, autor podaje następujące dwa spostrzeżenia własne: 1) wieloródka przybyła do szpitala 26 Marca 1900 roku w VI miesiącu ciąży; pierwszy raz poczuła ruchy płodu przed 3 tygodniami, a ostatnio przed 4 dniami. Przed 2 tygodniami w nocy podczas silnego ataku kaszlu chora nagle poczuła silne bóle, ciągnące w prawem podbrzuszu i zauważyła, że powyżej pachwiny prawej wyskoczył guz. Jednocześnie jakoby ciepłota ciała podniosła się do 38°. W następnych dniach bóle się zmniejszyły. Krwawienia z pochwy nie było. Dopiero, gdy wody płodowe zaczęły odchodzić, chora udała się do szpitala. Badanie wykazało: macica powiększona jak w 6—7 miesiącu ciąży; przez otwartą na 3 palce szyję wyczuwa się naprzężony pęcherz płodowy. W ścianie brzusznej powyżej spojenia łonowego uwidocznił się guz w postaci kopuły, sięgający aż do pępka i zachodzący więcej w stronę prawą od linii pośrodkowej brzucha, niż w lewą. Guz ten, u wierzchołka najgrubszy, stawał się więcej płaskim ku obwodowi; pomimo to jednak widocznie odznaczał się od sąsiednich części zdrowych. Już gołem okiem można było rozpoznać, że guz leży w powłokach brzusznych; oprócz tego można było rękami podejść pod guz z dwóch przeciwległych punktów i unieść go nieco ku górze ponad macicą zwiększoną. Po opróżnieniu pęcherza moczowego kształt guza zupełnie się nie zmienił. Stan płuc prawidłowy; ton pierwszy serca z podmuchem, w moczu 2^o/₁₀₀ białka (według Essbach'a) bez elementów morfologicznych nerki. Gdy pewnego wieczoru wystąpił krwotok maciczny, wytamponowano pochwę gazą jodoformową. Po usunięciu gazy obrót i ekstrakcja płodu 26 tygodniowego świeżo obumarłego pod narkozą; usunięcie łożyska sposobem Credé; macicę wypłukano 1/2^o/₁₀₀ roztworem lysolu. Okres poporodowy normalny, bezgorączkowy; na drugi dzień po porodzie białko w moczu znikło. Do dnia 2 kwietnia nie było zmian widocznych w guzie; znikło tylko chęłbotanie, które przemawiało za wylewem płynu. Ze względu na konsystencję i konfigurację guza można było wykluczyć mięśniak lub tłuszczak; przeciw mięsakowi miękkiemu przemawiał przebieg choroby: objętość guza widocznie zmniejszyła się po porodzie. Rozpoznanie tedy brzmiało: „wylew krwawy w ścianę brzuszną“. Brak wrażliwości guza, objawów zapalnych powłok brzusznych i podwyższenia ciepłoty przemawiał za wylewem krwi pomiędzy powłoki brzuszne. Operacja potwierdziła rozpoznanie. Okres pooperacyjny prawidłowy. Chora powróciła do zupełnego zdrowia.

2) Chora przybyła do kliniki we 2 tygodniu po przebytym VI porodzie (19 Listopada 1900). Na 8 dni przed porodem chora podczas kaszlu doznała uczucia, jakby coś pękło w prawem podbrzuszu i zaraz potem zauważyła mały guz, który się zwiększał przy każdym następnym napadzie

kaszlu i sprawiał ból przy każdej zmianie pozycji chorej. Podczas porodu akuszerka rozpoznała „poród bliźniętami“, przyjmując prawostronny guz za główkę drugiego płodu. Poród się odbył samoistnie, łożysko też zaraz odeszło. Akuszerka wciąż utrzymywała, że w macicy znajdują się jeszcze części płodu obumarłego, po które napróżno ręką sięgała do jamy macicy. Okres poporodowy był bezgorączkowy i prawidłowy, a guz zupełnie się nie zmienił; objętość jego zmniejszyła się nieco dopiero na kilka dni przed wstąpieniem chorej do kliniki. Przy badaniu zauważono: w prawem podżebrzu guz wielkości główki noworodka w postaci kopuły, zaczynający się na jeden palec poprzeczny poniżej prawego łuku żebrowego i spuszcający się ku dołowi do pępka i niżej, nie przekraczając linii środkowej brzucha. Wierzchołek guza był wypukłony, a obwód w postaci worka unosił się ponad sąsiednie części ściany brzusznej. Konsystencya guza nieco czułego na ucisk była wszędzie jednakowa, elastyczna, z widocznem chełbotaniem. Skóra na guzie była przesuwalna, koloru normalnego. Ponieważ guz przesuwał się we wszystkich kierunkach jednocześnie z przesuwaniami powłok brzusznych, a sam guz przez się był nieruchomy, to siedlisko jego w powłokach brzusznych nie podlegało żadnej wątpliwości. Oprócz guza znaleziono na ciele w wielu miejscach porozrzucane drobne wybroczyny podskórne. Ogólny stan chorej był zadawalniający, ciepłota ciała 36,8, tętno 66. Pomny pierwszego przypadku, autor postawił rozpoznanie: „liczne wybroczyny podskórne i otorbiony podskórny guz krwawy w prawem podżebrzu“. Operacya potwierdziła rozpoznanie. Wybroczyny podskórne zupełnie znikły i chora wypisała się w dniu 16 Grudnia 1900 roku.

W zakończeniu autor powiada, że powyższe dwa przypadki zasługują na uwagę z tego względu, iż wynaczynienia powstały samoistnie, bez udziału siły zewnętrznej; jest to fakt ważny dla lekarzy ekspertów. Zastanawiając się nad przyczyną powstawania tego cierpienia, autor, powołując się na zdanie Engel'a, że „przy naprężeniu mięśnia prostego (jak to bywa w ciąży) może nastąpić zanik jego włókien mięśniowych“, robi jedyne przypuszczenie, że zanik mięśnia prostego i przekrwienie naczyń powłok brzusznych w ciąży mogą dać powód do pęknięcia naczyń nabrzusznych resp. ich gałązek mięśniowych. Siedliskiem takich wynaczynień bywa zazwyczaj mięsień prosty brzucha, a pęknięciu podlegają art. epigastrica inferior i superior. Leczenie polega na cięciu szerokiem wzdłuż guza, usunięciu skrzepów i wyskrobianiu łyżeczką całej jamy. Wynik operacyi w obu przypadkach był bardzo pomyślny.

M. Warszawski.

127. P. Steltner. Powikłanie raka wypadnięciem macicy. (Centralbl. f. Gyn. 1901, № 9, str. 233).

Rak macicy zazwyczaj występuje u kobiet 45—50 letnich, dotkniętych opuszczeniem pochwy i macicy. Ponieważ to ostatnie cier-

pienie (prolapsus) trwa od dłuższego czasu (10 lat i więcej), chore nie przypisują mu żadnej wagi i nie leczą się. Stopniowo oprócz przeszkód miejscowych występują zaburzenia w stanie ogólnym i w oddawaniu moczu; wreszcie, gdy sprawa trwa długie lata, występuje na wypadniętej macicy najpierw owrządzenie, potem silne bóle, krwotoki obfite, ewentualnie wpływ posokowaty, zwiastujące obecność nowotworu. Sprawa zaczyna się zazwyczaj na części pochwowej w postaci owrządzenia rakowego (na sposób Waldeyer'a raka skóry), które rośnie stopniowo wszcz, z łatwością przenika w głąb, lecz nie posiada tendencji do rozszerzania się na organy sąsiednie z wyjątkiem pochwy. Przy dłuższym trwaniu rak przechodzi na szyję, częściej na pęcherz i zająwszy przymacicza, przerzuca się dopiero na trzon, co się bardzo rzadko zdarza.

Rokowanie w tych razach lepsze, niż w rakach macicy bez opuszczenia. Odnośnie leczenia autor jest zdania, że w świeżych przypadkach raka części pochwowej z umiarkowanym opuszczeniem wystarczy zrobić amputację szyi, następują kolporrafię i peryneoplastykę. Z chwilą, gdy rak przeszedł na szyję i na pochwę przy całkowitem opuszczeniu pochwy i macicy, należy całkowicie wyluszczyć macicę przez pochwę, usuwając jednocześnie, o ile możliwości, przymacicza. W kwestyi powstawania raka autor trzyma się teorii Thiersch'a, a mianowicie: chroniczne podrażnienia błony śluzowej przy lata całe trwającym opuszczeniu naruszają w wieku podeszłym równowagę pomiędzy nabłonkiem i podłożem (stroma) i powodują tworzenie się raka.

M. Warszawski.

128 Dr. Sołowij. **Leczenie pęknięcia macicy w czasie porodu** (Centralblatt für Gynäkol. 1901, № 11 str. 281.— Posiedzenie Tow. Ginek. lwowskiego z dnia 12 Grudnia 1900).

Na 3000 porodów autor spostrzegł 8 przypadków pęknięcia macicy. Z tych 6 przypadków pęknięcia samoistnego, a 2 przypadki miały miejsce po za kliniką i powstały wskutek rękoczynów przy porodach zaniedbanych. Jako curiosum przytacza autor jeden przypadek pęknięcia samoistnego w trzonie macicy. Autor w 4 przypadkach ograniczył się na tamponowaniu; 2 razy dokonał cięcia brzuszego z zeszcieniem macicy pękniętej, a raz wyluszczenia macicy przez pochwę. Jeden przypadek nie został rozpoznany za życia chorej i nie był wcale leczony. Przy życiu zostały tylko 2 chore: jedna po niepełnym pęknięciu macicy, leczonem za pomocą tamponacji i jedna po cięciu brzuszem i zeszcieniu całkowicie pękniętej macicy. Pomimo stosowania najnowszych sposobów leczenia pęknięć macicy autor kładzie ujemne rezultaty na karb zakażenia poprzedniego, które paraliżuje wszelkie zabiegi najracjonalniejszego leczenia. Na mocy nabytego doświadczenia ze wszystkich sposobów leczenia stawia autor na pierwszym miejscu wyluszczenie macicy przez pochwę, w miejsce cięcia brzuszego, którego był gorliwym zwolennikiem. *M. Warszawski.*

VI. Ruch w towarzystwach lekarskich w Wiedniu.

(128 — 152).

Dr. Zuckerkandl przedstawił na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego chorego po wykonaniem *wycięciu pęcherza moczowego*. Chory 67 lat. Przed 4 laty haematuria jako pierwszy objaw choroby; haematuria występowała w początkach w przerwach, później zaś stale się utrzymywała. Z postępem choroby zjawily się bóle w okolicy pęcherza i parcie na mocz. Mocz jednakowo krwawy, na końcu moczenia zwiększenia krwotoku nie spostrzegano. Za pomocą kateteru dało się wykazać mierne powiększenie gruczołu krokowego, a poniżej spojenia łonowego mierny opór, przyczem ucisk na to miejsce wywoływał uczucie bólu, rozpromieniającego się też w cewce moczowej. Badanie moczu wykazywało w osadzie zmienione i świeże ciała krwi czerwone, ciała ropne, rozpad i drobnoustroje. Przy pomocy cystoskopu guza nigdzie nie dało się wykazać, natomiast na szczycie pęcherza widać było ubytek wielkości talara, ograniczony brzegami wystającymi, jakby nabrzmiętymi i nierównymi. Na podstawie powyższych wyników badania rozpoznano guz wrzodziejący pęcherza natury złośliwej. W uśpieniu chloroformowem Z. wykonał operację. Rak siedział na szczycie pęcherza, który przez *sectio alta* otworzono. Wycięto tkanki rakowate wraz z górną częścią pęcherza i otrzewną, a pozostałą część pęcherza zaszyto. Przesączkowanie nowo wytworzonego pęcherza. Leczenie pooperacyjne przebiegało dosyć gładko. W pierwszych dniach wymioty krwawe i rozwolnienie z krwią, uporeczywy *singultus*. W 5 tygodni po operacji usunięto sączek i zastąpiono stałym kateterem, przyczem rana się zagoiła. Nowy pęcherz funkcjonuje całkiem dobrze, chory może mocz zatrzymać w ciągu 2 godzin, a pęcherz pomieścić może około 200 gr. moczu z łatwością. Oddawanie moczu odbywa się bez bólów. Zapalenia pęcherza niema. Rezekcja pęcherza moczowego z powodu guzów dokonywa się dopiero od lat 10. Sonnenburg pierwszy wykonał tę operację w r. 1884, a wszystkich operacji znanych jest do dziś dnia 65. Śmiertelność jest bardzo duża, gdyż zazwyczaj późno przystępuje się do operacji. Z. radzi w wątpliwych przypadkach wykonać próbne nacięcie pęcherza.

Tenże przedstawił dalej *kamień moczowy wielkości jaja kurzego*, który wydobyl z pęcherza moczowego 84 letniego chorego przy pomocy skombinowanej anestezji lokalnej przez *sectio alta*. Najpierw zastosowano metodę Schleicha, a następnie, aby pęcherz moczowy całkiem znieczulić, zastosowano przed operacją rozczyń antypiryny przez kiszkę stolcową. Antypiryna znana jest jako środek kojący bóle pęcherza i ze strony chirurgów francuzkich przy operacjach kamieni moczowych gorąco polecana. Przy pomocy tej skombinowanej anestezji wykonał Z. operację zupełnie bez bólów.

Dr. Schiff mówił o *wzajemnym stosunku między nosem a narządami rodnymi kobiety*. Flies z Berlina zrobił przed kilkoma laty w swej książce wzmiankę, że zapomocą kokainizowania pewnych miejsc nosa udaje się usunąć bóle dysmenorroeiczne i bóle porodowe złagodzić. Miejsca w nosie, które podczas miesiaczkowania silnie są przekrwione, nazywa Flies miejscami narządu rodnego nosa. Znajdują się one na przednim końcu dolnej muszli i na tuberculum septi. Bóle dysmenorroeiczne dadzą się złagodzić albo też zupełnie usunąć przez kokainizację. Dysmenorrhoea polegająca na mechanicznych przyczynach (stenosis orificii, anteflexio) przez znieczulenie kokainą nosa nie da się usunąć, i przy dysmenorrhoea z powodu schorzeń macicy często przez leczenie daje się usunąć, dysmenorrhoea zaś pochodzenia nerwowego zawsze metodą Fliesa daje się uleczyć. Leczenie to stosował Schiff w 47 przypadkach silnych bólów zawsze z wynikiem bardzo dobrym. Przy stosowaniu pędzlowania rozczynekiem 20% kokainy miejsc nosa, podanych przez Fliesa, w 35 przypadkach bóle ustępowały tak, że chore przez cały dzień wolne były od bólów jeżeli zjawiały się one następnego dnia, to zastosowanie powtórne osiągało uśmierzenie bólów. Suggestyę można było zupełnie usunąć, bo chore zupełnie nie wiedziały, że chodzi o rękoczyn leczniczy, lecz o badanie i same powiadały, że bóle samowolnie ustępowały. Że w danem leczeniu nie idzie o ogólne działanie kokainy, dowodzi, że ilość kokainy zużytej jest mała, a powtórne, że pędzlowanie gardła lub nosa z pominięciem miejsc wskazanych przez Fliesa bólów nie zmniejszało. Znieczulając kokainą miejsca po jednej stronie nosa, zmniejsza się bóle w brzuchu po tej samej stronie; jeżeli znieczulimy przedni koniec dolnej muszli, to ustępują bóle w hypogastrium, zaś przy znieczulaniu tuberculum septi ustępują bóle w krzyżach. Ustępowanie bólów przy znieczulaniu miejsc w nosie tłumaczy Schiff tem, że bóle te nie powstają w narządzie rodnym, ale w nosie w miejscach przez Schiffa podanych i stamtąd udzielają się narządowi rodnemu. Jako dowód autor podaje doświadczenia, które wykazują, że drażnienie owych miejsc w nosie wywołuje bóle w narządzie rodnym.

Prof. Zeissl podał w streszczeniu wyniki swych *badania nad unerwieniem pęcherza moczowego*. 1) Przecięcie nervi hypogastrici przy wypełnionym pęcherzu i nieuszkodzonych erigentes pociągało za sobą wypływanie treści pęcherza. 2) Podrażnienie nervi irrigentis, po przecięciu nervi hypogastrici pociągało zawsze skurcz rozwieraczy i otwarcie zwieraczy. 3) Podrażnienie hypogastrici przy nieuszkodzonym pęcherzu i zamkniętej cewce moczowej wywoływało skurcz mięśni okrężnych pęcherza z następczem porażeniem mięśni podłużnych. To samo podają Griffith i Steward. 4) Przy drażnieniu końców N. erigens po przecięciu hypogastrici następowało porażenie zwieraczy.

Prof. Kassowitz demonstruje *próby świecenia tranu z fosforem*. Po ogrzaniu w epruwetce kilku kropel tranu z fosforem, świecenie występuje bardzo wyraźnie. Próbę tę można kilkakrotnie powtórzyć.

Prof. Benedikt przedstawia *fotografie Röntgena* z przypadku *Arthropathia* kręgosłupa w tabes dorsalis. U chorego od 17 lat bóle przeszywające, pamięć upośledzona, ataxia, zaburzenia w oddechaniu i garb nieznacznie bolesny. Na fotografii widać subluksacje 3 kręgów krzyżowych.

Kraus przedstawił *spray, służący do przepłukiwania pęcherza*. Przyrząd prosty i w użyciu nadzwyczaj dogodny.

Dr. Schnitzler mówi o niektórych postaciach *ropienia wewnątrz jamy brzusznej i ich leczeniu*. S. podnosi ważność i zarazem trudność leczenia procesów ropienia, które przeważnie należy do chirurgów, ale jest wdzięczniejsze, aniżeli leczenie nowotworów lub innych cierpień chirurgicznych. Ropienia w jamie brzusznej przeważnie przebiegają śmiertelnie. W wiedeńskich szpitalach w r. 1897 obserwowano takich cierpień 375, z tych umarło 93; w roku 1896 było 348, z tego z zejściem śmiertelnym 72. Z powodu epityphlitis leczono w tychże latach 475 przypadków, z czego 71 umarło. Na 14 ropni podprzeponowych zmarło 11, z 16 ropni wątroby zmarło 11, a z 34 przypadków ropni w przewodach żółciowych zmarło 21. Następnie przechodzi S. do ogólnego ropnego zapalenia otrzewny i różni dwie od siebie odrębne postaci przedziurawienia: jedna polega na przedziurawieniu jakiegoś workowatego narządu (żołądka, kiszki etc.), druga—to przedziurawienie do jamy brzusznej i ta daje daleko gorszą prognozę niż pierwsza, choć z drugiej strony przy postaci drugiej częściej przychodzi do wyzdrowienia. Rozpoznanie jest ciężkie, trudne wobec przypadków podrażnienia otrzewny. Dalej omawia S. sposoby operowania, przechodząc do szczegółowego opisu poszczególnych postaci ropienia (ropni podprzeponowych, okołokiszkowych etc.), w końcu wspomina o ropniach wielorakich, których wyszukiwanie i operacyjne leczenie jest bardzo trudne.

Dr. Zappert mówił o *znaczeniu nietypowych początkowych objawów zapalenia opon mózgowych pochodzenia gruźliczego* (meningitis tuberculosa). Z. stara się uporządkować objawy początkowe tej choroby i ująć je w pewną grupę. Jeżeli zapalenie opon mózgowych gruźlicze rozpoczęło się wypociną zapalną na mózgu, to przy autopsji na tem miejscu napotkamy najwybitniejsze zmiany anatomo-patologiczne, a im proces wcześniejszy, tem zmiany te są mniej wybitniejsze, tak, że ze zmian anatomo-patologicznych można wywnioskować o objawach, jakie chorobie tej towarzyszyły. Przy zajęciu pierwotnym całej powierzchni mózgowej muszą chorobę rozpoczynać drgawki, przy zajęciu ośrodków Broca musi najpierw zmienioną być mowa, z powodu bliskości ośrodków korowych n. twarzowego i ośrodków dla ramienia obok zaburzeń mowy będziemy mieli zaburzenia i ze strony sąsiednich ośrodków. Tak samo przy pierwotnym zajęciu ośrodków n. twarzowego mamy i zaburzenia w mięśniach twarzy przeciwnobocznych, jak również w dalszym przebiegu przyjdzie do zaburzeń w kończynie górnej i dolnej, a jeżeli siedlisko choroby znajduje się po stronie lewej, będziemy mieli i zaburzenia ze strony mowy. Bardzo łatwą jest lokalizacja sprawy przy porażeniach lub kurczach w je-

dnej ręce. Przy pierwotnem zajęciu kończyny dolnej zaburzenia przenoszą się nietylko na ośrodki ruchowe kończyn górnych, twarzy i mowy, ale także na sąsiednie ośrodki dla drugiej kończyny dolnej i wskutek tego wystąpi porażenie tejsze.

Początkowe te objawy, zależne od pierwotnego siedliska chorobowego, dadzą się zawsze spostrzegać w pewnym fizyologicznym porządku nawet w nie-typowo przebiegających przypadkach. Również i takie ośrodki korowe, których umiejscowienie jest mniej znane, jak ośrodków ruchowych, mogą przy ich zajęciu wywołać objawy na pierwszy plan występujące; tak np. zaburzeniom ruchowym towarzyszą często zaburzenia w czuciu, a nawet te ostatnie wysuwać się mogą na plan pierwszy. Początkowe te objawy są bardzo ważne dla lekarza, nietylko bowiem pozwalają rozpoznać siedlisko choroby, ale, co ważniejsza, przy ich uważnem studyowaniu już wczesnie pozwalają z pewnością rozpoznać meningitis tuberculosa.

Prof. Csokor przedstawia *poczwarki homalomyiae alaris*, przypadkowo żyjącej i w jelitach u ludzi. Poczwarzka ma postać owalną, odpowiednio do wieku 1—10 mm. długą i posiada 12 pierścieni. Na końcu głowowym znajdują się narządy czucia, oczy, otwór ustny z dwiema płytkami chitonowemi, a z gardła występuje aparat do gryzienia. Narząd trawienia złożony jest z oesophagus, proventriculus, żołądka, jelit i gruczołów ślinowych. Na początku kiszki prostej znajdują się ujścia naczyń Malpighiego. Dalej poczwarka ta ma serce na 3 oddziały przedzielone i geneki polykania. Pasożyt dostaje się w ten sposób do człowieka, że jajka jego wraz z pokarmami dostają się do żołądka, a ztamtąd do jelit.

Weinberger przedstawia nabytą *dextrocardia*. Chory od lat cierpi na induratio pulmonum, które spowodowało przeciągnięcie serca na stronę prawą. Granice tępości serca: 3 żebro, lewy brzeg mostka i przednia prawa linia pachowa, ku dołowi zaś stłumienie serca przechodzi w stłumienie wątroby. Uderzenie wierzchołka serca oznaczyć się nie da, podstawa zwrócona ku stronie lewej.

Hryntschak przedstawia na kilku chorych korzystny wpływ „*sanatogenu*“ na krzywicę.

Offner podaje nową próbę na cukier: 5 cm³ miesza się z małą ilością kwasu „Phenylhydrazin-siarczanego, i ogrzewa do zagotowania poczem dodaje się 10 cm³ 15% roztworu ługu. Po oziębieniu i silnem wstrząśnięciu przy obecności cukru (ponad 0'1%) występuje różowe zabarwienie. Podobny odczyn występuje przy użyciu kwasu naphtylhydrazin siarczanego, salicylowego, lub octowego.

Dr. Moszkowicz przedstawił *przrząd do metody Schleicha*. Składa się z flaszki z płynem do znieczulania, w której przy pomocy zwyczajnej dmuchawki ustnej powietrze się zgęszcza. Dalej mamy rurkę gumową z kurkiem i igłą. Płyn znieczulający wypływa przy zgęszczeniu powietrza w butelce.

Federn przedstawia chorego, u którego rozpoznaje *rozszerzenie colon*. Chory cierpi na zaparcie stolca od lat dziecinnych, (stolec co 14 dni). W ostatnim czasie brzuch wzdęty, wyczuć się dają masy

kału. Przez kieszkę stołową czuć ponad rozszerzoną ampulą wystającą zdwojenie błony śluzowej.

Urbantschitsch podaje *nowy sposób leczenia zawrotu głowy*. Stosował go najpierw u chorego, u którego z powodu caries przy operacji prawdopodobnie uszkodzono jeden z łuków poziomych. Choremu polecił U. systematycznie wykonywać głową ruchy okrężne a po 3 tygodniowym leczeniu zawroty bezpowrotnie ustąpiły. Najlepiej ćwiczenia te wykonywać w łóżku; przy zawrotach, występujących przy pewnych ruchach głowy—szczególnie owe ruchy powinny być ćwiczone.

Maczek przedstawia chorego z *ostitis syphilitica*. Przed 8 laty przymiot, przed dwoma laty obrzmienie kilku palców u rąk i nóg. Promienie Röntgena wykazały, że schorzałe kości w części uległy zniszczeniu. Zastosowanie jodu, kąpieli jodowych i wcierań stan chorego znacznie poprawiły.

Kapsamer omawia 3 chore, u których *wstrzykiwania wazeliny* usunęły incontinentia urinae. Przyczyna incontinentiae leżała w chronicznym zapaleniu pęcherza moczowego, zranienie jelita po kleszczach—wstrzykiwał 8—12 gr. wazeliny w okolicę cewki moczowej, miejsce to jest najdogodniejsze, by usunąć możliwość embolii. Działanie wstrzykiwań wazeliny polega na utworzeniu wału, przypominającego gruczoł krokowy. Wyniki ujemne zdarzyć się mogą przy wstrzykiwaniu małej ilości wazeliny, lub gdy ma ona za wysoki punkt topnienia. K. stosował wazelinę o punkcie topnienia 42°.

Reimann przedstawia przypadek *zranienia rdzenia kręgowego*. Chorego zraniono nożem w okolicę pierwszego kręgu lędźwiowego w kierunku skośnym. Bezpośrednio po zranieniu wystąpiło porażenie lewej kończyny dolnej z wyjątkiem mięśni palców i znieczulenia przedniej części tejże kończyny. Porażenie dzisiaj ustąpiło, znieczulenie pozostało. Zranione, prawdopodobnie, zostały lewe ruchowe drogi rdzenia pacierzowego i zniszczone lewe korzenie czuciowe. Anestezja daje tu złą prognozę.

Prof. Weinlechner przedstawia z dobrym wynikiem operowane *rhinophyma* przy pomocy metody Schleicha.

Winternitz tymczasowo donosi o wyniku badań przedsięwziętych wspólnie z Biedlem celem sprawdzenia badań Nenckiego i Zaleskiego, dotyczących *zawartości amoniaku we krwi po usunięciu wątroby*. Nencki i Zaleski zatrucie organizmu po wykluczeniu wątroby przypisywali zawartości amoniaku lub kwasu karbaminowego we krwi. Przy doświadczeniach sprawdzających W. ilość amoniaku we krwi dawała rezultaty nadzwyczaj niepewne. Wahaly się one od 1,2—3,7 mm., zależnie od ilości zużytej krwi i dodanej wody wapiennej.

Albrecht przedstawił dwa preparaty *deciduoma malignum*, które wystąpiły po poronieniu. Oba przypadki skończyły się śmiertelnie. Guz jest nadzwyczaj obfity w krew, żółtawo zabarwiony, częściowo zniszczony przez krwotoki. W jednym przypadku wystąpiły wielorakie przerzuty w mózgu i wątrobie.

Foges przedstawił preparat *hypertrophia mammae*. U kobiety w pierwszym miesiącu ciąży zaczęły piersi nadzwyczaj szybko rosnąć i jednocześnie zmniejszała się waga chorej; postępujące charłactwo dało powód do amputacji sutek. Ważyły one 12 kg.

Hochenegg mówił o *krzyżowym przecięciu ropni okołokątnicznych* w jamie Douglasa. W następstwie appendicitis mogą powstać ropnie w rozmaitych miejscach w brzuchu. Na prawym talerzu biodrowym w 50%, w jamie Douglasa w 30%, w okolicy lędźwiowej 9% i t. d. W jamie Douglasa powstają ropnie przez perforację długiego, aż do małej miednicy sięgającego wyrostka, albo przez opuszczenie się ropy z wyrostka do jamy Douglasa. W przypadkach appendicitis simplex może wysięk surowiczny następezo uleść zropieniu. Granice ropnia stanowią: pęcherz moczowy, kiszka stolcowa i zlepione między sobą jelita. Ropień zwiększa się w kierunku ściany brzusznej albo też korzenia krezki. Objawy ropni w jamie Douglasa cechują się obok objawów appendicitis (ból skutkiem przebiccia, schock, ból na ucisk, gorączka, wymioty, podrażnienie otrzewny), szczególnie uciskiem na narządy sąsiednie (zatrzymanie moczu, ucisk na kışkę stolcową). Celem rozpoznania nie należy nigdy zaniechać badania przez kışkę stolcową. Przy badaniu wyczuwamy guz chęłboczący lub twardy wysięk. Ropnie w jamie Douglasa otwieramy albo z dołu (rectum, vagina, peritoneum), albo od tyłu via parasacrali. Ostatni sposób zastosował H. w 7 przypadkach. Przy otwieraniu małych ropni od rectum można łatwo zranić jelita. Przy metodzie krzyżowej otwieramy ropień na najgłębszem miejscu i drenujemy w pozycji leżącej. Operacja dokonywa się w położeniu bocznem lewem; po wycięciu kości ógonowej obok rectum wchodzimy do jamy Douglasa. Podczas leczenia pooperacyjnego trzeba uważać, aby dren się nie usuwał i by rectum nie było wypełnione kałem. H. stara się przy operacji usunąć wyrostek robaczkowy. Czas leczenia zależny od wielkości ropnia.

Roth mówił o *bólach twarzy i głowy w grypie*. Epidemia influenzy w r. 1899 i 1900 cechowała się występowaniem bólów silnych głowy, które mimo leczenia dłuższy czas się utrzymywały i dały powód do badania i leczenia nosa. W przypadkach tych influenza występowała nietylko w postaci kataralnej, ale często nawet z zaburzeniami w przewodzie pokarmowym i w postaci nerwowej. Bóle twarzy i głowy występowały w 3 — 8 dni po rozpoczęciu się choroby, najczęściej zaś w 5-tym jako bóle tępe, z oszołomieniem i potęgowały się z dnia na dzień. Bóle te albo trwały ciągle, lub też zjawiały się z przerwami, zazwyczaj poczynając się rano, a potęgując się ku wieczorowi, by znów ustąpić i na drugi dzień z większem natężeniem wystąpić. Badanie nosa wykazało, że bóle te nie były natury newralgicznej, ale że we wszystkich 25 przypadkach, jakie R. spostrzegał, przyczyna tych bólów leżała w zapaleniu jam bocznych, i tak: w 5 przypadkach zapalenie jamy czołowej, w jednym przypadku obustronne, w 20 przypadkach ostre zapalenie jamy Highmora, w 4 przypadkach obustronne. Badanie wykonywał R. w ten sposób, że w bólach ciągłych zaraz, w bólach zaś przepuszczających wśród na-

padu znieczulał 20% rozczynek kokainy wewnątrz nosa i wprowadzał rurkę Hartmanna do badanej jamy. Następnie za pomocą balonu Politzera wtłaczał powietrze do jamy, aby w ten sposób usunąć z niej wydzielinę i przepłukiwał następnie 1% kwasem borsym. Już po jednorazowym takim rękoczynie albo bóle zupełnie ustępowały, lub znacznie się zmniejszały, a zjawiały się znów, gdy się wydzielina w jamie w większej ilości nagromadziła, którą znów w ten sam sposób usuwano, jak poprzednio. W kilku przypadkach mimo przepłukiwania nie można było wypłukać żadnej wydzieliny i bóle trwały dalej, w tych przypadkach zapalenie błony śluzowej istniało prawdopodobnie dalej ale bez jakiegokolwiek wydzieliny. W przebiegu więc grypy obok bólów neuralgicznych występować mogą bóle twarzy i głowy, których przyczyna leży w zapaleniu jam bocznych i wtedy leczenie rynologiczne jest wskazane i sprowadza wyleczenie. Leczenie rynologiczne można połączyć z podawaniem do wewnątrz salipiryny. Rokowanie w ostrych zapaleniach jam ubocznych po grypie jest zawsze pomyślne i tylko w bardzo uciążliwych przypadkach przedsięwziąć należy leczenie nosa. K. J.

VII. Wiadomości terapeutyczne.

153. —j. z.— Athmokusis

Znów mamy do zanotowania 23 przypadki wyzdrowienia po stosowaniu powietrza gorącego w silnych krwawieniach miesięczkowych i przełomowych. (Staechel. Ther. Mon. 12, 1900)

154. —j. z.— Atropina.

Dr. Moritz już od lat 30 używał preparatów belladony w ileus i zbliżonych do niego cierpieniach (kolka ołowiana), podawał 0,015 grm. co 4—6 godzin; już po 6—10 dawkach następowały objawy zatrucia, a współcześnie występowały wypróżnienie obfite bez bólów i wymiotów. Środek ten przede zaleca M. we wszystkich przypadkach, przebiegających z objawami zaparcia stolca.

(St. Pet. Med. Woch. 5, 1901).

155. —j. z.— Bromeigon.

Sa a f e l d zaleca gorąco bromeigon w dawkach 1—2 grm. na

noc przeciw pollucyom w rzeźączce. Środek ten przepisuje również w postaci peptobromeigou w roztworze 10:50 po 1½—3 łyż. kaw. na noc.

156. —j. z.— Jodipinum.

Dr. M. Klar w nowem sanatorium dla suchotników stosował jodipinę jako antysyfiliticum, antiastmaticum oraz środek ułatwiający wessanie zserowaceń, wreszcie jako środek rozpoznawczy zamiast K. J. dla określenia siły żołądka.

(D. med. Ztg. 1900, 97)

157. —e. k.— Natrum Kakodylicum.

W postaci podskórnych wstrzykiwań w ilości 0,01 prawie w ciągu 6 tygodni u łuszczycy dało znakomity wynik w jednym przypadku, opierającym się wszelkiemu leczeniu.

(Demange Jour. méd de Bruxelles, 1900, 32).

158 (e. k.) **Nocne moczenie u dzieci** zależy od następujących przyczyn 1) choroby pęcherza moczowego i w ogóle dróg moczowych—szczególnie kamienie; 2) podrażnienie kiszki prostej glistami; 3) nadmierne wydzielanie moczu 4) podrażnienie ośrodków kierujących wydzieleniem moczu, 5) drażniące własności moczu. Zazwyczaj występuje naraz kilka wyżej wymienionych przyczyn. Często niemożność zatrzymania moczu zjawia się po ostrej jakiej chorobie; czasem warunkuje się ona wydzielającymi się przez nerki drobnoustrojami i mocz wskutek tego nadmiernie drażni błonę śluzową pęcherza. Autor (Kaufmann, Jour. d. méd. de Bruxelles, 1900, 30 Août) przytacza przypadek, w którym niemożność zatrzymania moczu wystąpiła podczas zapalenia płuc. Niekiedy warunkuje się ona niewłaściwym odżywianiem dzieci. Autor opisuje przypadek, w którym enuresis nocturna przy moczu o wysokim ciężarze gatunkowym, ciemnego koloru, nieprzyjemnego zapachu, łącznie z niespokojnym snem i ogólnym stanem podrażnienia u 7 letniej dziewczynki, zależała od nadmiernego odżywiania mięsem. Ze zmianą sposobu odżywiania wszystkie objawy z wolna znikły, ale znów wróciły, kiedy dziewczynka po 2 tygodniach wróciła do dawnego trybu życia. Odpowiednio uregulowany sposób odżywiania całkiem usunął wszystkie niepożądane objawy.

159 —j. z.— **Pas brzuszny.**

Dr. Ostertag obmyślił nowy pas brzuszny. Część jego przednia nie ma żadnych fiszbinów, ani statek, utrzymuje się na szelkach oraz na podwiązkach gumowych.

Ucisk na brzuch jest znaczny. Jako materiału użył dr. O. trykotu.

(Münch. Med. Woch. 10).

160. —j. z.— **Sidonal.**

Mylius zaleca sidonal w dniu po 5—8 grm. *pro die*, wskazując na znaczne polepszenie w okresach napadów.

(Ter. M. 12).

161 —j. z.— **Uraturia.**

J. Müller z Erlangen przeprowadzał badania nad wydzieleniem kw. moczowego przy dyecie roślinnej. Z badań jego wynika, że podczas gdy przy żywności mieszanej (z wyjątkiem obfitującej w nukleoalbuminę) wynosi ilość wydzielanego kw. moczowego 1 grm. na dobę; przy żywieniu chlebem, masłem i białkiem z nasion bawełny (po 120 grm). spada do 0,38 grm. Stąd wyprowadza wniosek, że budowa białka roślinnego jest inna, niż zwierzęcego i zaleca pokarmy roślinne w leczeniu skazy moczanowej.

(Cent. f. Phys., 25)

162. —j. z.— **Yohimbium.**

Oberwarth i Limy przypisują nowemu temu preparatowi w dawce po 0,005 grm. yohimbini hydrochlorici w tabletkach działanie swoiste w niemocy, toż samo potwierdza Mendel. Yohimbina wywołuje przekrwienie prącia.

(Ther. mon. XI, 1900)

163 —ek.— Yohimbine stosuje ze skutkiem prof. Mendel (Therapie d. Gegenwart 1900) w niemocy płciowej, naturalnie niezależnej ani od cierpień mleczajaciznowego, ani od innych cierpień organicznych. Yohimbina jestto alkaloid otrzymany z drzewa Yohimbehe, które rośnie koło Malimba w niemieckich posiadłościach w południowo-zachodniej Afryce, gdzie go używają tubylecy jako

silnego aphrodisiacum. Yohimbina działaniem swoim przewyższa wszystkie znane dotychczas środki, choć płciową podniecające, jak fosfor, strychnina, kokaina, spermina, a tę ważną posiada zaletę, że nie okazuje całkiem ubocznego

ujemnego działania. Stosować ją można albo w postaci podskórnych wstrzykiwań albo też wewnątrznie w postaci kropeł, a mianowicie: Sol. johimbini muriatici 1% — trzy razy dziennie po 5 — 10 — 15 kropeł.

VIII. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“.

Siedlce, w kwietniu 1901 r.

Miasto nasze o 24,000 mieszkańców, licząc w to i kwaterujące wojska, ma fatalne warunki higieniczne. Zbudowane jest na trzęsawiskach i wszędzie na lokieć pod powierzchnią mamy wodę zaskórna, co wywołuje niesłychaną wilgoć w naszych mieszkaniach, tak dalece, że domy suche liczą się na palcach; — i, jak naprzekór, przy zbytku wilgoci, brak nam wody bieżącej i wody do picia.

Najbliższa rzeczka Muchawka okrąża miasto w odległości 3-ch wiorst, co nie byłoby jeszcze zbyt uciążliwe dla chcących się wykapać, ponieważ w dwóch miejscach przecina ją szosa, gdyby nie to, że w upały zamienia się ona w szereg stojących kałuż, ponieważ w górze zatrzymana została i urządzono na niej sztuczne rybołówstwo. Co się tyczy urządzeń kąpielowych na miejscu, to mamy jedyną łaźnię z kilku ohydnych wannami przy miejscowym szpitalu miejskim, lecz urządzenie tego przybytku jest niżej wszelkiej krytyki. Z pewnością przeto sądzić można, że większość mieszkańców nie kąpie się nigdy.

Aż do czasów ostatnich nie mieliśmy także wcale wody do picia; to, co nosiło to miano, była to ciecz gęsta, zupełnie nie zdadna do użytku wewnętrznego, nawet po przegotowaniu, do zewnętrznego także tylko z konieczności, gdyż była niesłychanie twarda. Dopiero przed 3-ma laty wywiercono kosztem 7,000 rb. 6 studzien artezyjskich, które dostarczają dobrej wody, jest ich wszakże stanowczo za mało i niewłaściwie są rozmieszczone. Brak ten ma być w krótkim czasie usunięty, gdyż projektuje się w roku bieżącym budowa nowych 6 studzien.

Trzecim wrodem higienicznym naszego miasta są podwórza domów, zamieszkałych przez ubogą ludność żydowską. Dwie główne ulice są tak gęsto zabudowane, że niektóre domy wcale nie mają podwórza, a żaden ustępu, gdyż nawet tam, gdzie są, są nieużywane. Jak więc wyglądają podwórza (przeważnie nie brukowane), opisać się nie da, trzeba je zobaczyć. Główne ulice miasta idą do siebie równolegle z małą ilością poprzecznych, większość przeto posesyi, dla ułatwienia komunikacji, jest przechodnia. System ten tak dalece rozwinął się w jednej dzielnicy, że wyodrębnił ją całkowicie i nadał

charakter wprost monstualny: ulica zabudowana zdaje się normalnie, wchodzisz do bramy frontowego domu i widzisz waziutki podwórko, po którego obu stronach, frontem do niego ciągną się kamienice, często dwupiętrowe, mamy szeregi takich uliczek, formalnie zatłoczonych domami i nabitych mieszkańcami; wszystkie one przecinają następnie wstętnie cuchnący i zawałony rów, zwany kanałem miejskim, żeby zakończyć się z drugiej strony znowu bramą jakiegoś domu. Wszystkie te uliczki — podwórza pozostawione są własnemu losowi: błoto tam tylko w upały wysycha, nieczystości muszą wsiąknąć, gdyż tam dojechać często niepodobna.

Zdawałoby się, że w tych warunkach żyć niepodobna, tymczasem, na przekór higienistom, ludzie widocznie zaaklimatyzowali się i przywykli do nich, gdyż nie nawiedzają nas ani niezwykłe epidemie, ani nie widać przerażającej śmiertelności. Jak Bombaj ma swą endemiczną cholera i dżumę, tak Siedlce swój tyfus plamisty, który, gdy się gnieździ w najgorszej dzielnicy, to krzywdy wielkiej nie czyni, czasem wyjrzy na szerszy świat i zabierze kilka ofiar.

Dalej, do chorób stale nawiedzających Siedlce zaliczają się: malarja i reumatyzm. W ubiegłym kwartale było stosunkowo dużo przypadków błonicy, która z powodu powszechnego niemal użycia surowicy, gdyż nawet po wsiach ludność chętnie zgadza się na ten kilkurublowy wydatek, zabrała niewiele ofiar. Oprócz tego w dwóch domach, na przedmieściu, było kilka przypadków ospy naturalnej, przywiezionej z Warszawy, gdyż stwierdzone to zostało, że po powrocie jednego z mieszkańców owych domów od znajomych z Warszawy, u których była ospa, we 2 tygodnie było kilka zachorowań między dziećmi, bez wypadku śmierci. Dalej wszakże nie rozszerzyła się ospa, lecz bynajmniej nie dla tego, żeby coś w tym kierunku było zrobione. Wogóle żyjemy tu pod skrzydłami Opatrzności, mało się troszcząc o osobisty udział w pracy około dobra społecznego.

J. S.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 1-go marca 1901 r.

(R) Nadesłano nam 3-cie sprawozdanie Towarzystwa doraźnej pomocy lekarskiej w Warszawie za r. 1900.

Ze sprawozdania tego dowiadujemy się, że w r. u. instytucja ta była wzywana 7837 razy, ilość wyjazdów wyniosła 5632, na stacyi lub posterunkach udzielono pomocy 1879 osobom.

Pośród osób, którym udzielono pomocy (7202), było 64% mężczyzn, 24% kobiet, 11,8% dzieci; co do zajęć: 57% robotników, 16%

osób z zajęciem nieokreślonym, 14,5% t. z. fachów wolnych, wyrobników wreszcie 7,5%. Katolików było 74%, żydów 16%.

Co się tyczy rodzaju wypadków, 65% (4688) było urazów, 31% (2244) zachorowań nagłych, 0,6% (49) poronień, 0,5% (35) wypadków obłąkania.

Samobójstw było wogóle 138; między niemi największą odsetkę dawały otrucia kwasami i zasadami.

Środki wewnętrzne stosowano w 2433 wypadkach, oddech sztuczny w 24, przemywanie żołądka w 86, dokonano 467 drobnych operacji i 3054 opatrunków na miejscu wypadku, a 1529 na stacyi.

Przewieziono 2186 chorych, z tego do domu 296, na stacyę 21, do szpitali 1829, do przytułków 40.

Szybkość przeciętina udzielania pomocy wynosiła 10 m. 51 sek.

Towarzystwo finansowo rozwija się prawidłowo. Do zarządu należą: G. hr. Przeddziecki (prezes), prof. J. Kosiński (wiceprezes), J. Zawadzki (sekretarz), J. Serkowski (skarbnik), W. Stankiewicz, J. Szteyner (radca prawny), W. Szteyner, O. Hewelke, W. Kronenberg, W. Mazurowski, Wasiułyński i Krzyżanowski.

Na wzór Warszawy urządzono już podobną instytucję w Łodzi, a mają powstać podobne Towarzystwa w Wilnie i Kijowie.

Personel lekarski składa się: z zarządzającego stacyą z pensyą rb. 900 rocznie, 8 starszych lekarzy (po 700 rb.) i 8 młodszych (po 600 rb.); lekarze dyżurują po 3 od 9 r. do 1 w nocy i po 2-ch od 1 w nocy do 9 rano, przeciętnie wypada na każdego lekarza 1-na noc w tygodniu i 3 razy tygodniowo po 4 godziny dyżuru.

(z) Od kol. Wł. Kosseckiego otrzymujemy list w kwestyi stosunku lekarza ordynującego do lekarza pacjenta, z powodu umieszczonego w tej kwestyi artykułu w *Kronice*. (Z. V). Kol. K. zgadza się z nami w poglądach na tę sprawę, zaznaczając, że w wypadkach pojedynczych rozstrzygać musi takt obustronny, który jest najlepszym regulatorem stosunków wzajemnych.

Kol. Kossecki wspomina również, że w oddziale podolskim Towarzystwa wzajemnej pomocy lekarzy podniesiono kwestyę wyjednania bezpłatnego przyjmowania i odpowiedniego utrzymania lekarzy chorych w szpitalach. Wywołało potrzebę tego wystąpienia kilka wypadków, w których lekarze nie mieli czem opłacić szpitala.

W końcu listu kol. K. słusznie protestuje przeciw wytaczaniu spraw między lekarzami przed forum publiczne, cośmy zaznaczyli już w zeszłym zeszytce *Kroniki* i uważa u nas za jedyne pod tym względem forum redakcyje czasopism lekarskich.

(z) W „*Jeżeniedielniku* prakt. med.“ z powodu związanego niedawno związku lekarzy wiedeńskich, o czem donosił nam niejednokrotnie nasz korespondent wiedeński, feljetonista wypowiada kilka uwag, zasługujących na zaznaczenie. Autor, rozpatrując przewrót, jaki nastąpił w XIX wieku co do stosunku pracy do kapitału, zaznacza olbrzymi postęp w rozwoju wszelkich stowarzyszeń, mających na celu zabezpieczenie pracujących od wyzysku, porównywa inne dziedziny pracy ludzkiej z pracą lekarską i dochodzi do wniosku, iż nie tylko

nie nie uczyniono dla zabezpieczenia stosunków prawidłowych w tej dziedzinie, ale przeciwnie, stosunki pogarszają się coraz bardziej, istnieje bowiem wiele praw krepujących lekarza, ale niema praw zabezpieczających go od wyczerpania. Rozwiązania kwestyi dziennik wspomniany oczekuje od związków lekarskich, reprezentujących pracę lekarską i zszeregowujących wszystkich lekarzy dla dobra ogółu i stanu lekarskiego.

—(z.)— Z wydanej przez p. Haryett Fontanyes książki o kobietach lekarzach wypisujemy dane następujące: w r. 1857 było w Ameryce kobiet lekarzy 6, w 1889—3,000, w 1896—4,555, w Anglii kobiet lekarzy jest bardzo niewiele, we Francyi 168.

—(z.)— W stanie New-York zaprojektowano, aby tekst i wszelkie ogłoszenia w pismach były drukowane większemi czcionkami ze względu na wpływ ujemny drobnego druku na oczy.

Odpowiedzi Redakcyi.

Koledze T. w L. Załączona korespondencya, umieszczona w *Gazecie Polskiej*, nie zawiera w sobie nic takiego, coby kompromitowało autora, owszem tego rodzaju korespondencye z prowincyi są pożądane. Smieszna jest rzeczą żądać od korespondenta, aby pytał się kogoś o pozwolenie. Odmowa przybycia na naradę z lekarzem sprzeciwia się przysiędze lekarskiej i niczem usprawiedliwić się nie daje. Przybycie na naradę nie jest wcale grzecznością, ale obowiązkiem lekarza wobec lekarza i wobec chorego.

Odpowiedzi Administracyi.

Dr. Klonowskiemu w Bogeranach. Dziesięć rubli do biura kolonii letnich przesłałiśmy.

Sprostowanie. Na str. 290 wiersz 32 zamiast *r. b.* powinno być: *roku zeszłego*. Na str. 291 wiersz 17 zamiast: *oczkami* powinno być: *ustami*.

Do dzisiejszego numeru dla wszystkich prenumeratorów dołącza się prospekt „*Gazety Polskiej*“.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. O wymiotach kałowych w histeryi—Dr. Ludwik E. Bregman—str. 323.
II. Leczenie przewlekłych owrzodzeń голени sposobem Unny—Dr. Podciechowski—str. 330.

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

112. K. G. Lennander—O drażliwości jamy brzusznej oraz o miejscowem i ogólnem znieczuleniu w przypadkach operacji brzusznych i przepuklin — str. 333. 113. Van Iterson—Tracheotomia w przypadkach błonicy—str. 337. 114. Aleks. Wiener—Przyczynę do złamań rzepki—str. 339. 115. H. Wolff — O doszczętej operacji raka odbytnicy—str. 340. 116. C. Hofman — Jak osiągnąć najłatwiej głęboki, spokojny i równy oddech na początku narkozy?—str. 340. 117. A. Depage—Przypadek śmierci pod chloroformem—str. 342.

II. Choroby nosa i uszu.

118. A. Bayce—Wpływ ciąży i porodu na powstawanie chorób uszu—str. 342. 119. Godeau — Zapalenia ucha średniego i powikłania ich ze strony wyrostka sutkowego w grypie—str. 345. 120. L. Rhéti — Doświadczenia nad prądem powietrza w stanie normalnym z patologicznym nosa—str. 346.

III. Choroby weneryczne.

121. Metzener—Brak obrzmienia gruczołów chłonnych po wycięciu przymiotowego stwardnienia pierwotnego—str. 348. 122. Fournier — Rozwój okresu trzeciorzednego—str. 349. 123. Tarnowski—Nietypowe postaci przymiotu — str. 350. 124. K. J. Noiszewski—Czuć włosów skóry—str. 353.

IV. Choroby oczu.

125. Panas—O zasadach operowania w oftalmologii—str. 356.

V. Choroby kobiet i akuszerya.

126. W. Stoeckel — Dwa przypadki krwisteku ściany brzusznej w czasie ciąży — str. 359. 127. P. Steltner — Powikłanie raka wypadnięciem macicy—str. 360. 128. Sołowij—Leczenie pęknięcia macicy w czasie porodu—str. 361.

VI. Ruch w towarzystwach lekarskich w Wiedniu—str. 362.

VII. Wiadomości terapeutyczne (153—163) str. 368.

VIII. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“ List z Siedlec — str. 370.

Kronika bieżąca — str. 371.

Odpowiedzi Redakcyi — str. 373.

Od administracyi — str. 373.

Sprostowanie. — str. 373.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 2 Апрелья 1901 года.