

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. HERNIA SCROTALIS

cum

Elephantiasi scroti.

Opisał dr. *Alfred Michelis*

Lekarz szpitala w Chełmie.

(Rzecz odczytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego).

Przypadki herniae scrotalis, dochodzącej do dużych rozmiarów, nie są rzadkością; w literaturze chirurgicznej spotyka się o tem jeżeli nie opisy, to chociaż wzmianki; przypadki zaś herniae scrotalis cum elephantiasi scroti uważać należy za nader rzadkie i w dostępnej mi literaturze, w dziełach: *Königa* ¹⁾, *S. Duplay*, *P. Reclus* ²⁾ oraz w najnowszym dziele chirurgicznym *v. Bergmann'a*, *v. Brunsa*, *Mikulicza* ³⁾, nie znalazłem nietylko opisu podobnego przypadku, ale nawet wzmianki (nie chcę przez to powiedzieć, że literatura chirurgiczna nie zna takich przypadków, owszem mogą być, tylko w źródłach poszukiwanych przezemnie nic nie znalazłem).

Ponieważ w szpitalu chełmskim obserwowałem przypadek herniae scrotalis cum elephantiasi scroti, śpieszę obserwacją swą podzielić się z Szanownymi Kolegami, uważając spostrzeżenie to za godne ogłoszenia.

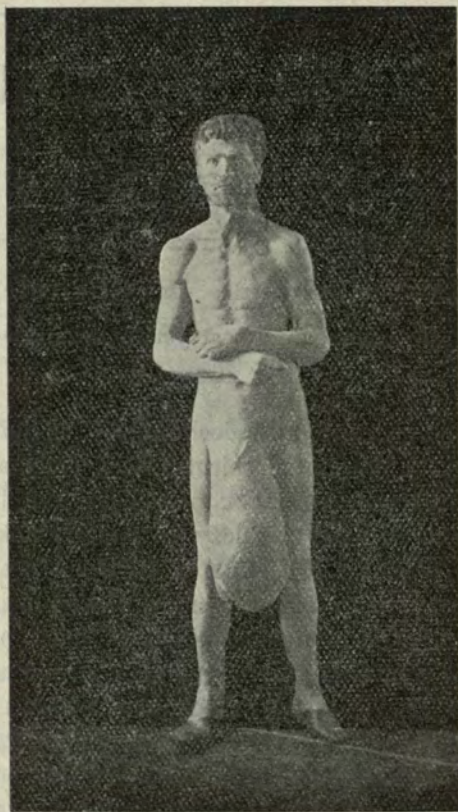
Fr. Kl., lat 40 mający, gospodarz wiejski ze Strachosławia, gminy Krzywiczki, powiatu Chełmskiego, opowiada, że przed kilkunastu laty, podnosząc worek ze zbożem, poczuł ból w prawej pachwinie i opuchnięcie wielkości jaja kurzego; opuchnięcie to

¹⁾ Lehrbuch der Speciellen Chirurgie.

²⁾ Traité de Chirurgie.

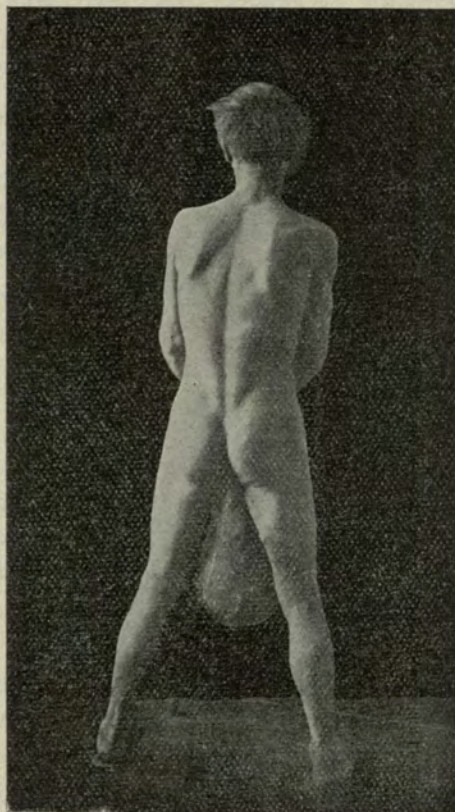
³⁾ Handbuch der Praktischen Chirurgie.

znikało podczas leżenia, a występowało w czasie pracy lub chodzenia; z każdym niemal dniem „guz“ powiększał się, był przeszkoda, tamującą ruchy, a gdy doszedł do rozmiarów, uwidoczonych na zdjęciu fotograficznem, które przedstawiam, pacjent ów zgłosił się do szpitala chełmskiego w Czerwcu 1900 roku, na poradę.



Przy badaniu zauważyłem: wielki guz, rozpoczynający się w obu pachwinach (prawą wypełnia kompletnie, lewą mniej), 66 ctm. w obwodzie tutaj mający, sięgający do połowy łydek; u dołu guz miał 84 ctm. obwodu; długość guza, licząc od mons veneris do końca, wynosi 54 ctm.; skóra na guzie w górnej części miękka, w dolnej twarda, przerosła, przypomina w zupełności skórę słonia, na tylnej powierzchni guza zmiany w skórze więcej uwydatnione, niż na przedniej; na końcu, więcej naprawo, znajduje się na skórze owrzodzenie, z którego w małej ilości sączy się ropa; na dotyk miejscami guz jest miękki, miejscami twardy, przy ucisku słychać przelewanie, chełbotanie; przy

opukiwaniu guza w górnej części odgłos bębnowy, w dolnej zaś—stłumienie odgłosu; pośrodku guza, więcej ku lewej jego stronie, widać fałdę w skórze: praeputium; od tej fałdy nadół w kierunku skośnym na przestrzeni 5—6 ctm. idzie jak gdyby rynienka, wgłębienie wskórze, pokryte pryszczycą—droga, którą moez odchodzi; idąc od praeputium w kierunku nieco skośnym ku górze, można wyczuć penis; odległość od lewego w. Pouparta do praeputium wynosi 22 ctm., w połowie tej odległości znajduje się glans penis, a przy pociągnięciu skó-



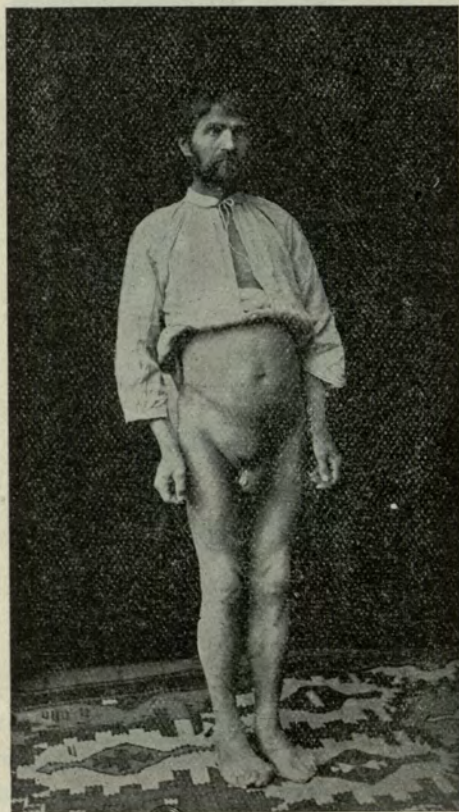
ry w górę (co się udaje w pozycji leżącej pacjenta) można było obnażyć, uwidocznili glans penis; w połowie przestrzeni od mons Veneris do praeputium z lewej strony na zewnętrznym brzegu guza widać wypuklenie—testiculum sinistrum, wielkości i skupienia prawidłowego; w prawej połowie guza; pośrodku tej połowy, na wysokości lewego jądra, wyczuwa się testiculum dextrum, zmniejszone; miękkie, pośrodku podstawy guza widać rozdęte naczynia krwionośne; brzuch zapadnięty;

oddawanie stolca utrudnione: stolec co 3—5 dni; oddawanie moczu o tyle nieprawidłowe, że mocz nie odchodzi strumieniem, a sączy się po skórze guza, zresztą w ilości normalnej.

Chodzić pacjentowi trudno, gdyż guz ciężki każe mu się naprzód nachylać, a będąc pomiędzy nogami, zmusza przy chodzeniu do szerokiego ich rozstawiania.

Rozpoznanie moje brzmiało: hernia scrotalis cum elephantiasis scroti.

W dniu 1 Lipca 1900 r. przy łaskawej pomocy kolegów: Do-



bruckiego, Łuczковского, Gerenrejcha i stud. med. Szapiro przystąpiłem do operacji. Po przepłukaniu żołądka 2% roztworem dwuwęglanu sody, pacjenta poddano narkozie chloroformowej. Tuż pod praeputium zrobiłem cięcie poprzeczne, z otworu wy-ciekło zaraz po zrobieniu cięcia około 3 litrów lepkiego, przezroczystego płynu, przez co cały guz zapadł się; wprowadziwszy przez

otwór rękę do wnętrza guza, przekonałem się, że guz jest wypełniony pętłami kiszek prawie całego intestinum jejunum et ileum—eventratio; owinąwszy miejsce cięcia w gazę sterylizowaną, poszedłem ku górze, dokonawszy zabiegu jak przy herniotomii; pierścień był na trzy palce poprzeczne szeroki, dla tego kiszki en masse opadały do worka przepuklinowego. Po wprowadzeniu kiszek do jamy brzusznej, wykonałem kastrację, gdyż prawe jądro było zupełnie zwyrodniałe, a po podwiązaniu i wprowadzeniu obciętego funiculus spermaticus do jamy brzusznej, nałożyłem szew kanałowy. Powróciwszy do pierwotnego cięcia po naciągnięciu skóry przez asystenta, odciąłem cały guz, brzegi skóry zeszyłem i nałożyłem opatrunek aseptyczny.

Podczas operowania miałem duże krwawienie, zwłaszcza z bardzo rozszerzonych żył. Odcięty guz ważył 24 $\frac{1}{2}$ f. Przy rozpatrywaniu ścian guza przekonałem się, że grubość tunicae propriae wynosi 1 $\frac{1}{2}$ ctm., warstwy jednak były tak z sobą zrośnięte, że je trudno było rozpoznać.

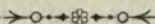
Przez pierwsze sześć dni po operacji temperatura wieczorem dochodziła do 38,5, zrana była normalną; rana goiła się z bardzo nieznacznym ropieniem ze szwów. Oddawanie moczu i kału przez cały czas prawidłowe. W sześć tygodni po operacji rana zagoiła się zupełnie, poleciłem odfotografować pacyenta, zdjęcie fotograficzne patrz na stronie poprzedniej. Wskutek braku prawego jądra skóra znacznie skurczyła się, dla tego scrotum jest nieco nieforemne, a praeputium nieznajduje się pośrodku, lecz na brzegu scrotum. W okolicy canalis inguinalis dextri powstało zgrubienie w tkankach, które wyczuwa się w postaci twardego wałka.

Elephantiasis, choroba skóry stref podzwrotnikowych, według poszukiwań Lewis'a, Fayrer'a, a przede wszystkim Patrick Manson'a (lekarza marynarki angielskiej w Amoy), którego słowa cytuję ¹⁾, powstaje wskutek dostania się do krwi i rozmnażania w niej filaria sanguinis hominis.

Przyczyna słoniowatości w opisanym przezemnie przypadku była inna: impuls do powstania elephantiasis dała przepuklina moszno-

¹⁾ „L'éléphantiasis est provoquée par la pénétration et la multiplication dans les vaisseaux rouges et blancs de la „filiaire de Wu-cher“ (Traité de Chirurgiae. Duplay-Reclus tom VIII, str. 72).

wa: w miarę powiększania się przepukliny skóra na scrotum rozciągała się, a nadto podlegała ciągłemu podrażnieniu i tarcii zarówno przez ubranie jak i przez ciało pacyenta oraz przez mocz, wszystko to wywoływało różęjchroniczną, co, jak wiadomo, sprzyja również przerostowi (elephantiasis) skóry.



Z polikliniki D-ra med. E. Flatau'a w Warszawie.

II. O PORAŻENIACH I ZANIKACH MIĘŚNIOWYCH w władze rdzenia.

(Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. d. 2 kwietnia 1901 r.)

podał

Maurycy Bornstein

asystent polikliniki.

Dokończenie.

CZEŚĆ ANATOMO - PATOLOGICZNA.

Podłoża anatomicznego dla omawianych porażeń szukać należy, jak wiadomo, w II-gim (obwodowym) neuronie ruchowym, t. j. w komórkach przednich rogów rdzenia lub analogicznych pod względem funkcji jądrach w opuszce, dalej w nerwach obwodowych, wreszcie w samych mięśniach.

Otóż, przeglądając przypadki sekeyjne, przekonywamy się, że we wszystkich tych trzech częściach II-go neuronu znajdowano zmiany anatomiczne to w jednej, to w drugiej, to tu i tam jednocześnie.

W roku 1870-ym Charcot i Pierret (2) opisali przypadek wiądu, w którym w przeciągu 2-u lat rozwinęły się porażenia i zaniki mięśniowe w obu kończynach prawej połowy ciała; na sekeyi stwierdzono prócz zwyrodnienia tylnych pęczków rdzenia zanik całej prawej połowy rdzenia (szarej i białej istoty). Komórki przednich rogów znajdowały się w okresie początkowego zaniku, w ich zarodki nagromadzony był barwnik. Korzenie przednie i nerwy były zdrowe. W mięśniach znaleziono bardzo wybitne zmiany, polegające w części na zwyrodnieniu mięszkowo-tłuszczowem włókien i ich zmniejszonej liczbie w oddzielnych pęczkach, w części zaś tylko na zmniejszeniu

średnicy wielu pierwotnych włókien mięśniowych; pozatem znaleziono ogromne powiększenie ilości jąder w otoczce włókien mięśniowych. W 1877-ym roku Leyden (3) również znalazł na sekcji w 2-u przypadkach wiądu z zanikami mięśniowymi zmiany w komórkach przednich rogów, a mianowicie ich sklerozę, zwyrodnienie barwnikowe i zmarszczenie (*Schrumpfung*).

Jeoffroy-Coudoléon¹⁾ opisują przypadek wiądu z zanikami mięśniowymi w dolnych kończynach i lewej górnej; badanie anatomo-patologiczne wykazało prócz zapalenia nerwów mięśniowych górnej kończyny znaczne zmniejszenie ilości komórek w przednich rogach części szyjowej rdzenia z lewej strony i to samo, tylko w mniejszym stopniu, w okolicy lędźwiowej.

Schaffer (36) podaje przypadek wiądu z porażeniem mięśni unerwionych przez nerw strzałkowy (n. peroneus) z lewej strony i znalazł przy badaniu drobnowidzowem wybitne zmiany w komórkach ruchowych lędźwiowej części rdzenia, zmiany zaś w obwodowych narządach ruchowych czyni zależnemi od tych pierwszych.

W przypadku Brauna (23) również znaleziono zanik komórek przednich rogów w dziedzinie VI i VII-go nerwu szyjowego. Przypadek ten jednak przyjmować trzeba z pewnemi zastrzeżeniami: po 1-e) objawy kliniczne nie są dla wiądu bardzo charakterystyczne (rwańce bóle w całym ciele, szczególnie w prawem przedramieniu, uczucie drętwoty i zanik mięśni w całej prawej górnej kończynie); po 2-e) tyczyło się to człowieka, który miał dużo do czynienia z ołowiem, zmiany więc w nerwach i komórkach przednich rogów mogły zależeć od zatrucia ołowiem.

Raymond-Artaud (7) podają przypadek wiądu z nieznacznym zanikiem drobnych mięśni dłoni i połowicznym (prawym) zanikiem języka. Badanie histologiczne wykryło zanik komórek przednich rogów rdzenia i prawego jądra n. hypoglossi w mózgu przedłużonym. Jądro tego nerwu z lewej strony jest widoczne w postaci 30-u (w przybliżeniu) komórek, dobrze zabarwionych i dobrze zachowanych; prawe jądro natomiast składa się nie więcej, niż z 3-4-ch komórek bardzo małych, ze zwyrodnieniem barwnikowem. Podobne przypadki opisali Koch-Marie¹⁾, Westphal (21). Oppenheim (17) w swych przypadkach wiądu z objawami opuszkowymi znajdował również zmiany anatomiczne w samej opuszcze, lecz nie w jądrach nerwów IX, X i XI-ej pary, które były normalne, a w t. zw. pęcz-

¹⁾ Cyt u Dejerine'a (l. c.).

ku oddechowym (*Respirationsbündel, fasciculus solitarius*), mianowicie zanik na całej jego przestrzeni; prócz tego znajdowały się po większej części w stanie zaniku korzenie wewnątrz-i pozaopusztkowe wyżej wymienionych nerwów. W tej samej pracy cytuje Oppenheim kilka takich przypadków wiądu z porażeniem mięśni krtaniowych, gdzie badanie drobnowidzowe wykryło zmiany anatomiczne w jądrze nerwu błędnego (Kahler, Demange, Landouzy-Dejerine).

Wreszcie Eisenlohr (6) opisał przypadek istotnego wiądu rdzenia z całym szeregiem objawów opusztkowych, które rozwijać się zaczęły jednocześnie z innymi objawami wiądowymi: znaczny obustronny zanik języka z drganiami włókienkowymi; utrudnienie w poruszaniu wargami, w ruchach podniebienia; częste napady duszności pochodzenia krtaniowego (badanie krtani wykryło porażenie mm. cricoarytaenoideorum posticorum). Na seceyi prócz zwykłych zmian w rdzeniu, charakterystycznych dla wiądu, zanik licznych komórek zwojowych w jądrach nerwów opusztkowych (*hypoglossus, vago-accessorius, abducens*); pozatem zwyrodnienie zanikowe w pniach samych owych nerwów.

W ogromnej większości znanych z literatury przypadków wiądu z porażeniami i zanikami mięśni nie znajdowano jednak żadnych zmian anatomicznych w ośrodkach, a tylko w nerwach obwodowych i mięśniach. Jeszcze w 1844 r. Steinthal¹⁾ znalazł wyraźny zanik włókien nerwów okoruchowych w jednym przypadku wiądu rdzenia; w 1861 r. notuje takie same spostrzeżenie Bourdon¹⁾. W 1863 roku Leyden²⁾ w swej rozprawie „*Graue Degeneration des Rückenmarks*“ opisuje zmiany anatomiczne w n. *ischadicus* (klinicznie: zanik mięśni kończyn dolnych); w tym samym roku Friedreich¹⁾ znajduje zanik włókien w nerwie podjęzykowym (n. *hypoglossus*), gołeniowym (n. *cruralis*) i ramieniowym (n. *brachialis*).

Pierwszy Pierret¹⁾ (1880) ustalił tę prawdę, że nerwy czaszkowe i rdzeniowe mogą w wiądzie rdzenia ulegać zmianom anatomicznym niezależnie od zmian w ośrodkach. Od tego czasu mnożą się opisy tego rodzaju, szczególnie w stosunku do nerwów czuciowych skóry [Dejerine (5), Sakaky (8), Oppenheim i Siemerling (20)].

Dwaj ostatni uczeni znajdowali również zmiany w nerwach

¹⁾ Cyt. u Pitres-Vaillard'a (13).

²⁾ Cyt. u Goldscheidera (28).

ruchowych i mieszanych. Jednocześnie prawie ukazują się prace Pitres-Vaillard'a (13), Nonnego (24), Dejerine'a (26), Goldscheider'a (28), Dejerine-Petréena (33) i innych, i wszyscy ci autorzy znajdują przy badaniu drobnowidzowym zmiany anatomiczne w nerwach obwodowych ruchowych, które za życia uległy porażeniom. Najcharakterystyczniejsze dane w tym względzie podaje w swej pracy Dejerine (26), który we wszystkich swych 9-u przypadkach sekeyjnych znajdował zapalenie nerwów obwodowych, przytem zaznacza, że traciło ono na intensywności w miarę posuwania się od rozgałęzień nerwów w mięśniach w górę wzdłuż pnia nerwowego, znikając nawet zupełnie na pewnej wysokości. Jednak w 4-ch przypadkach (na 9) znalazły się nieznaczne zmiany nawet w przednich korzeniach: przypadki przebiegały nadzwyczaj przewlekłe (10, 20, 30 lat). Zmiany anatomiczne w korzeniach przednich spostrzegali również Nonne (24), Oppenheim (17), Dejerine-Petréen (33) i inni.

W najbardziej obwodowym ogniwie aparatu ruchowego, w mięśniach, znajdowano, rozumie się, zmiany anatomiczne wszędzie tam, gdzie za życia spostrzegano zaniki. Oppenheim (17) opisuje nawet przypadek wiądu z typowym obustronnym porażeniem mięśnia rozszerzającego szparę głosową (mm. cricoarythenoidei postici), gdzie na sekcji znalazł wyłącznie zmiany w tym właśnie mięśniu, a poza-tem żadnych ani w ośrodkowym, ani w obwodowym systemie nerwowym.

Teraz musimy pokrótce omówić charakter zmian, stwierdzanych w mięśniach i w każdej części neuronu ruchowego.

1) Mięśnie. Sprawa polega po większej części na t. zw. zaniku pierwotnym (atrophia simplex) włókien mięśniowych; czasami znajdowano zwyrodnienie miąższowo-tłuszczowe istoty kurezliwej [(Charcot Pierret (2) (4) i inni)], a Obersteiner (31) w przypadku wiądu z zanikiem języka opisał odrębny rodzaj zwyrodnienia tłuszczowego, któremu uległa sarkoplazma, znajdująca się pomiędzy pierwotnymi włókienkami mięśniowymi. W bardzo przewlekłych przypadkach spotykał Dejerine (26) pigmentację protoplazmy komórek mięśniowych dosyć obfitą w postaci brunatnych ziarenek, rozsianych wewnątrz otoczki mięśniowej (sarkolemy) i samego włókna pierwotnego.

2) Nerwy. Sprawa anatomiczna ma wszystkie cechy zapalenia nerwów miąższowego (neuritis parenchymatosa): włókna nerwowe są w części w stanie zwyrodnienia, w części zupełnie zanikłe. Można również skonstatować czasami mniej lub więcej znaczne zgrubienie

tkanki łącznej wewnątrz nerwu (Pitres-Vaillard). Podkreślić pozatem należy, że najsilniejszym bywa zwykle zapalenie w rozgałęzieniach mięśniowych, a słabnie, postępując ku górze tak, że przednie korzenie względnie rzadko bywają zaatakowane.

Rdzeń i pień mózgowy.

W komórkach przednich rogów rdzenia i jądrach nerwów opuszkowych znajdowano zwyrodnienie barwnikowe i drobnoziarenkowe istoty chromatycznej, dalej sklerozę komórek, ich zmarszczenie i części znik zupełny [Charcot-Pierret (2) i (4), Leyden (3), Raymond-Artaud (7), Koch-Marie¹⁾, Jeoffroy-Condoléon¹⁾, Oppenheim (17), Schaffer (36), Eisenlohr (6)].

Patogeneza i stosunek do wiałdu rdzenia.

Dla wyjaśnienia patogenyzy interesującego nas objawu istnieją dwie teorye: ośrodkowa i obwodowa. Zwolennicy pierwszej [Charcot-Pierret (2), Leyden (3), Jeoffroy-Condoléon¹⁾, Schaffer (36), Hoffmann (25), Eisenlohr (6), Raymond-Artaud (7) i inni], sądzą że porażenia i zaniki mięśniowe w wiałdzie rdzenia zależą od pierwotnego zajęcia ośrodków ruchowych w rdzeniu i pniu mózgowym. Inni, których jest dzisiaj większość [Nonne (24), Remak (19), Bernhardt (16), Goldscheider (28), Dejerine (26) i inni], upatrują przyczynę owych porażen w stwierdżanem przez nich wielokrotnie zapaleniu nerwów. Jedni i drudzy nie uważają porażen i zaników mięśniowych za coś przygodnego, a włączają je do symptomatologii wiałdu. O ile pierwsi starają się przynajmniej na podstawie współczesnych pojęć o istocie wiałdu rdzenia objaśnić, w jaki sposób powstaje owo zajęcie ośrodków ruchowych, zwolennicy teoryi obwodowej zadawalają się jedynie stwierdżeniem samego faktu zapalenia nerwów, a w najlepszym razie powołują się na jego analogię ze zmianami anatomicznymi w nerwach czuciowych przy wiałdzie, znalezionymi przez Oppenheima-Siemerlinga (20), Pitres-Vaillarda (13) i innych.

Jeżeli przyjrzymy się bliżej niektórym przypadkom pierwszej kategorii, to zobaczymy, że nie są one przekonującymi.

Przedewszystkiem w przypadku Charcot-Pierret'a porażenie i zanik mięśniowy mało posiadają cech wspólnych z tymi objawami w wiałdzie: rozwinęły się one względnie szybko (w niespełna 2 lata), a co najważniejsza, znajdowały się tylko po jednej stronie ciała (po prawej). Obie te cechy przypominają raczej obraz podostrego

¹⁾ L. c.

zapalenia przednich rogów Kussmaul'a (*poliomyelitis anterior subacuta*). I podany przez autorów związek tych objawów z samą chorobą rdzenia ze stanowiska dzisiejszego o niej pojęcia nie wytrzymuje krytyki. Sądzieli oni, że proces patologiczny przechodzi na przednie rogi przez pęczek włókien nerwowych, opisany przez Kölliker'a, a składający się z włókien wewnętrznego pęczka korzeni tylnych, który, wchodząc najpierw w skład pęczków tylnych, później zakreśla w płaszczyźnie poziomej mniej lub więcej wyraźny łuk i przebiega ku przodowi i nazewnątrz, dosiegając w ten sposób komórek przednich rogów.

Objaśnienie to byłoby jednak trafnem tylko w tym wypadku, gdybyśmy na istotę wiądu rdzenia patrzyli dziś jeszcze oczami Charcot'a, który nie widział w nim nic innego, jak jedną z postaci zapalenia rdzenia (myelitis). Dziś wiemy, głównie dzięki Flechsig'owi (27) i Leyden'owi (30), że wiąd rdzenia jest chorobą systemową (mianowicie neuronów czuciowych), jest więc rzeczą niemożliwą bezpośrednio przejście procesu patologicznego z tylnych pęczków na przednie rogi [Déjérine (26)]. Z tych względów właśnie porażenia i zaniki mięśniowe w przypadku wiądu Charcot-Pierreta rozpatrywać należy, jako przygodną komplikację wiądu prawdopodobnie przez poliomyelitis anterior subacuta unilateralis.

Przypadek Jeoffroy-Condoléona, cytowany przez Déjérine'a (26), słusznie zupełnie uważany jest przez niego za niemiarodajny i niepodatny do budowania na nim teorii órodkowej porażen wiądowych, a to z tego względu, że w rdzeniu znaleziono tylko nieznaczne zmniejszenie ilości komórek w lewym przednim rogu w porównaniu z prawym, kiedy natomiast w mięśniowych rozgałęzieniach nerwów lewej ręki stwierdzono zapalenie (*neuritis muscularis*), a lewa ręka właśnie znajdowała się w stanie zaniku i była zniekształconą. W przypadku Leydena (3) objawy odnośne zupełnie prawie odpowiadały obrazowi, jaki wytworzyliśmy sobie o porażeniach i zanikach mięśniowych w wiądzie, ale jednocześnie były identyczne z objawami, spotykanymi w postępującym zaniku mięśni pochodzenia rdzeniowego (*atrophia musculorum spinalis progressiva*), przypuścić więc zrazu możemy, że i tu mieliśmy do czynienia z przygodną komplikacją wiądu wobec wyżej wzmiankowanej trudności, jaka nastęrcza się przy zamiarze powiązania przyczynowego tych procesów w systemach czuciowym i ruchowym. Schafffer (36) podał nawet hipotezę, która, według niego, objaśnia stosunek porażen do samego wiądu. Wspomniał wyżej pęczek Kölliker'a, według nowszych badań, składa się z bocznych gałązek, odchodzących od tylnych pęczków (*t. z. Reflex*

collateralen). Otóż Schaffer sądzi, że sprawa w komórkach ruchowych zaczyna się od zmian bardzo subtelnych, czynnościowych raczej, niż anatomicznych, mających swe źródło w zwyrodnieniu owych bocznych rozgałęzień, które oplatają swemi końcowymi gałązkami komórki przednich rogów. Ulegając zwyrodnieniu, owe kollaterale pozabawiają komórki przednich rogów pewnej ilości impulsów czuciowych i w ten sposób wpływają ujemnie na sprawność funkcyi w neuronie ruchowym.

Ta bardzo zachęcająca hipoteza nie jest jednak wystarczającą. Przedewszystkiem musielibyśmy wziąć na pomoc hipotezę Erb'a¹⁾, który twierdzi, że najsłabsze bodaj czynnościowe zmiany w ośrodkach odżywczych mogą warunkować pokaźne zmiany w obwodowych narządach ruchowych; ponieważ jednak to zdanie Erb'a jest również tylko hipotezą, więc, dopóki nią być nie przestanie, pierwsza Schaffer'owska, nie może według nas służyć jako jedyny klucz do wyjaśnienia tak długotrwałych czasami i rozległych porażień i zaników mięśniowych, jakie napotykamy w wiaździe rdzenia.

Zwolennicy teoryi obwodowej (z Dejerine'm na czele) twierdzą, że interesujące nas objawy w wiaździe występują na skutek zapalenia nerwów ruchowych (*neuritis parenchymatosa*), które powstaje samoistnie, niezależnie od jakiegokolwiek zmian ośrodkowych. Ale i tutaj, jak przyznaje sam Dejerine (26), kwestya genezy owego zapalenia nerwów obwodowych pozostaje zupełnie otwartą. Dopóki jednak trwa taki stan rzeczy, dopóki nie będziemy w stanie wyjaśnić, w jakim stosunku pozostają porażenia do samej choroby rdzenia, objaw ten istnieje dla nas tylko, jako niezrozumiała, dość często się powtarzająca komplikacya bez względu na to, czy podłoża jej anatomicznego szukać będziemy w ośrodkach, czy też na obwodzie.

Przedewszystkiem co do tej ostatniej kwestyi musimy zaznaczyć, że przeciwieństwo dwu teoryi: obwodowej i ośrodkowej upada właściwie samo przez się, jeżeli wziąć pod uwagę jednolitość neuronu ruchowego jako całości, której oddzielne części stanowią: komórka przednich rogów lub jądro w opuszce z jednej strony i nerw obwodowy z drugiej, niema więc różnicy zasadniczej pomiędzy porażeniem ośrodkowym i obwodowym. Pogląd ten wypowiedział przed kilkunastu laty Strümpell (11); zdaje mi się, że w tym wypadku daje się on zastosować, jak nie można lepiej, i objaśnia rozbieżność poglądów na umiejscowienie anatomo-patologiczne w mowie będących porażień.

¹⁾ Cyt. u Strümpell'a (11).

Szukać będziemy wobec tego odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób w wiądzie rdzenia powstają porażenia w obwodowym (II-im) neuronie ruchowym.

Etyologia i patogeneza samego wiądu jest jeszcze do dzisiaj kwestyą niezupełnie wyjaśnioną. Większość uczonych zgadza się jednak na takie jej sformułowanie. Różne szkodliwości, z których na pierwszym miejscu postawić trzeba przymiot, a dalej przeziębienie, przepracowanie umysłowe lub fizyczne, w ten sposób wpływają na ustrój, że wytwarzają się we krwi jakieś, bliżej dotąd nie dające się określić, substancje toksyczne, które działają trująco na cały system nerwowy, przedewszystkiem jednak wywołują zwyrodnienie w tylnych pęczkach rdzenia. (Nie stosuje się oczywiście do tych zupełnie wyjątkowych przypadków, w których przyczyną jest uraz (Er b).

Otóż, o ile na system nerwowy chorego nie wpływają żadne inne szkodliwości przygodne, jak osłabienie, wyczerpanie, ogólne podrażnienie i t. d., toksyny ograniczają swoje działanie niszczące do neuronu czuciowego, w przeciwnym razie atakują neurony ruchowe w dowolnym miejscu ich przebiegu, wywołując porażenia i zaniki mięśniowe bądź przemijające, bądź trwałe. Są przemijające, jak to widzieliśmy w części klinicznej, przeważnie w pierwszych okresach wiądu, kiedy ustrój, nie wycieńczony chorobą, ma dość siły, ażeby zachować się wobec tej lub innej szkodliwości mniej lub więcej odpornie [przeważna część objawów ocznych w sferze ruchowej, przypadki Strümpell'a (14), Fischer'a (15) i t. d.].

Co do tych porażień przemijających musimy jeszcze zaznaczyć, że mogą one powstawać na skutek specyficznego (przymiotowego) zapalenia nerwów obwodowych [Oppenheim (34)], nawet opisywano je jako pierwsze zwiastuny wiądu w kończynach (4 przypadki porażień kończyn dolnych u Fournier'a), nie mówiąc już o nerwach ruchowych oka, gdzie to się zdarza bardzo często. Nie można jednak przyjmować porażień w pierwszych okresach wiądu za wyłącznie specyficzne, gdyż, jak wiadomo, spotykamy je, przynajmniej co do nerwów ocznych, równie często w tych przypadkach wiądu, gdzie w wywiadach nie można było stwierdzić stanowczo zarażenia przymiotem [Oppenheim, Remak (10)].

Kiedy ustrój jest wycieńczony, czy to z powodu długiego trwania choroby, czy z innych pobocznych względów, porażenia i zaniki tracą tendencję do przemijania, utralają się, a nawet postępują w rozwoju. Wprawdzie Déjérine (26) twierdzi stanowczo, że u żadnego z swoich 19-u chorych nie mógł stwierdzić charłactwa, a mimo to zaniki mięśniowe były bardzo rozległe, nie można jednak

przypuścić, ażeby wiąd rdzenia, trwając przez 8, 10, 20 a nawet 30 lat, jak to miało miejsce w niektórych przypadkach Dojerine'a, nie odbił się nader szkodliwie na całym ustroju.

Zauważyć przytem należy, że porażenia wybierają sobie najczęściej miejsca najmniej odporne (*loci minoris resistentiae*). Niezwyczajną częstość owych porażień w kończynach dolnych, a specjalnie w dziedzinie nerwów strzałkowych, daje się w ten sposób właśnie wytłomaczyć. Bezład czyli ruchy nieskoordynowane przyczyniają się do szybszego wyczerpania mięśni; zaburzenia czucia, głównie w stopach, prowadzą często do upadków, a co za tem idzie, do urazów; charakterystyczne dla tabetyków w późniejszych stadyach nadmierne wyginanie kończyn w stawach kolanowych ku tyłowi, sprzyja osłabieniu nerwów strzałkowych (n. peroneorum) przez ich rozciąganie, i z tych względów tak często napotyamy tu porażenia i zaniki. Że *locus minoris resistentiae* odgrywa pewną rolę w powstawaniu tych objawów, widzimy i w przypadku Remaka (19), który to przypadek dotyczy robotnika w fabryce cygar; zaburzenia ruchowe i zaniki mięśniowe ograniczały się jedynie do dziedziny rozgałęzień nerwu pośrodkowego (n. mediani) w mięśniach prawej dłoni, której w przeciągu kilku lat nadużywał przy swej robocie.

Zdaje nam się, że powyższe wywody wystarczą, ażeby się przekonać, że dla wyjaśnienia związku pomiędzy wiądem rdzenia a porażeniami i zanikami mięśniowymi uie trzeba uciekać się do hipotez opartych na połączeniu anatomicznem neuronów czuciowych i ruchowych. Może i one mają jakieś znaczenie, główną jednak rolę w powstawaniu porażień wiądowych przypisujemy czynnikom ogólnym, jak wyczerpanie, osłabienie przygodne, którym zjawiają się zwykle do pomocy czynniki miejscowe, jak nadużywanie danego organu.

Dwa nasze pierwsze przypadki z porażeniami i zanikami mięśniowymi w dziedzinie nerwów strzałkowych u tabetyków w stadyach późniejszych objaśnić się dają właśnie z tego punktu widzenia.

L i t e r a t u r a .

1. R. Virchow. Ein Fall von progressiver Muskelatrophie. Virch. Arch. Bd. 8, 1855.
2. M. A. Pierret. Sur les altérations de la substance grise de la moëlle epinière dans l'ataxie locomotrice, considérées dans leurs rapports avec l'atrophie musculaire, qui complique quelquefois cette affection. Arch. de physiologie norm. et pathol. 1870.

3. E. Leyden. Klinik der Rückenmarkskrankheiten. 2 Theil 1875.
4. J. M. Charcot. Leçons sur les maladies du système nerveux. Tome II, 1877.
5. Dejerine. Séance de la société de biologie 18 oct. 1884.
6. Eisenlohr. Ueber bulbäre Complicationen bei Tabes dorsalis. Deutsch. med. Woch. 1884.
7. Raymond et Artaud. Note sur un cas d'hémiatrophie de la langue, survenue dans le cours d'un tabes dorsal. Arch. de physiol. norm. et patholog. 1884.
8. Sakaky. Ueber einen Fall von Tabes dorsalis mit Degeneration der peripherischen Nerven. Ref. w Neurolog. Centralblatt 1884, № 18.
9. Eisenlohr. Ueber progressive atrophische Lähmungen, ihre centrale oder peripherische Natur. Neurolog. Centralblatt 1884 № 7.
10. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten. Sitzung. d. 10 März u. 12 Mai 1884 (Neurolog.-Centralblatt).
11. Strümpell. Ueber Poliomyelitis u. Neuritis. Neurolog. Centralbl. 1884 № 11.
12. Eulenburg. Ein Fall von Tabes dorsalis, complicirt mit progressiver Muskelatrophie. Berlin. klin. Woch. 1885.
13. Pitreset Vaillard. Contribution à l'étude des névrites périphériques chez les tabétiques. Revue de Medec. 1886.
14. Strümpell. Vorübergehende Lähmung des n. radialis im Anfangsstadium der Tabes. Berlin Klin. Woch. 1886.
15. G. Fischer. Ueber vorübergehende Lähmung mit EAR im Prodromalstadium der Tabes. Berlin. Klin. Woch. 1886.
16. Bernhardt. Ueber die multiple Neuritis der Alcoholisten. Beiträge zur differentiellen Diagnostik dieses Leidens von der Tabes, der Poliomyelitis subacuta u. der s. g. Landry'schen Paralyse. Zeitschrift f. klin. Medizin. 1886.
17. Oppenheim. Beiträge zur Pathologie der multiplen Neuritis u. Alcohollähmung. Zeitschr. f. klin. Medizin 1886.
18. Martius. Ueber Accessoriuslähmung bei Tab. dors. Berlin. klin. Woch. 1887.
19. Remak. Ueber neuritische Muskelatrophie bei Tab. dors. Berlin. klin. Woch. 1887.
20. Oppenheim u. Siemerling. Beiträge zur Pathologie der Tab. dors. u. der peripherischen Nervenerkrankung. Arch. für Psych. u. Nervenkrank. Bd. XVIII.
21. Westphal. Ueber einen Fall von chronischer progressiver Lähmung der Augenmuskeln (Opthalmoplegia externa) nebst Beschreibung der Ganglienzellengruppen im Bereiche des Oculomotoriuskern. Arch. f. Psych. u. Nervenkr.
22. Dejerine. Séance de la Société de Biologie 25 Fevr. 1888.
23. Braun. Ueber einen eigenthümlichen Fall von combinirter systematischer Erkrankung des Rückenmarks u. der peripheren Nerven Deutsch. Archiv. f. klin. Medicin. Bd. 42, 1888.
24. Nonne. Zur Casuistik der Betheligung der peripheren Nerven bei Tab. dorsalis. Anatomische Untersuchung eines Falles von Erkran-

kung motorischer u. gemischter Nerven u. vorderer Wurzeln bei Tab. dors. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 1888.

25. J. Hoffmann. Beitrag zur Aetiologie, Symptomatologie u. Therapie des Tab. dors. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 1888 Bd. XIX.

26. Dejerine. Etude clinique et anatomo-pathologique de l'atrophie musculaire des ataxiques. Revue de Médec. 1889.

27. Flechsig. Ist die tabes eine Systemerkrankung. Neur. Centralbl. 1890.

28. Goldscheider. Ueber atropische Lähmungen bei Tab. dors. Zeitschr. f. klin. Medicin. Bd. 19, 1891.

29. Gowers. Handbuch der Nervenkrankheiten 1892.

30. E. Leyden. Die neuesten Untersuchungen zur pathologischen Anatomie u. Physiologie der Tab. dors. 1894.

31. Obersteiner. Ueber interfibrilläre Fettdegeneration der Muskelfasern an einer hemiatrophischen Zunge bei Tabes. Arbeiten aus dem Institut für Anatomie u. Physiologie des Centralnervensystems an der Wiener Universität, herausgegeben von Prof. dr. H. Obersteiner 1895.

32. W. B. Eaton. Ueber peripherische Lähmungen bei Tab. dors. Inaug. Dissert, 1895.

33. Dejerine et Petréen. Ophtalmoplégie externe totale et paralysie laryngée relevant d'une névrite périphérique à marche rapide chez un malade atteint de tabes en debut. Sem. medic. 1896.

34. Oppenheim. Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns. 1896.

35. H. Rosin. Ein Beitrag zur Lehre von der Tabes dorsalis. Zeitschr. f. klin. Medizin. Bd. 30, 1896.

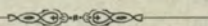
36. Ch. Schaffer. Sur l'origine de l'amyotrophie tabétique. Revue neurolog. 1896.

37. S. Kalischer. Ueber Amyotrophien bei Tabes, Paralyse u. Hinterstrangserkrankungen. Monatschrift für Psych. u. Neurologie Bd. I 1897.

38. H. Oppenheim. Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1898.

39. J. Sędziak. Zaburzenia kraniowe w wiaździe rdzenia. Kronika Lekarska 1899, № 10—11.

40. E. Flatau. Das Gesetz der excentrischen Lagerung der langen Bahnen im Rückenmark. Zeitschr. f. Klin. Medicin. Bd. 33. 1899.



III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

301. Prof. E. Loison (z Val-de-Grâce). O leczeniu chirurgicznym rozlanego ropnego zapalenia otrzewny w następstwie przedziurawienia kiszki czczej w przebiegu duru. (Revue de chirurgie. № 2, Février 1901).

Mechanizm powstawania sprawy zapalnej w otrzewnie na tle duru brzuszego odbywać się może odrębnymi drogami, a mianowicie:

1) zapalenie otrzewny jest następstwem sprawy wrzodziejącej, która toczy coraz głębsze warstwy jelita (péritonite par propagation), przy czem przedziurawienia nie widać wcale, lub też 2) po wytworzeniu się właśnie tego ostatniego (péritonite par perforation). Taki rodzaj powikłania zdarza się, w porównaniu z pierwszym, daleko częściej i najnowsze poszukiwania statystyczne, podjęte dla szpitali angielskich przez Murchison'a, oparte na wynikach oględzin pośmiertnych, są dla słuszności poglądu tego wystarczającym ze wszech miar poparciem (19%). Przedziurawienie takie napotyka się zwykle na przebiegu końcowych 50 ctm. jelita cienkiego, dalej—w kiszce ślepej, wzrostku robaczkowym i w uchyłku Meckel'a. Autora zajmują tylko w tem miejscu sprawy otrzewnowe, wywołane przedziurawieniem kiszki cienkiej, które rozwija się szybko, pozostawione samemu sobie, sprowadza śmierć w 95% przypadków w ciągu dni 3—do 10. Wyzdrowienie w sprostżezeniach operowanych otrzymywano, stosunkowo, dość często (23,3%) i liczba przypadków pomyślnych wzrasta stopniowo. Do takich zaliczyć wypadnie obserwację prof. L., dotyczącą 24-letniego żołnierza, chorego od 10 dni na tyfus.

Po stwierdzeniu przedziurawienia jelita w odległości 40—50 ctm. od zastawki Bauchina przystąpiono do operacji zaszycia oraz oczyszczenia otrzewny.

Przebieg okresu pooperacyjnego, zakłócony w początku dość uporczywą czkawką i wzdęciem brzucha, wogóle był dosyć pomyślny; po upływie dni sześciu zaszła w stanie ogólnym poprawa znaczna, a gorączka przyjęła typ zwalniająca, właściwy okresom duru końcowym. Spojone szwem brzegi rany skórnej rozeszły się jednak zupełnie i ta ostatnia zagoiła się per secundam dopiero po dwóch miesiącach. Chory jednak nabawił się następczo ropnego zapalenia płucny, którego jednak objawy, po dokonanych dwukrotnie odpowiednim zabiegu chirurgicznym, zmniejszyły się wybitnie i dziś (84 dni od laparotomii) stan ogólny operowanego uważać można słusznie jako zadowalniający zupełnie.

Według statystyki Fitz'e'a, Platt'a i Loison'a, obejmującej 285 przypadków, przedziurawienie powstaje najczęściej w ciągu trzeciego tygodnia, licząc od chwili wybuchu duru, rzadziej już w ciągu drugiego lub czwartego nawet. Lecz okoliczność ta ma na wynik ostateczny wpływ nader niewielki, rzeczą zaś wagi pierwszorzędnej jest długość okresu czasu, oddzielającego moment wybuchu cierpienia od operacji, czyli stopień długotrwałości zapalenia otrzewny. Rozejrzawszy się w owych wyosobnionych odpowiednio i wyzdrowieniem zakończonych 16 przypadkach, widzimy, że w 6 z nich operowano po upływie 6—12 godzin od wystąpienia objawów pierwszych; w 4-ch upływie 12—24 godz., w 1-ym po 26 godz., w 1-ym wreszcie w 60 godz. dopiero. Pamiętać też trzeba, że za jakie takie widoki pomyślne ręczyć może ten tylko rękoczyn chirurgiczny, który podjęty zostaje wobec niedłuższego nad dobę cierpienia otrzewny. Nie należy jednak śpieszyć się znów zanadto i operować przed upływem pierwszych godzin sześciu, przeczekać bowiem trzeba okres wstrząsu.

Zarzuty przeciwników, bo są dziś jeszcze i tacy, co do koniecz-

ności operowania w przypadkach, omawianych w tem miejscu, redukują się głównie do trzech, nie wytrzymujących krytyki uwag. Twierdzą tedy niektórzy, że bywa przedewszystkiem: 1) *niezwykle trudne postawienie wczesnego rozpoznania perforacyi*. Tu odpowiedzieć można, że jeżeli rozpoznanie takie jest istotnie trudnem, to nie wynika stąd jeszcze, by było niemożliwem; jest to już, zresztą, rzeczą umiejętności lekarza, który nie powinien przeoczyć objawów takich, jak wystąpienie nagle umiejscowionego w jednym punkcie bólu mocnego, najczęściej w prawym dole biodrowym, upadek tętna, napięcie mięśni brzusznych i t. p. Jeżeli objawy te nie są wybitne bądź na skutek szybko wytwarzających się zrostów i umiejscowienia sprawy zapalnej, bądź też na skutek niezwyklej niemocy chorego, nie ma wówczas, bynajmniej, potrzeby krytykować postępowania wyczekującego, które w niczem nie zaszkodzi choremu. Drugi zarzut i trzeci opiera się na przytaczaniu 2—3) *trudności w odszukaniu miejsca przedziurawionego, na głębokich w ścianie jelita zmianach oraz mnogości przedziurawień*. I te również obawy grzeszą przesadą wielką, przypadki bowiem takie, gdzie przedziurawienia nie udało się znaleźć, są jak poucza statystyka najnowsza *Mauger'a*, nadzwyczaj rzadkie, a i tu jednak otrzymano wyzdrowienie za pomocą drenu. Argument, że na skutek założenia szwu może wytworzyć się obok przedziurawienia nowe jest bezzasadnym; zresztą, ile jest przedziurawień, tylekroć razy zasywa się po kolei—przedłuży się, wprawdzie, zabieg nieco, ale sprawa chorego nie nie ucierpi na tem.

Jeżeli ogniska dziurawiące mają kierunek zbieżny, chore jelito rezekować należy; gdy w okresie pooperacyjnym wytworzy się nowe przedziurawienie, jamę brzuszną należy otworzyć powtórnie i operować tak, jak za pierwszym razem. Tak też postąpił *Cushing* względem chorego, któremu w ciągu dwóch tygodni dokonał trzech laparotomii, dwa razy z przyczyny przeżarcia ściany jelita, raz trzeci—wobec wybuchu niedrożności kiszkowej. W każdym razie wieloliczność przedziurawień nie jest bynajmniej zjawiskiem częstym i, zgodnie z wynikiem poszukiwań *Keen'a*, nie przenosi 17,4% ogólnej liczby przypadków.

Operować należy bezwzględnie zawsze, z chwilą gdy podczas badania rozpoznano obecność przedziurawienia. Operować należy i tam nawet, gdzie sprawa zapalna zdradza skłonność do ograniczania się, gdyż przez to unika się konieczności podejmowania t. zw. późnej laparotomii. Na oględzinach pośmiertnych przekonywano się nieraz, że w przypadkach niektórych zamknięcie otworu dokonywa się w stopniu pewnym samoistnie; powstawać mogą zrosty sieci z chorą ścianą kiszki lub sklejenia miejsc przedziurawionych bądź z otrzewną ścienną, bądź z jakimkolwiek bądź narządem wewnątrzmiędnicowym. W warunkach tych zawartość jelita nie przedostaje się do wolnej jamy otrzewny i powikłanie, w mowie będące, nie jest na razie niebezpieczne. Później jednak pasmo sieciowe lub zagięcie się kiszki, wywołując objawy okluzyjne, uczyni konieczną operację, której wykonanie, jak widzimy, natura odroczyć umie tylko.

Skoro objawy rozlanego zapalenia otrzewny uwydatnią się jasno,

nie zwleka się tedy z wykonaniem rękożynu ani chwili. W poprzedzającym go okresie wstępnym siły chorego wzmacnia się zastrzyknięciami eteru lub kofeiny, wlewaniem, wreszcie, roztworu fizyologicznego soli kuchennej. Zbadanie, zresztą, stanu ogólnego uważne zaważy i pouczy niewątpliwie więcej, niż wszelkie obliczenia arytmetyczne ilości godzin, które upłynęły od chwili wystąpienia objawów pierwszych, tem więcej, że u chorych niektórych interwencya chirurgiczna, podjęta w ciągu drugiego i trzeciego dnia nawet od wybuchu cierpienia, jeszcze może być uwieńczoną dobrym wynikiem.

K. Niedzielski.

302. Dr. A. von Bardeleben. **Przypadek całkowitego wycięcia żołądka (Oesophagoenterostomia).** (Deutsche Med. Wochenschrift № 15, 1901).

Z górą 50-letnia pacjentka, na której autor w roku zeszłym dokonał operacyi powyższej, już rok przed zapisaniem do kliniki cierpiała stale na kurcze żołądka, nudności i odbijania. Objawy te wzmagaly się coraz bardziej, chora traciła apetyt i znacznie wychudła.

Badanie w klinice wykryło: po stronie lewej od pępka obecność ruchomego guza wielkości pięści. Rozdymanie żołądka nie wpływało na zmianę wielkości nowotworu.

Nazajutrz przystąpiono do laparotomii próbnej. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono znaczne zgrubienie całej ściany przedniej żołądka, na sieci zaś wielkiej, w okolicy większej krzywizny dwa małe guziczki; gruczoły krezkowe jak również pozaotrzewnowe zdawały się być wolnymi od przerzutów.

Wobec tych danych postanowiono niezwłocznie wykonać oesophagoenterostomię. Podwiązawszy tymczasowo przełyk, usunięto żołądek całkowicie wraz z owym odcinkiem sieci wielkiej, w którym znajdowały się wyżej wzmiankowane guziczki.

Dwunastnicę i wyciągnięty nieco z otworu przeponowego kikut przełyku zamknęto szwem dokładnie. Następnie wyciągnięto ku górze pierwszą pętlę jelita cienkiego i zespolono ją z przełykiem.

Już wieczorem tego samego dnia, w którym wykonano zabieg, operowana wypila szklaneczkę wina, a od trzeciego dnia sztuczne odżywianie per rectum stało się zupełnie zbytecznym. Z początku ograniczono się do diety mniej więcej płynnej (zupy, jaj etc., do których dodawano pepton i HCl). Następnego tygodnia do tak skąpego menu przybyły purée z kartofli i szynka skrobana. Łaknienie zaczęło się szybko poprawiać, zwłaszcza po 2 tygodniach, kiedy chorej pozwolono wstać z łóżka.

Pierwsze wypróżnienie (5 dnia po zabiegu) było zupełnie pozbawione barwników żółciowych, następne zaś posiadały zabarwienie prawidłowe.

W trzy miesiące potem, kiedy autor pokazywał pacjentkę swoją w Westfalskiem Towarzystwie Chirurgów, operowana czuła się już na

tyle dobrze, że mogła bez żadnych dolegliwości prowadzić zwykły prawie tryb życia, stosując się tylko do pewnych przepisów w diecie, polegających głównie na spożywaniu częstem, lecz w ilości niewielkiej, pokarmów rozdrobnionych. Wypróżnienia regularne codziennie (raz lub dwukrotnie). Waga ciała podniosła się o 17 funtów.

Badanie drobnowidzowe preparatu stwierdziło raka klejowatego.

Kwestyą, która tu najbardziej interesować winna chirurga, jest rokowanie. Otóż, w tym względzie dr. *Bardeleben* widzi wielką otuchę w przebiegu pooperacyjnym podanego przezeń przypadku, tembardziej, że w literaturze doby dzisiejszej coraz częściej spotykać się dają opisy przypadków tego rodzaju.

Dalej, opierając się na danych z fizjologii, autor wygłasza zdanie, że mechaniczne funkcyje żołądka (regulowanie ciepła, rozdrabnianie i przechowywanie pokarmów) dadzą się sztucznie zastąpić przez odpowiednio częste podawanie ciepłych i dostatecznie rozdrobnionych potraw. Stopniowo nawet pętla zespolonego z przelykiem jelita może się na tyle rozciągnąć, iż w ten sposób, podobnie jak w żołądku, mogą się w niej gromadzić pokarmy, choć, zdaniem autora, jestto dla ustroju rzeczą małej wagi, przypadki bowiem jejunostomii pouczają, że sok trzustkowy i żółć, z dodatkiem pepsyny i kwasu solnego drogą sztuczną, wystarczają zupełnie do strawienia wszystkich trzech głównych składników pokarmu.

A. Małkowski.

303. Dr. O. v. Büngner. **W sprawie aseptyki zabiegów chirurgicznych, dokonywanych na szyi.** (*Deutsche Med. Wochenschrift* № 15, 1901).

Jak trudno o zachowanie aseptyki w tego rodzaju zabiegach, jest rzeczą powszechnie znaną.

Przedewszystkiem szczupłość miejsca sprawia, że ręka operującego, czy też jego asystenta bardzo łatwo spotkać się może z ręką dającego narkozę, dalej ręka chirurga może się dotknąć twarzy, czy włosów operowanego, lub też maski do chloroformu. Poza tem pole operacyi częstokroć zanieczyszczone bywa przez ślinę lub oddech chorego.

Aby temu wszystkiemu przeszkodzić, należałoby pole operacyi, resp. okolicę szyi oddzielić od głowy przegrodą aseptyczną. Przyrząd tego pomysłu wprowadził pierwszy w klinice swojej *Kocher*.

Jestto poprostu pałak prostokątny, którego ramiona pionowe, obejmując szyję operowanego, przytwierdzają się do stołu nieruchomo, na poprzecznym zaś odcinku pałaka, wystającym nad poziom stołu na jakie 2 stopy, zawieszają się zasłona z płótna wyjałowionego.

Przyrząd ten posiada jednak tę niedogodność, że nieruchomo przymocowany do stołu, nie pozwala zmieniać położenia chorego, a nadmierna jego wysokość uniemożliwia operującemu obserwowanie twarzy operowanego, dającemu zaś narkozę—śledzenie za ruchami oddechemi klatki piersiowej.

W przyrządzie d-ra Büngnera i te braki usunięte zostały.

Przyrząd ten różni się od przyrządu Kochera głównie tem, że jest znacznie mniejszy, wysokość bowiem jego wynosi zaledwie 22 ctm. (dla dzieci) — 24 ctm. (dla osobników dorosłych), i przytwierdza się nie do stołu operacyjnego, lecz zakłada się podobnie, jak okulary za uszy operowanego, do czego służą odpowiednio wygięte końce pałąka.

A. Małkowski.

II. Choroby kobiece i akuszerya.

304. Dr. Arthur Dienst. **Studjum krytyczne o patogenezie drgawek poporodowych, oparte na danych anatomo-patologicznych, badaniu krwi i moczu matek i płodów.** (Centralbl. f. Gynäk., 1901, № 19, str. 476).

Badania anatomiczne, kliniczne i chemiczne przekonały autora, że w drgawkach poporodowych zarówno matka jak i płód podlegają sprawie chorobowej. Autor znalazł identyczne zmiany anatomopatologiczne u matki i płodu i identyczne zmiany krwi i moczu u obojga w tem cierpieniu. We krwi matek i płodów autor stale znajdował zwiększoną ilość fibryny, a w moczu białko, cylindry (wałki) i krew. *Istotę drgawek poporodowych autor upatruje w upośledzonym wydzielaniu narządów wydzielniczych (nerki, wątroba) matki.* Upośledzone wydzielanie moczu może być spowodowane bądź przez niedostateczną czynność nerek matczynych lub serca, lub też przez obie przyzyny jednocześnie.

Gdy wydzielanie w ustroju matczym zostaje upośledzone, produkty trujące przemiany materii płodu, które w ciąży fizyologicznie przechodzą do krwi matki, zwiększając zawartość procentową fibryny, nie mogą być wydalone przez nerki i zostają we krwi.

Produkty owe powodują zmianę krwi, która się przedewszystkiem wyraża w zwiększonej ilości fibryny. Wskutek nagromadzenia się we krwi matki w drgawkach wytworów chorobowych płodu, krew krzepnie, formują się zakrzepy i, wskutek zmiany chemicznej krwi, przyłącza się zwyrodnienie tkanek. Dotyczy to przedewszystkiem narządów wydzielniczych (nerek i wątroby), które w warunkach normalnych wydzielają pierwiastki trujące płodu; w stanach zaś patologicznych (eclampsia), ciała te gromadzą się we krwi.

Wskutek zmian w składzie krwi, zmieniają się i ściany naczyń, co pociąga za sobą wynaczynienie do tkanek. Obie przyczyny dostatecznie objaśniają białkomocz i moczu krwawy w drgawkach.

W eklampsyi mamy zazwyczaj zastój krwi w ustroju matki. Jeżeli zastój nagle powstaje, to odbija się to najwięcej na nerkach, gdyż wątroba, posiadająca liczne zespolenia naczyń z organami sąsiednimi, może dłuższy czas temu się oprzeć. Wskutek zastoju przez nerkę przepływa mniej krwi w jednostkę czasu, niż przez wątrobę. Razem z krwią przepływają przez wątrobę, w samym początku eklampsyi, silnie trujące pierwiastki płodu w ilości większej, aniżeli przez

nerki. Toksyny powodują w wątrobie zmiany chemiczne tkanek. Zmieniona wątroba ciężarna otrzymuje mało utlenione produkty przemiany materii, pochodzące ze zmian wstecznych białka matki. Te produkty białkowe, z ustroju matki pochodzące, przechodzą w krwiobieg mateczyny i łączą się z toksynami płodu, nagromadzonymi w dużej ilości, i w ten sposób podnoszą zawartość toksyn we krwi matki.

Taka mieszanina toksyczna starczy nie tylko dla wywołania drgawek porodowych, lecz i dla zatrucia całego organizmu. W ten sposób powstają drgawki bez białkomoczu, a przy autopsji znajdujemy wtedy nerkę niezmienną. Brak białkomoczu może trwać dopóty, dopóki nerka nie zostanie wciągnięta w cierpienie. Eklampsja bez białkomoczu bywa tylko przy ostrym zatruciu toksynami i czas jej trwania jest krótki. Toksyny zaś, stopniowo nagromadzone w organizmie matki, wskutek upośledzonej eliminacji, prowadzą do eklampsji z białkomoczem; również do eklampsji bez białkomoczu, przy dłuższem jej trwaniu, musi się przyłączyć białkomocz, gdyż nerka z czasem zostaje wtórnie wciągnięta w cierpienie przez toksyny i reaguje zapomocą białkomoczu na cierpienie jej mięszu.

Gdy sprawa doszła do retencji toksyn płodowych w organizmie matki, wskutek upośledzonej działalności nerek lub serca, to nasilenie i przebieg choroby zależy będą głównie od wtórnego cierpienia wątroby. Wciągnięta zaś w sprawę chorobową wątroba daje powód do wytworzenia się dużej ilości produktów białkowych przemiany materii, niedostatecznie utlenionych. Otóż te produkty białkowe są przyczyną drgawek poporodowych i w szczególności drgawek (poporodowych) późniejszych.

Krążące w czasie eklampsji we krwi matki toksyny mogą się przedostać do łożyska, a ztąd do organizmu płodu i wywołać te zmiany w organizmie płodu, co i u matki; naturalnie, ewentualność ta może wystąpić przy dłuższem trwaniu całej sprawy chorobowej.

M. Warszawski.

305. G. Miranda (Neapol). **Patogeneza i leczenie eklampsji porodowej**. Arch. di ost. e gin. 1899 Październik; Central. f. Gyn. 1901, № 18, str. 470).

Rozpatrując wszystkie teorie o powstawaniu eklampsji, autor przychodzi do przekonania, że cierpienie to polega na „autointoksykacji“. Organizm ludzki wciąż produkuje toksyny, a główne siedlisko tej fabrykacji—to kanał pokarmowy (sekrecya, produkty trawienia i przemiany materii). W stanie normalnym niektóre organy a przede wszystkim wątroba i nerki wydalają substancje toksyczne. W ciąży ilość ostatnich znacznie się zwiększa; do tego się przyczyniają substancje toksyczne, wytwarzane przez płód. Z drugiej strony czynność wątroby i nerek jest upośledzona w ciąży.

Ponieważ toksyny wciąż szkodliwie oddziałują na powyższe organy, powstaje rodzaj circulus vitiosus, który powoduje nagromadzenie się coraz większej ilości substancji szkodliwych we krwi.

W ten sposób powstała autointoksykacja przygotowująca grunt do wybuchu eklampsji. Potrzeba do tego nieznacznego impulsu (choćby ucisku moczowodów podczas porodu), aby w pełni rozwinął się typowy obraz tej choroby.

W celach profilaktycznych należy ciągle kontrolować w ciąży stan kanału pokarmowego i czynność nerek. Leczenie właściwe powinno być stosowane przed wystąpieniem napadów typowych; gdyż przedwstępne objawy (białkomocz, obrzęki, wymioty, zaburzenia wzrokowe, bóle głowy) już zwiastują istnienie eklampsji.

Leczenie przyczynowe powinno być skierowane ku ograniczeniu produkcji i wydalaniu nagromadzonych we krwi substancji toksycznych. W tym celu należy podawać purgantia, lawatywy, rozcieńczony kwas solny i mleczny, dyeta absolutnie mleczna, śpieszne opróżnienie macicy (poród przedwczesny, obrót, kleszcze, cięcie cesarskie), gorące kąpiele, venaesectio (do 500—1000 cm.), wstrzykiwanie do żył lub pod skórę roztworu soli kuchennej; oprócz tego leczenie symptomatyczne: chlorał i morfina. Do chloroformu należy się uciekać w razach wyjątkowych.

M. Warszawski.

306. O sterloh. O gorączce połogowej. (Centralblatt f. Gyn. 1901, № 17, str. 428).

Na temat powyższy autor wypowiedział odczyt w Towarzystwie ginekologicznem Drezdeńskim w dniu 15 Listopada 1900 r. W ciągu 2 $\frac{1}{2}$ roku autor obserwował 42 przypadki zakażenia po poronieniach i porodach. Z tych 6 zmarło na zakażenie, powstałe po poronieniu, a 14 po porodzie. Z ogólnej ilości 42 wyzdrowiało 19; 1 wskutek psychozy odesłana została do zakładu dla chorych umysłowych, 1 ciężko chora na zapalenie zakażne otrzewny pochodzenia porodowego została wypisana na żądanie krewnych do domu, gdzie nazajutrz zmarła i 1 znajduje się w okresie wyzdrowienia. Wysoki odsetek śmiertelności 50% skłonił autora do podniesienia kwestji leczenia zakażenia połogowego. Rokowanie bywa pomyślne w tych przypadkach, gdzie zakażenie zależy od pozostałych w macicy resztek jaja płodowego, notabene, jeżeli niezawędrowały tam żadne streptokoki ani stafilocoki. Wydalenie resztek gnijących jaja przy zachowaniu czystości i ostrożności, pociąga za sobą prędsze lub powolniejsze wyzdrowienie. Również pomyślnie przebiegały przypadki ropnicy przerzutowej, w których roinnie były dostępne dla leczenia chirurgicznego. We wszelkich innych przypadkach rokowanie jest bardzo niepomyślne i terapia bezsilna, jakkolwiek zdarzały się przypadki wyzdrowienia. Zrobiwszy krótki przegląd całej terapii gorączki połogowej za ostatni okres 30-letni, autor sformułował postępowanie swoje w ten sposób: owrzodzenie sromu i pochwy, pokryte nalotem, autor zasypywał jodoformem. Przy odchodach cuchnących, podejrzewając zatrzymanie odchodów w jamie macicy, również po usunięciu gnijących części płodowych, autor raz jeden przepłukiwał macię rozczyntem sublimatu (1 : 5000) lub kwasu salicylowego przy umiarkowanym ciśnieniu. Przy zapaleniu otrzewny

stosował lód i opium. Przy temperaturze wysokiej podawał fenacetynę i letnie wanny z następczem obniżaniem temperatury wody. Do wewnątrz wzmacniające pokarmy płynne i alkohol; oprócz tego leczenie symptomatyczne.

Następnie autor przechodzi do nowszych środków terapeutycznych:

1) Leczenie maścią srebrną (argenum colloidalę) Credęgo. Ostatnia nie posiada przypisywanych jej własności. Autopsia wykazała obecność tego preparatu w wątrobie, co dowodzi, że argenum colloidalę wsysa przez skórę.

2) Atmokausz, surowica Marmorec k'a, podskórne wstrzykiwania soli kuchennej, przemywanie jamy macicznej alkoholem i wycięcie macicy septycznej nie były stosowane.

W dyskusyi zabrali głos: Leopold, Goedecke, Grenser, Marschner, Schramm. Leopold nadzwyczaj zachwala przepłukiwanie macicy 50% roztworem alkoholu w okresie początkowym gorączki połogowej, a mianowicie, kiedy wystąpiły pierwsze dreszcze; jest to dowód uniknięcia streptokoków i stafilocoków (być może w połączeniu z gonokokami). Jest to rękoczyn niewinny, niebolesny, lecz zawsze skuteczny. Niewiadomo tylko, czy się do tego przyczynia samo oczyszczenie (przemycie) macicy, czy też alkohol odgrywa tutaj pewną rolę. Przeciwskazane jest przemycie macicy przy zatkanii żył (thrombus).

W przypadkach, przebiegających bez dreszczy, w których znaleziono obecność tylko gonokoków, należy zostawić macicę w spokoju. W bardzo ciężkich przypadkach należy szukać przyczyny tam, gdzie występują najwybitniejsze objawy. W ten sposób udało się autorowi w kilku przypadkach po długich poszukiwaniach, otworzwszy jamę brzuszną, znaleźć w głębi ukryte ropnie (w przymaciczu, w wylocie macicznym jajowodu, w samej ścianie macicy), opróżnić je i uratować chora. W innych przypadkach, bez wzdęcia brzucha, w których występowały dreszcze po dreszczach (postać czysto żylna), co dwie godziny mierzono ciepłość ciała i przy rozpoczynającym się podskoku ciepłoty podawano chorej 0,5 fenacetyny w tym celu, aby usunąć dreszcze, po czem chora się stopniowo poprawiła. Nie należy również zapominać o wannach, nadających się w niektórych przypadkach.

Autor nigdy nie stosował maści srebrnej, gdyż nie obiecywał sobie żadnej poprawy. Surowica Marmorec k'a, podług autora—może dać pewne polepszenie. W dwóch przypadkach śmiertelnych wyłuszczył macicę; raz po sztucznem poronieniu zakaźnem. W macicy autor znalazł pojedyncze zakrzepy w stanie rozpadu, zwłaszcza przy wylocie jajowodu. Sprawa główna siedziała już w żyłach nasieniowych. Do wyłuszczenia macicy należy przystąpić tylko wtedy, gdy możemy ręczyć, że cała sprawa chorobowa siedzi w samej macicy.

Goedecke wspomina o 5 przypadkach zakażenia, które po myślnie przebiegły po przemyciu macicy 50% roztworem alkoholu. Autor dwa razy wyłuszczył macicę przy zakażeniu z zejściem śmiertelnem. Srebro stosował w 5 przypadkach bezskutecznie.

Grenser leczył przed 10 laty przypadek ogólnego zakażenia, przy którym dreszcz po dreszczu występował; co 2 godziny mierzono ciepłotę ciała i przed każdym podskokiem ciepłoty dawano chorej 1,0 antipiryny (2—3 gramów dziennie) i letnie wanny. Po znacznej zapadłości nastąpiło powolne wyzdrowienie. Autor widział w Paryżu w klinice prof. Budin'a stosowanie t. zw. „econvillonage“. Jest to wyškrobanie macicy za pomocą szczotki cylindrycznej, składającej się z drutu giętkiego przybranego dutkami (Federkielen).

Marschner, pomny przypadku, w którym autopsia, w 6 tygodniu po poronieniu dokonana, wykazała obecność ropnia na wewnętrznej powierzchni macicy, żąda czynnej interwencji. Ropień ów był dostępny dla łyżki i był punktem wyjścia ogólnego zakażenia; autor rad by wyłyżeczować macicę, oczyściwszy poprzednio pochwę i część pochwową 5% karbolem. Po wyskrobaniu radzi przemywać lub wycierać macicę roztworem lizolu; obecnie zamiast lizolu stosować będzie alkohol. Dalej wielką wagę przypisuje zimnym kocom i zimnym kąpielom, często powtarzanym; przy wzdęciu brzucha stosuje zimne natryski na brzuch.

Schramm miał często do czynienia z ciężkimi przypadkami gorączki połogowej i przyszedł do przekonania, że wszystkie środki przeciwgorączkowe są bezskuteczne, zmniejszają tylko apetyt. Lepsze rezultaty otrzymywał po stosowaniu kąpeli letnich (25° R.) z chłodnymi oblewaniem i podawaniu alkoholu (cognac, Portwein). Przy oddechach ropnych stosuje przemywanie macicy 1/2% lizolem; obecnie stosować będzie alkohol. Od maści srebrnej nie widział dobrych skutków. Lepsze rokowanie dają przypadki, w których formują się ropnie w przymaciczu; rękoczyn chirurgiczny może uratować każdą taką chorą.

M. Warszawski.

307. Dr. Steiner. **Przyczynek do leczenia gorączki połogowej.**
(Centralbl. f. Gynäk. 1901).

Autor przy objawach gorączki połogowej poleca usilnie wyjąłwanie zewnętrznych narządów płciowych, nie zapominając przytem o ogólnej dezynfekcyi organizmu. Cel ten osiąga autor przy pomocy przestrzykiwań pochwy i macicy roztworem lizolu (1:1000) lub krezolu (1/2%), a wewnątrz stosuje chininę (0,5 pro die). Przy objawach zajęcia otrzewny zaleca pęczcherz z lodem. Wielkie też znaczenie przypisuje autor opróżnieniu odbytnicy, co według jego zdania, może wpływać naniżenie temperatury.

Autor zwraca uwagę na to, że w dwóch przypadkach, przy obecności objawów disseminacyi streptokoków w organizmie położnicy, nie otrzymał żadnych skutków po stosowaniu surowicy antystreptokokowej. Wobec tego, jeżeli leczenie surowicą przynosi jaką korzyść, to tylko przy nieznacznych infekcyach (poporodowa parametritis, otitis). W każdym razie, stosowanie surowicy Marmorka w szpitalach należałoby poddać ściślejszym badaniom.

Kazimierz Wojciechowski.

308. Dr. W. Zangemeister. **Wypchnięcie łożyska przez rękoczyn zewnętrzny.** (Centralbl. f. Gyn. 1901, № 15, str. 375).

Ponieważ ręczne odklejanie łożyska połączone jest z wielkim niebezpieczeństwem, autor proponuje stosowanie następującego rękoczynu, który mu w praktyce nieraz oddawał znakomite usługi.

W przypadkach rzekomego przyrośnięcia łożyska autor, opróżniwszy pęcherz moczowy, próbuje ekspresji zewnętrznej, a gdy ta się nie udaje, powtarza tę samą manipulację pod narkozą. Dopiero wtedy, gdy w ostatnim razie nie można wycisnąć łożyska, autor przystępuje do ręcznego odklejenia. Ekspresja zewnętrzna łożyska przedstawia trudności w tych razach, gdy ono jeszcze siedzi w jamie macicy bądź już odklejone, bądź jeszcze nie odklejone. W pierwszym przypadku łożysko da się wycisnąć, zwłaszcza pod narkozą; w drugim zaś przypadku, gdy łożysko w całości lub częściowo jeszcze przyrośnięte, niekiedy udaje się wydalic je przez wyciśnięcie (jak cytrynę) macicy, czasami wypada jeszcze czekać lub też ręcznie je odkleić.

W tym okresie autor zaleca następującą manipulację:

Podczas przerwy w bólach należy ścisnąć macicę palcami w różnych punktach po bokach i od przodu i tyłu, tak iż powstaną zagłębienia, „dołki“. Gnienienie to należy dokonywać aż do wystąpienia bólu; podczas paury następnej musi być znowu powtórzone. Łożysko powoli się odluszcza od miejsca przyczepu przez takie gnienienie, przez bóle stopniowo się odkleja i po 1—2 bólach może być wyciśnięte (podczas skurczu). Nie należy się obawiać wyciśnięcia macicy, gdyż wygniatanie dołków odbywa się po bokach, od przodu i tyłu, nie zaś na dnie macicy. Przez taki masaż macicy podczas rozkurczu często się autorowi udawało wycisnąć łożysko i uniknąć ręcznego odklejania.

M. Warszawski.

309. Ahlfeld. **Metreuryza w celu wywołania porodu przedwczesnego przy miednicy zwężonej.** (Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IV, Hft. 1).

Z chwilą, gdy autor w celu wywołania porodu sztucznego zaczął używać metreuryzy zamiast bougie Krause'go, odsetek śmiertelności dzieci znacznie się powiększył (z 44,8% na 60,4%). Przyczynę złego autor upatruje w skośnych i poprzecznych położeniach, które częściej występują przy stosowaniu metreuryzy, ponieważ wewnątrzmaciczny kolpeurynter odpycha na bok główkę przodującą. Nie jest to nieszczęście, gdy ekstrakcyja płodu obróconego natrafia na przeszkodę ze strony zwężonego kanału macicznego. Na nieszczęście zdarza się że zazwyczaj przy stosowaniu metreuryzy. Nadmiernie wydęta szyja maciczna po usunięciu balonu zapada się, ujście maciczne znowu

się zaciska i utrudnia ekstrakcję następującej główki. Oprócz tego autor stosował metreuryzę przy większych zwężeniach miednicy (przy Conj. vera 7,5 ctm.), niż bougie (przy Conj. vera 7,96 ctm.). Większe zwężenie miednicy idzie zawsze w parze z niższym wzrostem kobiety. Wskutek tego, wbrew poprzednio wygłoszonym zapatrywaniom, autor zgadza się na wywołanie sztucznego porodu w terminie wcześniejszym, lecz i żąda zarazem przygotowania wylegaczki. Należy również dbać o położenie czaszkowe płodu, i dla tego należy używać metreuryzy tylko w celu pierwotnego rozszerzenia szyi macicznej.

Dla dalszego przebiegu porodu należałoby otworzyć pęcherz płodowy albo też wstawić bougie w celu wywołania skurczów macicy.

M. Warszawski.

310. **Sheilhaber** (Monachium). **Przyczyna krwotoków przedklimakterycznych.** (Archiv. f. Gyn. Bd. LXII, Hft. 3; Centr. f. Gyn., № 18, str. 466, 1901).

Autor nie upatruje przyczyny krwotoków przedklimakterycznych ani w błonie śluzowej, ani w zmianie naczyń, ani też w niezwyklej czynności jajników. Autor podziela zdanie wielu badaczy, że błona śluzowa nie ma żadnych zmian typowych; znajdujemy w niej przerost gruczołów (endometritis fungosa), i przerost tkanki łącznej i normalną błonę śluzową. Często spostrzegane zgrubienie ścian naczyń i zwężenie światła naczyń, nie ma nic wspólnego z ateromatozą naczyń, którą podają za przyczynę krwotoków, jest to tylko arteritis physiologica, powolny zanik naczyń w organie stopniowo przechodzącym w stan bezczynności.

Autor widzi przyczynę krwotoków powyższych w zmianie muskulatury macicy, w bezwładzie jej (atonia), który powstaje kosztem bujania tkanki łącznej. Bezwład muskulatury nie jest skutkiem ateromatozy, lecz obliteracji naczyń, powstałej na drodze zmian wstecznych w wieku podeszłym. Gdy rozrost tkanki łącznej wyprzedza zanik naczyń, to mogą powstać silne i uporczywe krwotoki wskutek niedomogi mięśnia. Długotrwałe przekrwienie macicy powoduje w tym wieku przerost jej ścian i błony śluzowej. Również krwotoki samoistne u dziewcząt bezkrwistych, jakoteż krwotoki, powstałe po chorobach gorączkowych, autor kładzie na karb osłabienia i niedomogi muskulatury macicznej.

M. Warszawski.

311. **P. Strassmann.** **Niezwykłe cierpienie sromu.** (C. f. Gyn. 1901, № 15, str. 379).

38 letnia kobieta przez długi czas cierpiała na obustronne zapalenie ucha natury tuberkulicznej, miała wilka na szyi, przebyła cierpienie gruźlicze odbyticy i pęcherza moczowego i w dodatku jest dotknięta gruźlicą płuc.

Przybyła do polikliniki z gruzelkami na sromie, a przedtem długi czas się leczyła w rozmaitych klinikach. Gruzelki te zniknęły,

a na ich miejsce powstawały świeże. W 1900 roku wycięto taki guzik i przeszczepiono go świnie morskiej bez rezultatu. Bez rezultatu również badana była niejednokrotnie wyciśnięta zawartość gruzełka na laseczniki gruzlicze. Ciągłe bóle, brak snu (bez użycia środków nasennych) i wygląd nędzny chorej skłoniły autora do wyłuszczenia sromu, całkowicie usianego gruzełkami.

Chora wyzdrowiała i wypisała się po 17 dniach. Badanie drobnowidzowe wyciętego sromu nie wykryło ani laseczników ani komórek olbrzymich. Przez 3 tygodnie chora cieszyła się dobrem zdrowiem i snem spokojnym; poczem wystąpiła recydywa tego cierpienia. Kwas mleczny sprowadzał niekiedy polepszenie, ostatnio miała być stosowana galwanokaustyka z porady prof. L a s s a r a.

W ostatnich latach cierpienie to dość często było spostrzegane na innych organach, na sromie zaś po raz pierwszy. Występuje ono przy gruzlicy innych organów i zawdzięcza swoje pochodzenie toksynom laseczników gruzliczych (Hallopeau). Pod drobnowidzem znajdujemy drobnokomórkowe nacieczenie wzdłuż naczyń, skupienie w miejscach, gdzie się znajdują gruczoły tłuszczowe; martwicę powierzchownej warstwy skóry (cutis); po jej odpadnięciu ukazują się małe owrzodzenie, które z czasem się zabliznia. Autor nazywa to cierpienie: *folliculitis acnetiformis necroticans paratuberculosa vulvae*. Na pośladkach obserwowano podobny wykwit, występujący w pionowych symetrycznych liniach. Po iniekcji tuberkuliny podobne cierpienie skóry nie daje się zauważyć. Przebieg chroniczny. Śmierć następuje tylko wskutek tuberkulozy płuc. Leczenie miejscowe, lecz przede wszystkim należy uwzględnić leczenie ogólne tuberkulozy.

M. Warszawski.

312. Saniter. **Torbiel.** (C. f. Gyn. 1901, № 15, str. 381).

Autor demonstrował 52 letnią chorą, u której Olshausen w grudniu r. z. dokonał laparotomii, rozpoznawszy guz torbielowaty, który pękł do pęcherza moczowego. Jest to przypadek ciekawy z tego względu, że zastosowano w nim cystoskopię i rentgenografię po ustaleniu rozpoznania. Guz sięgał aż do pępka. W moczu wypuszczonym pływały oczka tłuszczowe.

Za pomocą cystoskopu zauważono na wierzchołku guza miejsce zaczerwienione, wielkości dziesięciokopiejkówki srebrnej, usiane liczną bardzo ziarniną; w samym środku tego miejsca rozpoznano małą przetokę, z której sączyły się oczka tłuszczu, przy ucisku na guz przez ścianę brzuszną.

S. kazał zrobić zdjęcie rentgenograficzne w nadziei, że się wykryje obecność kości i zębów; nadzieja się nie ziściła. Guzy (2 były guzy skórzakowe, z których większy lewostronny komunikował z pęcherzem) zawierały oprócz jądra kostnego długości 3 cm. tłuszcz i włosy. Pęk włosów wystąpił na zdjęciu w postaci cienia.

Operacja z powodu zrostów była trudna. Naderwanie kiszki jako też przetoka w pęcherzu zostały zaszyte.

Rekonwalescencja postępowała wolno wskutek ropnia, powstałego pomiędzy kiszka a pęcherzem; po sześciu dniach ropień pękł na zewnątrz, poczem sprawa się zagoiła. Zapomocą cystoskopu można było obserwować bliznę w pęcherzu.

M. Warszawski.

313. H. Palm (Göttingen). **Przyczynę do wakcynacji ciężarnych, położnic i noworodków.** (Centralbl. f. Gyn. 1901, № 14, str. 350).

Ponieważ kobiety ciężarne i noworodki skłonniejsze są do przejęcia jadu ospowego, podczas panującej epidemii w roku 1900 w Getyndze zaszczerpiono ospę wszystkim ciężarnym i noworodkom. Liczba ciężarnych sięgała 92. Autor przyszedł do następujących wniosków: szczepienie ospy ciężarnym i położnicom nie wywołuje żadnych skutków ujemnych.

Szczepienie ciężarnych nie chroni znajdujących się w macicy płodów. Z obserwacji, że po zaszczerpieniu ospy matkom przebieg ospy u noworodków jest łagodny, należy wnioskować, że szczepienie matek przed rozwiązaniem wpływa o tyle dodatnio na płody, że osłabia u nich działanie jadu ospowego. Szczepienie noworodków nie powoduje żadnego dla nich niebezpieczeństwa. Wbrew życzeniu Behm'a, autor nie radzi szczepić ospy noworodkom, gdyż to połączone jest u nich z większymi trudnościami technicznymi, niż u starszych dzieci, dla tego też skutki nie zawsze są pomyślne.

M. Warszawski.

314. E. Kraus (Praga). **Dalszy przyczynek do kliniki i leczenia tężca.** (Zeitschrift für Heilkunde Bd. XXI. N. F. Bd. I, Hft. 5).

Przed dwoma laty wybuchła w klinice położniczej w Pradze Czeskiej epidemia tężca porodowego, która zabrała wiele ofiar. Gdy epidemia przedostała się do kliniki niemieckiej, prof. S a n g e r kazał wszystkim położnicom, na drodze operacyjnej rozwiązany, zaszczerpić antytoksynę tężcową, gdyż wszystkie przedsięwzięte środki w celu odnowienia i oczyszczenia kliniki okazały się niedostatecznymi. Nowego przypadku zaśląbnienia nie było. Raz jeden przerwano szczepienie; natychmiast ukazał się tężec u kobiety, która już w ciąży gorączkowała, codzien miewała dreszcze i przybyła do kliniki z płodem obumarłym. Ponieważ musiało natychmiastowo nastąpić rozwiązanie (perforatio), szczepienia nie zdołano dokonać. Po wypisaniu chorej na dziesiąty dzień po porodzie, nagle rozwinął się obraz typowy ciężkiego tężca. Chorą przyjęto do kliniki wewnętrznej.

Antytoksyny nie stosowano, gdyż doświadczenie z poprzednich przypadków dostatecznie wykazało bezskuteczność stosowania podskórnego antytoksyny. Ciekawym jednak jest fakt, że z chwilą wystąpienia ciężkiego zapalenia płuc, objawy tężca ustąpiły na drugi plan i zupełnie znikły, gdy pneumonia przeszła. Wpływ toksyn pneumo-

nicznych na tężcowe był widoczny. W następnym przypadku tężca, powstałym po poronieniu, Kraus wstrzyknął 1 gr. antytoksyny Behring'a, rozcieńczonej w 10 cc. wody, do opony twardej mleczca, w okolicy ledźwiowej, według sposobu Quinck'e'a.

Nagle powstałe objawy ucisku mózgowego (wymioty, bóle w kręgosłupie) natychmiast ustąpiły. Jakkolwiek nie osiągnięto na razie bijącego w oczy polepszenia, jednakowoż nagle ustąpienie wzmożonych odruchów, prędkie zniknięcie drgawek i szybka poprawa zdrowia bardzo przemawiają na korzyść tej metody.

Ten sposób stosowania antytoksyny tężcowej prędko odkaża organizm i powinien znaleźć w blizkiej przyszłości szersze zastosowanie ze względu na jego nieszkodliwość i na wielką śmiertelność z tężca.

M. Warszawski.

315. Chaput. **Wydobycie przez kieszkę serwetki z gazy w 6 lat po cięciu brzuszem.** (Med. press and circular 1901, Januar 2; Centr. f. Gyn. 1901, № 15, str. 392).

Wskutek ciąży zamacicznej u żony lekarza robiono dwa razy laparotomię, przy ostatniej laparotomii (w roku 1890) zdarzył się silny krwotok.

Po kilku latach (w roku 1892) dokonano po raz trzeci cięcia brzuszego wskutek zamknięcia światła kiszki, spowodowanego przez stan zapalny blizny, w ścianie brzusznej się znajdującej. Po tej operacji pozostała przetoka kałowa w ścianie brzusznej. W roku 1898 Ch., rozpoznawszy guz w kiszkach, dokonał czwartej laparotomii. Otworzywszy jamę brzuszną, znalazł konglomerat kiszek zapalny i jednocześnie wyczuł w kiszce jakąś masę twardą, otoczoną płaszczem ruchomym. Podejrzewając obecność ciała obcego w kiszce, rozciął ją i wyciągnął serwetkę z gazy jodoformowej, długości 25 cali, którą inny operator przed 6 laty pozostawił w jamie brzusznej. Zaszycie kiszki, przetoki kiszkowej. Założenie sączka. Zamknięcie jamy brzusznej. Wyzdrowienie.

M. Warszawski.

316. Kneise. **Pasorzyty jamy ustnej noworodka od chwili przyjścia na świat i ich stosunek do etyologii zapalenia gruczołów piersiowych.** (Centralblatt für Gynäkologie 1901, № 17, str. 437).

Zbadawszy 50 noworodków zaraz po ukazaniu się główki ze sromu, autor przyszedł do następujących wniosków ciekawych: jama ustna dziecka urodzonego przez cięcie cesarskie była wolna od pasorzytów; u 97,5% dzieci urodzonych per vias naturales pełno było bakteryj w jamie ustnej (u 43,9% znaleziono stafilocoki, a u 14,6% streptokoki). Po przeszczerpieniu zwierzętom bakterye wykazały dużą dozę jadowitości (złośliwości). W pierwsze dni poporodowe ilość bakteryj w jamie ustnej noworodków znacznie się zwiększała. W przypadkach, gdy matki zachorowały na zapalenie gruczołów piersiowych,

znaleziono stale w jamie ustnej noworodków stafilokoki, a u 73,7% dzieci i streptokoki.

Raz przekonano się, że dziecko zakaziło brodawkę piersi matczynej; w drugim przypadku prawdopodobnie miał ten sam fakt miejsce. Pasorzyty jamy ustnej noworodka są identyczne z pasorzytami wydzielin pochwowych matki. Zarazki ropotwórcze znajdują się w pochwie w warunkach normalnych w postaci niewinnych saprofitów. Nauka o samooczyszczeniu pochwy powinna być ograniczona. Autoinfekcja w sensie K a l t e n b a c h a jest możliwa.

Zwyczajne przemywania pochwy środkami dezynfekcyjnymi nie zmniejszają ilości zarazków w wydzielinie pochwowej. Przy przejściu główki przez pochwę wydzieliną ostatniej przedostaje się do jamy ustnej płodu bądź przez polykanie, bądź przez ucisk masy składowej pochwowej. Dezynfekcja jamy ustnej noworodka jest prawie niemożliwa; w celach profilaktycznych należy dziecko natychmiast odstawić od piersi, gdy brodawki pękają.

M. Warszawski.

317. G. Minxevitch. **Szew brzuszny po laparotomii.** (November, Centralblatt f. Gyn. 1901, № 12, str. 309).

W kwestyi szwów brzusznych po coeliotomii niezwykle panuje chaos w literaturze. Liczne doświadczenia przekonały autora, że w każdym danym przypadku należy stosować się do okoliczności, gdy jeden sposób może się raz nadać, a w drugim przypadku musi być zastąpiony przez inny. Pomyślnie gojenie się rany brzusznej zależy od następujących warunków: 1) od siedliska cięcia, 2) od materiału, którym się szyje i 3) od sposobu nałożenia szwu.

Co się tyczy siedliska cięcia, autor uważa linię pośrodkową brzucha za najwygodniejszą, gdyż pozwala na zachowanie normalnych warunków anatomicznych w sposób symetryczny.

Najlepszym materiałem do szycia jest jedwab.

W celu rozstrzygnięcia kwestyi, którą metodę nałożenia szwu uważać należy za najlepszą, autor poddał badaniu drobnowidzowemu blizny, powstałe po coeliotomii, i przyszedł do przekonania, że szew węzłkowy lepiej się nadaje niż piętrowy. Pierwszy bowiem, nałożony sposobem S ä n g e r'a, zapewnia lepsze odżywianie tkanek, chroni od wprowadzenia do rany zbyt wielkiej ilości ciał obcych (jedwabiu), powodujących ropienie. Ten rodzaj szwu najlepiej nadaje się w przypadkach, gdzie ściana brzuszna jest grubości średniej. Gdy powłoki brzuszne są bardzo cienkie lub bardzo grube, należy stosować oba rodzaje szwów (węzłkowy i piętrowy) w ten sposób, że węzłkowy obejmie całą grubość ściany brzusznej, a oddzielnie należy zeszyć błonę ścięgnową mięśni brzusznych.

M. Warszawski.

318. J. Hallé. **Badanie bakteriologiczne dróg rodnych.** (Marzec, Centralbl. f. Gyn. 1901, № 12, str. 310).

W sromie kobiety i dziecka stale znajduje się duża ilość drobnoustrojów. Ulubionem ich siedliskiem jest pochwa, która zwykle zawiera niezmierną ilość mikroów powietrznych i bezpowietrznych.

Ostatnie siedzą przeważnie w głębi pochwy, a największa ilość ich znajduje się w korku śluzowym, zatykającym szyję maciczną.

Z ustrojów powietrznych autor wylicza:

1) Paciorkowiec niechorobotwórczy, który się różni od ropotwórczego (pyogenes).

2) Dwa rodzaje laseczników, które swoiście się rozwijają w surowicy i przez to stają się podobnymi do laseczników dyfterytu, lecz pod względem własności i nieszkodliwości dla zwierząt, należy ich uważać za specjalny rodzaj laseczników Löfflera.

3) Inne rodzaje laseczników niechorobotwórczych.

Żaden z ustrojów powietrznych nie zachowuje się szkodliwie dla zwierząt. Bezpowietrzne drobnoustroje mogą powodować u zwierząt ropnie i zgorzel z przebiegiem śmiertelnym, jeżeli wstrzykniemy czyste ich hodowle.

M. Warszawski.

319. Czerny (Heidelberg). **Leczenie raków nienadających się do operacji.** (Archiv für Klin. Chirurgie Bd. LXI, Hft. 2; Central. f. Gyn. 1901, № 12, str. 312).

Autor stosuje larga manu przyżegania chlorkiem cynku po uprzednim wyskrobaniu i przypaleniu Paquelin'em masy rakowatej. W raku szyi macicznej autor czeka kilka dni, dopóki krwawienie zupełnie nie ustanie, a następnie tamponuje szyję gaza, zmoczona w roztworze 20—50% chlorku cynku.

Pochwę należy wysmarować tłuszczem i tamponować gaza, zmoczona w 5% roztworze sody. Postępując w ten sposób, autor otrzymuje dobre wyniki; raz nawet udało mu się nie kwalifikujący się poprzednio do operacji rak uczynić ruchomym i dostępnym dla operacji. W końcu pracy swojej autor wyraża życzenie, aby urządzić dla chorych rakowatych specjalne zakłady lecznicze na wzór angielskich.

M. Warszawski.

320. Dr. Walter Albert. **Drożdże sterylizowane i ich zastosowanie w ginekologii.** (Centralbl. f. Gyn. 1901, № 17, str. 417).

W marcu roku 1899 po raz pierwszy ukazała się praca Teodora Landaua o leczeniu kataru przewlekłego pochwy i szyi macicznej za pomocą drożdży. Landau nie mógł łać należytego wyjaśnienia czy komórki drożdżowe zabijają inne bakterye na drodze mechanicznej, czy też produkty przemiany materji drożdży zabijają katar powodujące bakterye lub też ich toksyny. Nie bacząc na świetne wyniki, otrzymane przez Landau'a, niewielu ginekologów zajęło się sprawdzeniem tego faktu, ponieważ komórki drożdżowe posiadają te same własności, co i inne bakterye (powodują stan kataralny respect. zakażenie organów płciowych kobiecych); następnie, gdy Leopold dowiódł, że czyste hodowle komórek drożdżowych (blastomyces), otrzymane z raków ludzkich i przeszczepione na zwierzęta, wy-

wołują nowotwory złośliwe, fakt ten tembardziej zniechęcił badaczy.

W końcu roku zeszłego udało się Roberto wi Albert, doktorowi chemii, docentowi instytutu agronomicznego w Berlinie, zebrać żywe komórki drożdżowe w sposób prosty, tak że one nie straciły swych własności. Za pomocą tego sposobu drożdże piwne zamienił w proszek, zwany „sterile Dauerhefe“, który nie zawiera ani jednej „żywej“ komórki drożdżowej; proszek ten, jak się autor wyraża, zawiera dobrze zachowane trupy komórek drożdżowych. Proszek ten zawiera silny pierwiastek fermentacyjny „zymozę“, który rozkłada cukier na kwas węglowy i alkohol i zabija produkty gnilne. W każdym razie posiadamy w drożdżach znakomity środek bakteryobójczy, który, w przeciwieństwie do innych środków dezynfekcyjnych, nie drażni błon śluzowych organizmu ludzkiego. Jeżeli do tych własności drożdży sterylizowanych dodamy fakt, że ich najwyższa siła fermentacyjna powstaje przy 35—40° C., to zastosowanie terapeutyczne powyższego środka niebawem zyska sobie prawo obywatelstwa i tembardziej zachęci wielu do wypróbowania jego wartości. Autor sam ofiaruje się bezinteresownie dostarczyć każdemu ilość potrzebną do prób i zastrzega się, że z czasem 1 kilo kosztować będzie 10—15 marek; jest to koszt niewielki, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że do jednej iniekcji wystarcza 4 gramy drożdży.

Technika postępowania polega na tem, iż rozrabia się 4 gr. (15 ccm.) drożdży sterylizowanych z 20 ccm. 20% roztworu cukru; z tego robi się papka.

Przy pochwach szerokich można brać ilości większe, zachowując jednak stosunek drożdży do cukru i wody jak 1:1:5. Następnie udostępnia się dla oka pochwę za pomocą wzierników Sim's'a, aby można było gruntownie wytrzeć ją watą do sucha. Potem wkłada się do pochwy spiralę celuloidową, grubości palca średniego, i wlewa się 20 cc. tej papki drożdżowej, lub też można wlać tylko 15 cc. a w pozostałych 5 cc. zmoczyć tampon i zatkać nim wejście do pochwy, aby papka napowrót nie spływała. Pewniej jest wstrzyknąć do pochwy całe 20 cc., a tampon z waty zmoczyć w roztworze cukru, aby nie wchłaniał papki drożdżowej. Pacjentkę należy z ostrożnością przenieść do łóżka na 6—8 godzin. Po 12—14 godzinach fermentacja główna mija, poczem należy starannie usunąć płyn z pochwy, gdyż pozostałe drożdże stanowią znakomitą odżywkę dla innych bakteryj. W tym celu należy po skończonej sprawie fermentacyjnej usunąć tampon i spiralę i starannie przepłukać pochwę wodą ciepłą. Następne dwa dni należy dwa razy dziennie przepłukiwać pochwę roztworem soli kuchennej; na trzeci dzień powtarza się całą procedurę, skontrolowawszy przedtem stan pochwy. Ocena skuteczności tego sposobu polega na badaniu drobnovidzowym bakteryj pochwowych pod względem ich jadowitości; jest to zasługa Marx'a i Woithe'a, którzy wykryli, iż za pomocą barwienia można określić większą lub mniejszą jadowitość bakteryj. Opierając się na tym sposobie, autor mógł podczas fermentacji wykazać widoczne polepszenie u każdej pacjentki. O innych skutkach dobrych sądził autor na mocy zmiany spływającego śluzu i gojenia się największych nadżerek na części

pochwowej, które długi czas istniały i nie poddawały się przedtem żadnemu leczeniu.

Wyptyw ropiasty po 2—3 wstrzykiwaniach stał się bledszym i płynnym, na co chore same zwróciły uwagę. Ilość odchodów zawsze się zmniejszała, a wyzdrowienie następowało już po 3—4 wstrzykiwaniach; u jednej ciężarnej, dotkniętej gonorrhoea acuta, dopiero po 20 wstrzykiwaniach nastąpiło wyleczenie pochwy. Zdaje się, że gonokoki są bardzo wrażliwe na fermentację drożdży, gdyż w 2 przypadkach po 2 ewent. 5 wstrzyknięciach nie znaleziono ani jednego gonokoka w pochwie. Najefektowniejszem było działanie na nadżerki części pochwowej: już po 2, najwyżej 3 wstrzyknięciach, wszystkie zostały wyleczone. U pacjentki z rzeżączką, z ostrym żrącym wypływem i zgrubieniem części pochwowej, na której znajdowała się nadżerka wielkości rubła srebrnego, już po pierwszym wstrzyknięciu powstała mała ranka, która znikła po drugiej iniekcji, przyczem sama część pochwa znacznie stęchła.

Autor doszedł do następujących wniosków:

1) Uszczuplenie jadowitości bakterij pochwowych, dające się wykryć przez mikroskop; 2) zmiana wypływu z pochwy, 3) szybkie gojenie największych nawet nadżerek części pochwowej.

Metoda powyższa odnosi się wyłącznie do leczenia pochwy, a cierpienia cewki, szyi i jamy macicznej niedostępne są obecnie dla tego sposobu leczenia. Następnie sposób odkażający leczenia za pomocą drożdży sterylizowanych może być aktem przedwstępnym do wszystkich innych operacyj pochwowych, gdyż jedna iniekcya, zrobiona w wigilię operacji, lepiej odkaża pochwę, niż wszelkie inne dotychczas używane sposoby; przyczem nabłonek pochwy nie zostaje odłuszczoney.

M. Warszawski.

III. Choroby skórne i weneryczne.

321. Hallopeau. Rzeżączkowe zapalenie gruczołów napletka. (Folliculite gonococique du prépuce La Sem. Méd. 1901).

Powszechnie przyjmują, że napletek nie jest odpowiedniemiem podścieliskiem dla rozwoju gonokoków; wyłączenie umiejscowienie się rzeżączki na napletku, należy do rzadkich wyjątków.

Zapalenie gonokokowe zajmuje liczne gruczoły napletka, tworząc torebkowate ropnie, których ropa zawiera typowe gonokoki. Cewka moczowa przytem może zachować się w stanie zupełnie zdrowym.

Przebieg choroby bywa łagodny, pod wpływem środków przeciwważających ropienie szybko zmniejsza się i następuje zabliznienie powstałych owrzodzeń.

J. Wojciechowski.

322. Talamon. **Półpasiec w zapaleniach płuc** (Le zona pneumonique). (La Sem. Méd. № 18, 1901).

Podług autora, półpasiec w zapaleniu płuc nie jest prostym zbiegiem okoliczności, lecz raczej wyrażeniem dwóch różnych umiejscowień jednego i tegoż samego czynnika chorobotwórczego.

Jeżeli wysypka umiejscowiona jest pomiędzy żebrami, przyjąć możemy istnienie rozszerzania się z sąsiedztwa t. j. z zakażonych płuc na gałązki nerwowe w których kierunku, rozwija się porażenie skóry. Jeżeli zaś w przebiegu zapalenia płuc rozwija się półpasiec w okolicy oddalonej, to przyczyną sprawy tej są nie mikroby, lecz toksyny.

Półpasiec zatem można uważać, przynajmniej w pewnych przypadkach, jako zakażenie skóry pneumokokami, prawdopodobnym jest, że nawet bez współistniejącego zapalenia płuc znaczna liczba wyprysków ma tę samą patogenezę i jest skutkiem miejscowego rozwoju pneumokoków skóry.

Ponieważ niezależnie od zapalenia płuc wyprysk towarzyszy niekiedy grypie, gruźlicy i wielu innym cierpieniom zakaźnym, przyjąć zatem należy, że półpasiec nie jest w zależności od jakiejś wyłącznej, sobie tylko właściwej przyczyny chorobotwórczej.

J. Wojciechowski.

323. Hirschberg. **Zwyrodnienie paznogi w przypadku zatrucia rtęciowego zawodowego.** (La Sem. Méd. № 15, 1901).

Autor leczył chorego, którego ręce, jako fabrykanta luster, musiały być często w zetknięciu z rtęcią. Człowiek ten już dawniej cierpiał na zatrucie rtęciowe (zajęcie błon śluzowych, częste wypróżnienia, drżenie kończyn), od którego wyleczył się, pozostało zaś jednak zwyrodnienie paznogi.

Paluchy i wskaziciel rąk uległy najmniejszym zmianom; powierzchnie paznogi ich były osiane małymi prążkami i szczelinami, końce zaś wykrzywione do góry; paznogie pozostałych palców były więcej zmienione; fałdki około-paznogiowe wcale nie istniały, naskórek zaś zaczynał się wprost z tkanki paznogiowej, która w jednych miejscach była bardzo miękka, w innych zaś twarda i popękana.

J. Wojciechowski.

324. Darier i Brocq. **Pseudo - pelades.** (La Sem. Méd. № 3, 1901).

Wspomniani autorzy opisują cierpienie skóry pokrytej włosami, połączone z wypadaniem tychże i tworzeniem się blizn.

Choroba ta różni się bardzo wyraźnie od plackowatego wypadania włosów (Area Celsi); tworzy ona wysypki gładkie, bliznowate, na których powierzchni włosy są zupełnie zniszczone, czego nie

spotykamy nigdy w t. zw. zwykłym wypadaniu włosów; rzadko również spostrzega się zaczerwienienie skóry około torebek włosowych, które tu ulegają zupełnemu zanikowi. Włosy znajdujące się na granicy miejsc chorych, są zupełnie zdrowe. Skóra miejsc chorych jest przyplaszczona, zanikła i nie posiada nawet śladów torebek włosowych.

Cierpienie występuje jednocześnie w licznych miejscach i, rozszerzając się coraz dalej, przyjmuje postać wysepek z nieregularnymi, pełzającymi brzegami.

Wyłysienia, podobne do opisanych, mogą powstawać w następstwie zapaleń ropnych torebek włosowych; mamy wtedy *acne decalvans* L a i l l e r'a i M e l c h i o r-R o b e r t'a.

W trzeciej postaci, umiejscawiającej się przedewszystkiem na brodzie, wypadanie włosów jest następstwem zapalenia bardzo licznych torebek włosowych, prawdziwej figówki (*sycosis*), sprowadzającej częstokroć blizny i modzelowatości skóry.

Przyczyna choroby jest dotąd nieznaną, poszukiwania bakteriologiczne nie wydały żadnego rezultatu; z 35 przypadków spostrzeczanych ani jeden nie powstał drogą zarażenia. Z drugiej jednak strony, części chore skóry są zbyt nieregularnie rozsiane, ażeby przyjąć je było można za zaburzenia czysto nerwowe—troficzne.

J. Wojciechowski.

325. F. Ciesielski. **Badania kliniczne nad eugoforem.** (Dermatologisches Centralblatt, № 6, 1901).

W ostatnich latach wiele robiono usiłowań, aby uprzedzić spustoszenia, jakie powoduje t. zw. liszaj żrący (*lupus vulgaris*). Przyżeganie gorącym powietrzem zasługuje tutaj przedewszystkiem na uwagę, ale sposób ten, przez H o l l ä n d e r'a polecany, da się stosować tylko przy ogólnym znieczuleniu, co wobec częstych nawrotów wilka ważnym jest brakiem. Dobre wyniki, jakie daje krezot i gwajakol w leczeniu gruźlicy wogóle, każe spodziewać się również dobrych wyników przy leczeniu miejscowej gruźlicy skóry, za jaką liszaj żrący, niewątpliwie, uważany być powinien.

Nieprzyjemny smak i zapach krezotu resp. gwajakolu, w znacznej mierze zmniejsza się przez połączenie go z formaldehydem i taki właśnie związek był już otrzymany przez B r i s s o n e t'a, ale związek był twardą, zbitą masą, która z trudnością dawała stosować się na owrzodzenia. Dr. Giegel przyszedł do wniosku, że związek ten otrzymać możemy w postaci miłkiego proszku, jeśli preparat B r i s s o n e t'a rozpuścimy przez ogrzewanie w stężonym kwasie octowym. Z roztworu tego przez dodanie wody strąca się wyżej wzmiankowany proszek.

Stężony kwas octowy działa tutaj tą drogą, że wprowadza do związku grupę acetylu. Ten związek acetylowy gwajakolu i formaldehydu otrzymał od swego wynalazcy miano *eugoforu*. Jest to szaro-biały, prawie bez zapachu, proszek, nierozpuszczalny w wodzie i bardzo miłki, co właśnie stanowi jego zaletę.

Na poliklinice d-ra M. Joseph'a stosował autor na obfitym materyale euguform, jużto w czystej postaci, jużto jako 2,5% i 10% maść.

Autor stosował przedewszystkiem euguform w wilku w 5 przypadkach, z których w jednym, gdzie była stosowana 10% maść, autor nie zauważył żadnego polepszenia, natomiast szczególnie skutecznym okazał się w dwóch innych przypadkach wilka twarży. Oba te przypadki miały jedną wspólną cechę: chore miejsca przedstawiały się w postaci owrzodzeń, pokrytych grubymi strupami. Leczenie liqu. alumin. acet. i jodoformem pozostało bez skutku, natomiast euguform sprowadził szybkie zagojenie, ale skóra pozostała czerwoną. Na guziczki wilka wybitnego wpływu, zdaje się, euguform nie posiada, natomiast w jednym przypadku bolesnych owrzodzeń okazał wybitne własności kojące; wogóle, we wrzodziejącym wilku euguform dał wyniki zachęcające.

Następnie, autor stosował euguform jako proszek na rany, a mianowicie w zanieczyszczonych ranach i w szankrach miękkich i twardych.

Owrzodzenia te oczyszczały się, w niektórych przypadkach zagoiły pod wpływem euguformu, wogóle jednak okazywały małą skłonność do zabliznienia. Bardzo dobre dał rezultaty euguform w 5 przypadkach dymienic, które w części były sztucznie otworzone, a w części otworzyły się same.

Nasięk i zacerwienie okolicy pachwinowej znikły już po kilku dniach, a co najważniejsza, że już po pierwszym dniu znikła bolesność, tak że chorzy mogli udawać się do zajęć. Gojenie następowało w 3—4 tygodnie. W twardym szankrze, jak również w rozpadłym ziarniniaku przymiotowym wyniki były ujemne, co zresztą zgóry można było przypuszczać ze względu na swoistość sprawy. Przy nadmiernym poceniu się nóg ze skutkiem, a przy ostrych łepieżach bez skutku stosowany był euguform. W przewlekłej pryszczycy goleni z silnem swędzeniem i gwałtownymi bólami w miejscach z naskórka obnażonych, 5% maść euguformowa wyśmienite dała wyniki: chory, który od czterech lat nosił się ze swoją chorobą, w przedkim czasie zupełnie wyzdrowiał. Skuteczne działanie w tym razie przypisać należy obecności dziegciu w gwajakolu.

W owrzodzeniach goleni, czyrakach, wyprysku na członku, jak również w jednym przypadku silnego swędzenia umiejscowionego na główce członka i wewnętrznej powierzchni napletka i przy oparzeniu drugiego stopnia dymiącym kwasem siarczanym, euguform dał bardzo dobre rezultaty. Dotychczasowe próby z euguformem zachęcają do dalszych, a na zasadzie powyższych danych możemy stwierdzić, że euguform posiada własności zmniejszania swędzenia i bólu, w szczególności nadaje się do wrzodziejących postaci wilka.

Edmund Kurella.

IV. *Choroby oczu.*

326. Dujardin. **Przypadek krótkowzroczności cukromoczonej**,
(Journal des sciences méd. de Lille № 29).

Do trzech przypadków ogłoszonych dotychczas przez Hirschberg'a, Appenzeller'a i Grinsdala krótkowzroczności na tle cukromoczu, zależnej w swym stopniu od większej lub mniejszej ilości cukru w moczu, a występującej bez względu na brak zmian w soczewce i szybko zmniejszającej się, a nawet znikającej zupełnie z chwilą zmniejszenia się zawartości cukru lub ustąpienia z moczu (co jasno stwierdza w danych przypadkach związek krótkowzroczności z moczwką cukrową), Dujardin dodaje swój czwarty.

W kwietniu roku zeszłego zgłosiła się do autora 69 letnia chora z cukromoczem z powodu zmian we wzroku; zmiany te silnie zaniepokoiły chorą. Pomimo odpowiedniego leczenia ilość cukru stale waha się pomiędzy 70 a 80 gramami na litr.

Badanie zapomocą wziernika ocznego nie wykryło żadnych zmian na dnie oczu, soczewki zupełnie przezroczyste.

Dawniej chora widziała zdaleka bardzo dobrze, do czytania i wogóle do pracy na bliską odległość używała od niedawna szkieł wypukłych + 4 dioptry (+ $\frac{1}{10}$), obecnie widzenie jej zupełnie się przestoczyło: zdaleka widzi źle, podczas gdy może czytać i pisać bez okularów, czytanie w okularach stało się niemożliwym. Jednocześnie istnieje lekki stopień światłowstrętu i bóle częste newralgiczne naokoło oczodołów, co wraz z pewną opornością przeciw środkom rozszerzającym źrenicę (nawet często wkraplanemu 1,5% rozcynowi atropiny) zmusza do przypuszczenia, iż powodem wystąpienia krótkowzroczności w danym przypadku, był spazm mięśnia rzęskowego. Po dłuższym wkraplaniu homatropiny i podawaniu do wewnątrz pigułek z belladonną, stwierdzono istnienie krótkowzroczności 5 dioptr ($\frac{1}{2}$), takąż samą wykryto początkowo.

Objaśnienie krótkowzroczności pochodzenia cukromoczonego nastrocza dużo trudności. Jedni są zdania, iż ma się tu do czynienia ze spazmem mięśnia rzęskowego, jakkolwiek w cukromoczu pierwotne kontraktury mięśni są rzadkie, daleko częściej widzimy porażenia, zwłaszcza VI-tej pary nerwów czaszkowych, inni widzą w zmianach fizyko-chemicznych przyczynę krótkowzroczności, zmianach bliżej jeszcze nieokreślonych jednakże podobnych do tych, jakie spostrzegamy w początkowych okresach sklerozy soczewki. Następstwem tych zmian jest zwiększona łamliwość soczewki.

Zdaje się, że oba momenty etyologiczne mogą być uwzględnione stosownie do oddzielnego przypadku; w wyżej przytoczonym przedej przyczyny krótkowzroczności należy szukać w spazmie mięśnia rzęskowego, niż w zmianach chemicznych soczewki, o powstawaniu w tych warunkach krótkowzroczności osiowej, innemi słowy o wydłużeniu się gałki ocznej w przednio-tylnym kierunku mowy być nie może, mogłoby to mieć miejsce tylko w przypadkach surowicznych zapalen naczyniówki ze zwiększoną zdolnością wydzielinową błon

ocznych, z podniesionym napięciem wewnątrzgałkowym, z wytworzeniem się głębokiej przedniej komory oka. Obok krótkowzroczności spostrzegano również nadwzroczność pochodzenia cukromoczowego, która również ustępowała z chwilą zniknięcia cukru z moczu. (Horner, Sourdille). Nadwzroczność występująca przy cukromoczu możnaby objaśnić porażeniem mięśnia rzęskowego, dzięki czemu ukryta do tego czasu nadwzroczność przechodzi w jawną, lub też jak chce Horner, obecność dużej ilości cukru we krwi rozwadnia ciało szkliste, stąd zmniejszenie objętości gałki ocznej i skrócenie, co zatem idzie, przedniotylniej jej osi, a więc wada refrakcyi pochodzenia osiowego. W każdym razie oba objaśnienia, zdaje się, są jeszcze przedwcześnie.

S. Cetnarowicz.

327. Engelhardt. **Blednica powikłana obustronnem zapaleniem nerwu wzrokowego, a rozpoznana za życia jako guz mózgowia.** (Münch. med. Woch. Sept. 1900).

Rzecz dotyczy ośmastoletniej młodej osoby, która przez pięć lat cierpiała na objawy anemii, więc: ogólne osłabienie, szybkie nużenie się, bóle głowy i t. p. Silne bóle głowy i utrata stopniowa wzroku sprowadziły chorą do szpitala.

Badanie stwierdziło stan ogólny względnie dobry, jakkolwiek policzki i błony śluzowe kompletnie białe, ślepotą zupełną na oba oczy. Badanie za pomocą wziernika ocznego wykazało zapalenie obu nerwów wzrokowych z obrzmieniem tarczy, tętnice środkowe siatkówki puste i cienkie, wyprostowane, weny wypełnione i poskręcane, obecność licznych białych błyszczących plam wysiękowych na okolo obu tarczy nerwów wzrokowych. Brak zmysłu powonienia. Pozostałe zmysły bez zmian. Samopoczucie dobre. Zmniejszona zdolność ruchów w prawej kończynie górnej, uczucie mrowienia w palcach. Brak odruchu kolanowego prawego, osłabienie lewego. W sześciennym milimetrze krwi trzy miliony czerwonych ciałek krwi, ilość hemoglobiny nie przenosiła 50%.

Powyższe dane upoważniły do postawienia rozpoznania guza mózgowia.

W trzy miesiące po wstąpieniu chorej do szpitala wystąpiły u tej ostatniej napady padaczkowe, często się powtarzające, porażenie prawego prostego mięśnia oka lewego i nerwu twarzowego prawego, zupełne porażenie prawej górnej kończyny. Porażenie zdolności czuciowej z prawej strony; odruchy kolanowe istniały, lecz prawy znacznie zmniejszony.

Przy stałym pogarszaniu się, zupełnym zaniku nerwów wzrokowych, porażeniu wreszcie prawej dolnej kończyny, po rocznym pobycie w szpitalu nastąpiła śmierć. Zaznaczyć należy, iż na kilka dni przed zgonem chora znajdowała się w stanie silnego podniecenia, wyśkakiwała z łóżka, chciała opuścić szpital, przyczem zauważono, iż dotychczas sparaliżowana prawa połowa ciała odzyskała zdolność ruchową.

Następny rozwój objawów, zdawało się, stwierdzał pierwotne

rozpoznanie. Dokonane badanie pośmiertne nietylko, iż nie wykazało obecności guza mózgu, lecz wogóle żadnych zmian dostępnych dla oka badacza. Jedyne zmiany polegały na nadzwyczaj silnie wyrażonej anemii substancji mózgowej; w pozostałych narządach nie stwierdzono żadnych zmian patologicznych.

Wobec takiego wyniku badania pośmiertnego, nie pozostało nic więcej, jak tylko zgodzić się na rozpoznanie blednicy powikłanej obustronnem zapaleniem nerwu wzrokowego z przypadłościami mózgowymi, tembardziej, iż istnieją w literaturze zwłaszcza angielskiej przypadki tego rodzaju, stwierdzające blizki stosunek pomiędzy zapaleniem nerwów wzrokowych i blednicą; dadzą się zatem w danym przypadku objaśnić takie objawy jak bóle głowy, zawroty, ogólne osłabienie brak apetytu, lecz trudniej wytłomaczyć porażenia, utratę czucia, drgawki i utratę powonienia.

Engelhard objaśnia ostatnie objawy przy pomocy nerwicy czynnościowej, która w danym przypadku wystąpiła na skutek silnie wyrażonej anemii mózgu.

S. Cetnarowicz.

V. Wiadomości terapeutyczne.

328. (j. z.) Anorexia.

Podajemy szereg recept, które w Centralbl. f. Ther. (19) podano jako środki na wzbudzenie łaknienia:

- Rp. Tra rhei aquos 15,0
Magn. carb. 5,0
Aq. foeniculi 30,0
Dds. Co 3 g. łyż. kaw.
- Rp. Rad. ipecac. pulv. 0,02—0,03
Rad. rhei 0,1—0,3
Mf. P. D. t. d. № VI S. prosz. przed jedzeniem.
- Rp. Extr. strychni 0,15
Rad. rhei 1,5
Pulv. arabic 3,0
Mucll. G. arab. q. s. ut f. pil. № XXX.
S. 1—2 p. 3. r. dz. przed jedz.
- Rp. Dec cort. Condurango 15,0—180,0
Resorcini 2,0
Syr. cort. aur. 20,0
MDS. Co 2 g. 1. st.

329. (j. z.) Acne rosacea.

Mauro w acne rosacea zaleca podawanie wyciągu z nadnercza, początkowo daje 2 tabletki po 0,3 grm. i dochodzi do 6 dziennie, poczem zmniejsza dawkę, aby znów wrócić do maksymalnej. Miejscowo stosuje wyciąg w postaci pędzlować roztworem wodnym 0,3: 4 grm. Skutkiem działania na nerwy naczynioruchowe, po chwilowem przekrwieniu następuje silna ischaemia. W przypadkach, w których inne środki zawodziły, metoda ta dała wyniki wyborne.

(Klin. ther. Woch. 1901).

330. (hk) Benzyna przeciw łupieżowi.

Dr. R. Leftwich (z Londynu) stosuje w łupieżu głowy benzynę, zmieszaną z kilku kroplami esencji geranium, wieierając pędzelkiem raz na 5 dni. W przerwach chory robi co rano

wcierania mieszaniną drażniącą. Benzyna ma pierwszeństwo przed alkalinami, stosowanymi zwykle w łupieżu, nie narusza bowiem włosów.

(La Sem. Méd. № 3, 1901).

331. (j. z.) **Carcinoma**

J a b o u l a y na pos. lek. w Lyonie (11/II r. b.) zawiadomił, że z powodzeniem stosował w raku różnych narządów z wyjątkiem w raku kiszki prostej, chininę po 1,0 grm. dziennie. Wzrost guzów zmniejszał się, a owrzodzenia oczyszczały się znacznie. Autor prócz podawania do wewnątrz, zaleca stosowanie miejscowe chininy.

332. (j. z.) **Dyspnoe.**

W całym szeregu przypadków pochodzenia sercowego L é v y wypróbował działanie *heroiny* zamiast morfiny. Autor zaleca *heroinę* w proszku 3 razy dz. po 0,004 grm.

(Die Heilkunde 4, 1901).

333. (j. z.) **Dysenteria.**

B e r t h i e zaleca w dyzenterji ławatywy z błękitu metylowego. Ławatywy daje z wody gorącej od 1/2 litra, w której rozpuszcza 0,1—0,2 metylenblau. Chory musi zatrzymać ławatywę jak może najdłużej. Już po jednej ławatywie następuje polepszenie, po 3—4 wyzdrowienie. Do moczu przechodzi bardzo mało barwnika, co dowodzi, że wchłania się go mało

(Bul. gén. de Méd. 1901).

334. (j. z.) **Eupyrinum.**

Jest to wanilino - etylcarbonat fenetidyny. P é r i e r zaleca go zamiast fenacetyny w dawkach do 2 grm. i uważa go za środek działający przeciwgorączkowo bez działań ubocznych.

(A. de méd. et chir. inf. II).

335. (hk) **Erysipelas.**

Przeciwno róży zaleca D e s e s - q u e l l e następującą mieszaninę,

która ma posiadać własności przeciwgnilne, kojące i przeciwgorączkowe.

Rp. Guajacoli crystal. 1,0

Mentholi 1,0

Ol. Camphor. 30,0

Co 2 godziny smarować chorą tkankę.

(Bull. thérap. 1900).

(Centr. f. Gyn. 1901, 17).

336. (jwoj.) **Gonorrhoea.**

C h. W o o d r u f f przypuszcza, że większa część sposobów leczenia rzeżączki polega na prostym mechanicznym działaniu płynów, które uwalniają błonę śluzową cewki od gonokoków i ich toksyn. Cały szereg doświadczeń porównawczych, przeprowadzonych z wodą czystą, roztworem sublimatu i nadmanganianu potasu, potwierdzać się zdają powyższy pogląd W o o d r o f f'a; wyleczenie chorych, leczonych zastrzykiwaniami wody zwyczajnej, następowało zarówno szybko jak i u leczonych przemywaniami z sublimatu i nadmanganianu potasu. Ponieważ woda czysta drażni błonę śluzową cewki, wywołuje napęcznienie komórek nabłonkowych, ta następnie ich rozpad, autor przeno dał pierwszeństwo fizyologicznemu roztworowi chlorku sodu, który posiada jeszcze i tę zaletę, że działa uspokajająco na błonę śluzową cewki moczowej.

W początkach rzeżączki, która jest sprawą czysto umiejscowioną, W o o d r u f f zaleca irygacje cewki wodą słoną, tak gorącą, jaką tylko chory wytrzymać może, powtarzane co 2 lub 3 godziny, a nawet co godzina. Środków wewnętrznych przytem nie zaleca, a leżenie w łóżku uważa za wprost szkodliwe.

Leczenie opisanym sposobem trwało przeciętnie około 12 dni;

nawroty występowały rzadko, jakkolwiek zajęcia chorych, jako żołnierzy, bardzo sprzyjały temu.

(La Sém. méd. 1901, 13).

337. —ek— **Gonorrhoea.**

Leistikow leczył ze skutkiem gościec tryprowy wewnętrznem i zewnętrznem stosowaniem ichtyolu, a mianowicie do wewnątrz dawał ichtyol w postaci kropeł; Ichtyli 10,0—Aq. 20,0; 3×10—15 kropli w dużej ilości wody po jedzeniu, na zewnątrz zaś stosował autor ichtyol-vasogen 10%, który, zdaniem autora odrazu usuwa ból. Po wtarciu ichtyol-vasogenu autor na staw cierpiący kładł serwetkę, następnie watę i bandaż.

Nie zaniedbuje autor także jednocześnie leczyć trypra, stosując szprycowania z ichtarganu.

338 —ek— **Gonorrhoea**, jako środek zapobiegawczy przeciwko tryprowi. Zeissl poleca wpuścić kilka kropli 20% *protargol-glycerini* (podług Franka) zaraz po stosunku.

(Wien. med. Woch. 8, 1901).

339. (j. z.) **Heroina.**

Witthauer, potwierdzając spostrzeżenia poprzedników co do tego środka, zaleca go w nerwobólach pogrypowych razem z antypiryną lub antyfebryną.

Rp. Heroini muriatici 0,003

Antipyrini 0,3

Ms. Pulv. dtd. № X 3 r. d. pr.

(M. m. W. 23).

340. (j. z.) **Heroinum hydrochloricum.**

Dr. Ligowski zaleca heroineę w cierpieniach nosa, gardła i krtań dla znieczulenia. W tym celu używa 5% roztworu lub do wewnątrz krtaniowych wstrzykiwań po 0,005 na dawkę.

(Die Heilkunde 5, 1901).

341. (j. z.) **Ileus.**

Hämig ogłasza z kliniki Krönleina przypadek, w którym po operacji usunięcia nerki drogą pozaotrzewnową wystąpiły objawy ileus, stan chorego był tak ciężki, że o operacji nie można było myśleć. Zalecono atropinę w dawce 0,003 grm. oraz lałatywy z oleju. Wystąpiły, wprawdzie, silne objawy zatrucia, ale wkrótce chory miał stolec obfity, a inne objawy niedrożności kiszek ustąpiły. Przypadek ten przemawia za skutecznością atropiny, H. jednak zaznacza, że usiłowania leczenia niedrożności środkami wewnętrznymi często zawodzą i choroby skutkiem tego zbyt późno dostają się w ręce chirurgów.

(Münch. med. Woch. 23).

342. (j. z.) **Injectiones subarachnoideae.**

Według Doléris'a należy unikać stosowania kokainy do wstrzykiwań lędźwiowych u ciężarnych, gdyż wywołać mogą poronienie D. uważa środek ten za wyborny dla wywołania przedwczesnego porodu, nadto zaleca go w drgawkach porodowych dla wywołania szybkiego opróżnienia macicy.

(Klin. Ther. Woch. 8).

343. (mw) **Lyzoform.**

Autor zwraca uwagę na nowy bezwonny i nietrujący preparat antyseptyczny — lyzoform, który ma oddać znakomite usługi akušzerzy i ginekologii. Preparat ten pieni się, mydli się, rozpuszcza się w wodzie i alkoholu. Nie posiada wstrętnego zapachu, jaki ma lyzol. Jego siła dezynfekcyjna nie dorówna sublimatowi lecz może być podniesiona przez mocniejszą koncentrację; skóry nie niszczy.

Próby toksykologiczne wykazały niewinność tego preparatu.

Do dezynfekcyi rąk używa się

2—3% rozczyynu i 1% rozczyynu do przepłukiwań pochwy. O zaletach lyzoformu, podanych przez Strasmana, autor miał sposobność osobiście się przekonać. Do największych zalet tego preparatu należy jego działanie nietrujące i bezwonność.

Autor zaleca użycie tego preparatu w godzinach przyjęcia, w praktyce pauperum i przedewszystkiem w tych przypadkach, gdzie chodzi o bezwonność preparatu dezynfekcyjnego. Wszystkie dotychczas ogłoszone zdania bardzo zachęcają do stosowania tego środka.

(Centr. f. Gyn. 1901, 17).

344. (j. z.) Narcosis.

Aby zapobiedz zbyt niemu podrażnieniu dróg oddechowych przy usypianiu za pomocą eteru, Reinhard na $\frac{3}{4}$ —1 godz. przed narokozą zaleca wstrzykiwanie $\frac{1}{2}$ —1 szpryki następującego składu:

Rp. Atropini sulfar. 0,01

Morph. muriatici 0,2

Aqu. destil. 10,0

(Centr. f. Chir. 1901).

345. (hk) Szpatele nowe.

Praktyczne szpatele gardzielowe poleca Dr. R. Brüggemann z Magdeburga. Wyrabiają je z drzewa, maszynowo i są nadzwyczaj tania. Po jednorazowym użyciu w praktyce prywatnej, mogą być zaraz odrzucane. W szpitalu każdy chory może mieć swój własny szpateł.

(Dermatol. Centralblatt 1900).

346. (j. z.) Tra ferri Athenstaedt.

Jest to tlenek żelaza w połączeniu z cukrem, obojętny i łatwo rozpuszczalny związek, zawierający 0,2% żelaza metalicznego czyli 0,4% tlenku żelaza. Kraus, który używał tego środka, zachwala jego działanie.

(Allg. W. m. Zg. 16, 1901).

347. (j. z.) Tabes.

Negro podaje sportrzeżenie, że santonina posiada własności znieczulające, szczególnie w bólach tabetycznych. Autor w tym celu podaje 0,15 grm, dziennie w 3 dawkach.

(Gaz. d. Osped. 1901, 17/II).

348. (j. z.) Tussis convulsiva.

Joirs zaleca w kokluszu kreozotal starszym dzieciom po 2—3 łyż. kaw., młodszym po 3—10 kr. 3 razy dz.

(W. m. Pr. 3, 1901).

349. (j. z.) Tic douloureux.

Grand Clement zaleca w tem cierpieniu wstrzykiwania podskórne:

Rp. Cocaini 0,5

Antipyrini 4,0

Aqu. destil. 10,0

MDS d. 1 szpryca.

(Wien. med. Presse 7).

350. (Fr. Gr-ć) Tuberculosis cutis.

W październiku r. z. M. Butte przedstawił akademii lekarskiej w Paryżu sposób leczenia gruźlicy skórnej, stosowany przez niego już od lat pięciu. Sposób polegał na tem, że na miejsce dotknięte cierpieniem (wilkiem), obmyte starannie sublimatem lub też mydłem ichtyolowem, nakładano na przeciąg 10—15 minut kompres, zmoczony w ciepłym roztworze 2%-ego nadmanganianu potasu. Zabieg opisany powtarzano codziennie.

Po 10—12 dniach można było dostrzedz, że wykwitły zmniejszają się, pokrywają się strupem czarnym, owrzodzenia zaś zaczynają stopniowo się zablizniać. Od tej chwili M. Butte stosuje środek już tylko co drugi dzień, a to w ciągu 2—3 miesięcy. Po tym czasie zwykle następuje już wyliczenie, aczkolwiek nie zawsze

trwałe, można mianowicie niekiedy zauważyć ukazywanie się wykwitów nowych, które atoli łatwo dają się usunąć tą samą drogą. Na 16 przypadków Butte osiągnął wyleczenie zupełne w 15-u.

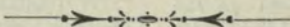
Kaczanowski stosował ten sam środek, z tą wszakże różnicą, że zamiast roztworu brał lek w proszku, używał go zaś codziennie, również w przeciągu minut 15-u za każdym razem. Wyniki miały bardzo dobre.

Hallopeau i Lemierre przedsięwzięli próby na szerszą skalę, stosowali nadmanganian potasu zgodnie z przepisem M. Butte, t. j. w roztworze, nie robili wszakże przerw żadnych, przykładając kompresy codziennie; na wykwity zaś, które pomimo to trzymały się opornie, używali proszku. Pod wpływem jego gruzelki szybko ulegały zniszczeniu, pozostałe zaś owrzodzenia miały charakter

niezłśliwy i prędko dawały się doprowadzić do zupełnego zablźnienia.

Taki atoli wynik nie zawsze dawał się osiągnąć: nadmanganian potasu nie skutkował niekiedy nawet w połączeniu z nacinaniem (skaryfikacyami), albo też wywoływał tylko poprawę, nie prowadząc do wyleczenia zupełnego, to znowu wyleczenie było chwilowe, poczem szybko występowały nawroty. Jednak, obok tych zgola niepomyślnych lub niezupelnie pomyslnych wynikow, nalezy zaznaczyć przypadki, w których lek pomieniony okazywał się skutecznym tam, gdzie inne, znane w tem cierpieniu środki, zawodziły. Jeżeli przeto nie zawsze można liczyć na nadmanganian potasu w leczeniu wilka, pomijając go nie należy.

(Am. de derm. et de Syph. 1901, 3).



III Zjazd przyrodników i lekarzy w Pradze Czeskiej

(Sprawozdanie specjalnego delegata Kroniki).

Trzeci zjazd lekarzy i przyrodników czeskich sprowadził do Pragi 1055 uczestników. Przybyli ze wszystkich stron delegaci słowiańscy; z Krakowa prof. Kostanecki, prof. Ciechanowski, prof. Kryński redaktor Kwaśnicki, dr. Buzdygan—ze Lwowa, prof. Głuziński i dr. Kuczera, z Warszawy: sprawozdawca niniejszego, z Lublina dr. Dobrucki i dr. Talko, z Sosnowca dr. Paderewski, z Sieradza dr. Podciechowski, z Jędrzejowa dr. Przypkowski, od rusinów dr. Ozarkiewicz, redakt. „Sbirnika przewodnicko-lekarskeho“, od Serbów dr. Jovan Danicz, redaktor „Srbskogo archiwu“ i dr. Afanasiewicz; od słowiańców dr. Szleymer (Lublana), od Chorwatów dr. Cacković, red. „Lecnickogo Viestnika“; od Bułgarów dr. Russev; od Towarzystwa neuropatologów w Petersburgu dr. Łazurski.

Zjazd rozpoczął się od ogólnego posiedzenia w teatrze narodo-

wym. Prezesem zjazdu był prof. Jarosław Hlava, który powitał zgromadzonych uczestników, dziękując wszystkim obecnym za przybycie na zjazd. Po nim zabrał głos burmistrz miasta Pragi dr. Srb w imieniu miasta, szef sekcji, zastępca namiestnika dr. Kussy, zaznaczając, iż rząd jest bardzo rad, że nauka czeska tak wysoko się rozwija; od czeskiej akademii umiejętności przemawia prezes akademii Hlava, od Towarzystwa przyjaciół nauk prof. Korzystka, od czeskiego uniwersytetu prof. Stupecky, od czeskiej techniki w Bernie, prof. Zachradnik, od Politechniki w Pradze rektor Hrásky; od Polaków przemawiał prof. Kostanecki, którego mowa była gorąco oklaskiwana, od innych narodów słowiańskich przemawiali wyżej wymienieni delegaci. Przemówienia zakończył jeneralny sekretarz zjazdu docent Vessely.

Po wyczerpaniu przemówień prof. Hlava zaprosił na honorowych prezesów zjazdu następujących: Dr. Kussego z Dubrawy, prof. Wicherkiewicza z Krakowa, prof. Kostaneckiego z Krakowa, prof. Rydygiera ze Lwowa, prof. Czyrjewa z Kijowa, dr. Danicza z Belgradu, dr. Russeva z Sofii, dr. Szlejmera z Lublany, prof. Dworzaka z Zagrzebia, prof. Pomorskiego z Dublin. Profesorowie Wicherkiewicz, Rydygier i Czyrjew nie przybyli. Przewodnictwo objął prof. Kostanecki dał głos prof. Thomayerowi (Praga), który wygłosił prześliczny odczyt „o wpływie cywilizacji na nerwy ludzkie.“ Odczyt ten w oddzielnej broszurce był rozdany wszystkim uczestnikom zjazdu.

Wieczorem miasto wydało raut na wyspie Zofince dla uczestników zjazdu. Na raucie znaleźli się wszyscy dostojnicy Pragi z rodzinami. Doskonała orkiestra wykonywała utwory przeważnie czeskich kompozytorów.

Na raucie poznaliśmy Władysława Riegera 83-letniego starca, którego wszyscy z radością i czcią witali.

Na drugi dzień, dnia 26 maja do godziny 10 zwiedzano osobliwości miasta i szpitale. Ze szpitali na pierwszym miejscu zasługuje na uwagę szpital dla dzieci starszych i szpital dla noworodków, do którego obowiązkowo każda położnica po wyjściu z kliniki położniczej zapisać się musi na jakiś czas.

Szpitaly te pod względem urządzenia stanowią ostatnie słowo higieny szpitalnej, a powstały jedynie ze składek narodowych, bez pomocy rządu. Z innych instytucyj lekarskich zasługują na uwagę: Instytut anatomo-patologiczny, fizyologiczny, dla anatomii opisowej, położniczy, zajmujący kilka pawilonów, i inne. W szpitalach dla dzieci szczegółowo oprowadzali nas i pokazywali wszystko dr. Verhlicky i dr. Haasz. O godzinie 10 rozpoczęły się sekcje, które trwały do godziny 1-ej. O 3-ej po południu 300 członków zjazdu udało się koleją do starego historycznego zamku z czasów Karola IV; zamek znajduje się w bardzo uroczej miejscowości, nazywa się „Karlov Tyn“. Zamek ten obecnie prawie odnowiony z zachowaniem wszystkiego jak dawniej było. W poniedziałek rano odbywały się posiedzenia sekcyjne, po południu zaś zwiedzano osobliwości miasta: zamek na Hrádczynie, obok którego znajduje się sławna wieża „Dali-

borka"; Katedrę S-go Wita, piękną starożytną synagogę, Kościół Tyński, trzy mosty historyczne; Praszna wieżę, muzeum Królewsko-czeskie (Rudolfinum) muzeum Naperstka, muzeum narodowe na Wacławskim Naměstí, bardzo bogate w zbiory przyrodnicze. Wieczorem odbył się koncert dla uczestników zjazdu w ogrodzie na Zofince.

Czwartego dnia zjazdu t. j. we wtorek odbyły się dwie wycieczki dla przyrodników i techników: jedna do Kopalń w Przybramie, druga do zakładów fabrycznych w Pilźnie. Rano obradowały sekcye. W południe polacy zebrali się razem na Zofince dla uczczenia obiadem państwa Rudzkich (studyjujących w Pradze), którzy uczestnikom polskim zjazdu oddawali wiele usług i ułatwiali wszystko na każdym kroku. Równocześnie dziękowano serdecznie panu Rozwodzie, dziennikarzowi z Pragi, za wielką życzliwość dla narodu polskiego. Wieczorem odbyło się uroczyste przedstawienie w Narodnem Divadle, gdzie wystawiono piękną operę Dworzaka „Rusalkę“.

W środę, dnia 29, o godzinie 11 zamknięto zjazd w Panteonie. Po wstępnych formalnościach wygłosił odczyt profesor Raymond „O stanowisku i rozwoju chemii“. Odczyt był bardzo pięknie opracowany za co prelegent był rzesistemi oklaskami przyjęty.

Następnie prof. Reinsberg motywował potrzebę założenia drugiego uniwersytetu czeskiego w Bernie, na Morawach, przytaczając statystyczne dane, że liczba Czechów, kształcących się na uniwersytecie wiedeńskim jest daleko wyższą od liczby wszystkich słuchaczy na uniwersytecie w Czerniowcach. W dalszym ciągu prof. Reinsberg dowodził, że ministerjum oświaty powinno znieść uniwersytet Czerniowiecki, jako założony nie dla celów oświaty, a dla celów politycznych a założyć uniwersytet w Bernie na Morawach. Długotrwałe oklaski potwierdziły wniosek prof. Reinsberga. Z innych wniosków zasługuje na uwagę założenie w Czechach wyższej szkoły dla rolnictwa i dla weterynaryi. Z delegatów przemawiał tylko prof. Kostanecki, dziękując w serdecznych słowach za gościnność i przyjemny pobyt w Pradze, składając równocześnie życzenie w imieniu wszystkich Polaków, aby to drugie ognisko czeskiej nauki jaknajprędzej powstało, i dało takich dzielnych ludzi, jakich daje uniwersytet w Pradze.

Przemówienie prof. Kostaneckiego przez wszystkich było serdecznie przyjęte. Zakończył zjazd prof. Hlava, żegnając wszystkich i prosząc, aby w trzy razy większej ilości przybyli za lat 5 na czwarty zjazd do Pragi.

Z posiedzeń zasługują na uwagę: dwa posiedzenia dla prasy, na których zebrali się delegaci wszystkich narodów słowiańskich i radzili nad zorganizowaniem zjazdów ogólnosłowiańskich. Odczytów we wszystkich sekcjach była ogromna ilość, bardzo ciekawych i bardzo starannie opracowanych. Nie będę wymieniał wszystkich gdyż będą drukowane w „Casopis lékařů českých“. Zaznaczę tylko parę ważniejszych: prof. Obrzut „Dalsze badania hematologiczne“. docent Kukula (o autointoksykacyach w niedrożności kiszki). Prof. Głuziński Kilka uwag w sprawie wczesnego rozpoznawania raka żołądka. Prof. Pawlik (o guzach jainikowych). Prof. Janowski (naj-

nowsze poglądy w patologii i terapii trypra). Prof. Pesina i dr. Semerad (*o wynikach seroterapii w dyfteryście w Czechach*). Prof. Deyl (*o pochodzeniu migreny*). Prof. Rubeska (*o pęknięciach macicy*) i t. d.

Podczas zjazdu codziennie wychodził dziennik, informujący o wszystkim, co było postanowione na ten dzień. Każdy z uczestników zjazdu otrzymywał znak srebrny z podobizną Purkyniego.

We czwartek o godzinie 6-ej rano kilkudziesięciu uczestników zjazdu z jeneralnym sekretarzem na czele docentem Vesselym udało się na wycieczkę do wód czeskich. Naprzód o godzinie 8-ej rano zwiedziliśmy Cieplice czeskie gdzie na stacyi obywatele miejscowi wraz z lekarzami: dr. Müllerem dr. Lövy dr. Hauserem i innymi oczekiwali na nas z powozami i zabrali nas do zakładu. Tam pokazano nam łaźienki, źródła, bardzo piękny i ogromny park. Po obejrzeniu części zaproszono nas na śniadanie, a później na obiad, na którym to oprócz wyżej wymienionych osób znajdował się plenipotent księżny Clary (właścicielki Cieplic) pan Holfeld i inspektor kąpielowy Schröter. O godzinie 2 pojechaliśmy do Karlsbadu gdzie na stacyi oczekiwali nas lekarze czesi dr. Engel, dr. Zatlukal, dr. Janatka i dr. Kretowicz (polak). Burmistrz miasta nie chciał urzędownie przyjmować członków zjazdu. Ze stacyi powozami pojechaliśmy do miasta i tam szczegółowo zwiedzaliśmy wspaniałe urządzone łaźienki i źródła. W parku pokazywano nam pomnik Mickiewicza—a ztamtąd zaprowadzono do czeskiej Besedy, wybudowanej tylko ze składek kuracuszów czeskich. W lokalu tym spotkała nas polaków niespodzianka, gdyż znaleźliśmy mapę Królestwa Polskiego Wójcickiej i duży portret Sobieskiego.

Wieczorem zebraliśmy się w jednej z restauracyj przy kolacyi, gdzie oprócz wyżej wymienionych lekarzy przybyli dr. Hasewicz dr. Moraczewski, dr. Pleschner, (niemiec) dr. Ruff, (niemiec) dr. Padowiec. Po przenocowaniu o 9 rano wyjechaliśmy do Francensbadu, gdzie na stacyi oczekiwali na nas burmistrz miasta budowniczy Viedeman z dwoma radcami miasta (Keppel i Kopp). z lekarzami polakami: dr. Sztejnbergiem, Zeitnerem i Kizlerem: z czechami dr. Rożankiem i Komrsem i serbem dr. Nenadowiczem.

Po przemówieniu burmistrza udaliśmy się dla zwiedzenia łaźienek, które są pomieszczone w trzech budynkach i należą do trzech właścicieli (Kajzerbad), łaźienki Cartellierogo i łaźienki Leimana). łaźienki mają kąpiele: mineralne, borowinowe i z kwasem węglowym, który naturalnie ze źródła w wielkiej ilości się wydziela.

Urządzenie łaźienek, osobliwie borowinowych i dla kąpiele z kwasem węglowym jest bardzo staranne i dobre. Po zwiedzeniu przyjmowano nas wspaniałym obiadem, podczas którego przygrywała miejscowa orkiestra. Tutaj odebraliśmy list od jednego z lekarzy z Maryenbadu, donoszący nam następującą rzecz. Lekarze niemcy w Maryenbadzie poszli do burmistrza miasta i zażądali od niego, aby się nie ważył nietylko urzędownie, ale i prywatnie przyjmować uczestni-

ków zjazdu. Oburzenie nasze było wielkie. Nie spodziewaliśmy się, że wstrętny hakatyzm może owładnąć lekarzami wespół lekarzy.

Lecz widocznie w XX wieku kiedy inne narody, stojące kulturalnie niżej, podczas zjazdów, lub wycieczek naukowych traktują wszystkie narody równo—niemieccy lekarze nie idą naprzód, a posuwają się w tył. Pomimo tego pojechaliśmy do Maryenbadu, gdzie na stacyi oczekiwali na nas: dr. Harajewicz (polak) i dr. Mołodyjewski (Czech).

Ci dwaj panowie obwieźli nas szczegółowo po zakładzie. Z innych lekarzy nawet wieczorem do kursalu, gdzie wszyscy zebraliśmy się, nikt nie przybył.

Wieczorem, o godzinie 11 pojechaliśmy do Pilzna. Po przenocowaniu rano zwiedziliśmy miasto i browar, najpierwszy na całym świecie pod względem urządzeń i wyrobu ilości piwa. O 11 rano wyjechaliśmy do Dobrzan, gdzie znajduje się jeden z największych w świecie szpitali dla umysłowo chorych.

Naczelnym lekarzem dr. Hranz lekarzami dr. Sedlin, dr. Hess, Smykal, Pitar, Brandejs, Urban i Kabihil oprowadzali nas bardzo szczegółowo po całym szpitalu, gdzie znaleźliśmy wszystkie nowoczesne zastosowania, zarówno w salach, jak też i w ogrodach. Na szczególną uwagę zasługują wzorowo urządzone warsztaty każdego rzemiosła, gdzie chorzy po całych dniach pracują. O 6-ej powróciliśmy do Pragi.

Na tem miejscu niech mi wolno będzie złożyć podziękowanie w imieniu obecnych tam polaków z Królestwa Czechom nie tylko za ich gościnność, ale za ich taktowne postępowanie względem wszystkich uczestników zjazdu. Zjazd ten miał zamiar i życzenie przybrać charakter zjazdu ogólnosłowiańskiego, tymczasem marzenia Czechów się nie ziściły, gdyż udział innych narodowości słowiańskich był bardzo mały. Duża liczba uczestników czeskich, duża liczba prac wygłoszonych przez nich dowodzi, że naród żyje i szybkim krokiem pomimo przeszkód ze strony Niemców, idzie naprzód. Bratniemu narodowi pozdrowienie i życzenie dalszego rozwoju należy się od nas.

Stanisław Kurtz.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 15 Czerwca 1901 r.

—jz— Jak donoszą pisma, ministerium oświaty ma zamiar zreformować gimnazya w ten sposób, że z języków starożytnych łacina będzie wykładana i wymagana dla przyszłych studentów prawa i medycyny, oba zaś języki dla filologów. Natomiast wprowadzić się ma do programu szkół przyrodoznawstwo, prawoznawstwo i krajoznawstwo w najobszerniejszym zakresie.

Pismo nasze oddawna już broniło zasady, że dla lekarza nie jest niezbędnym wykształcenie klasyczne i że tę odrobinę języków starożytnych, jaką lekarz posiadać musi, bardzo łatwo w ciągu roku nabe-

dzie, reforma więc z naszego punktu widzenia niewątpliwie wywoła większy poziom wykształcenia, czas bowiem bezużytecznie stracony na języki starożytne, poświęcić można będzie na przedmioty o wiele więcej mające związku z życiem codziennem.

Do takich przedmiotów obok nauk przyrodniczych należą: pierwsze zasady anatomii i fizjologii człowieka oraz higiena. Nauki te niezbędne dla każdego, gdyż dotyczą jego własnych najbliższej go obchodzących kwestyi, dziś w programie nauk szkolnych nie istnieją, stąd nawet t. zw. wykształceni ludzie nie mają pojęcia ani o sprawach zachodzących w ich ustroju, ani o zachowaniu siebie i innych w warunkach higienicznych. Ztąd też i mały postęp odnośnie do higieny w naszym społeczeństwie. Umysł dziecka i młodzieńca jest zawsze bardziej wrażliwy, niż umysł starszych; łatwiej przyswajają sobie usłyszane poglądy i na dłużej pozostają mu w pamięci. Z tego względu wykład higieny i fizjologii z anatomią w szkole jest nader pożądany.

Współcześnie wszakże z wykładem teoretycznym i praktyka szkolna nie powinna być antytezą higieny ciała i umysłu. Wychowawcy i w praktyce powinni wdrażać młodzież w zachowywanie przepisów higieny.

Za daleko by nas zaprowadziło, gdybyśmy chcieli wyliczać wszystko, co w życiu szkolnem uważamy za przeciwne higienie umysłu i ciała. Sądzymy, że zaprojektowane przez Tow. hyg. dopuszczenie lekarzy szkolnych na posiedzenia rad szkolnych, przyniesie w tym kierunku zmiany. Tak sądzić mogą z praktyki szkół handlowych w Warszawie, gdzie reforma ta już nastąpiła z korzyścią dla uczniów.

Czem pozatem powinien być lekarz szkolny, omawiałem już nieraz poprzednio.

—r— Rada Tow. higienicznego nadesłała nam kwestyonyaryusz dla badania mieszkań letnich i zdrojowisk, ułożony w r. z. przez dr. J. Z a w a d z k i e g o i zatwierdzony przez wydział zdrojowisk W. T. H. z prośbą o zaznaczenie, że egzemplarz kwestyonyaryusza wyda-

je każdemu na żądanie kancelarya Towarzystwa. Sądzymy, że kole-dzy, udający się na leki do miejscowości leczniczych, nie omieszka-ją skorzystać z tego.

—z— Kol. F. Neugebauer został zaproszony na członka korespondenta Akademii lekarskiej w Paryżu.

NEKROLOGIA.

— Pośpiesznie nakreślona wzmiankę o zgonie ś. p. D r o-
b n i k a uzupełniamy niektórymi szczegółami. Urodził się w Pleszo-
wie w 1858 r. W r. 1885 ukończył medycynę w Würzburgu. Począt-
kowo był asystentem przy katedrze anatomii we Wrocławiu, w r. 1886
był asystentem kliniki chirurgicznej w Strasburgu, a w roku następ-
nym w Królewcu (u prof. Mikulicza). Od r. 1890 pracował sam-
odzielnie w Poznaniu, gdzie zaznaczył swą działalność w praktyce
lekarskiej oraz w czynnym współudziale w redakcyi Nowin lekarskich

Prowincyi poznańskiej ubywa dzielny pracownik, a na tej placówce nie ma ich zbyt wielu..

— Dr. Tytus Mączewski, lekarz wojskowy, zmarł d. 6 b m. w Nałęczowie w wieku lat 46.

— W uzupełnieniu wiadomości podanej w zeszłym zeszycie Kroniki, podajemy szczegóły z życia ś. p. Seweryna Widery, zmarłego 29/V 1901 r., w wieku lat 36. Zmarły ukończył uniwersytet Warszawski i od lat 7 był lekarzem w Sosnowcu. Młodego sioły w krótkim czasie stargła ciężka i złośliwa choroba. Ś. p. Widera dzięki swym zaletom, zdobył sobie ogólny szacunek. Jako lekarz praktykujący ś. p. Widera należał do ludzi szanujących i miłujących zawód, i wszędzie, gdzie była potrzeba z całą godnością i prawością zawód lekarski zaprezentował, nie też dziwnego, że zjednał sobie również miłość i poważanie wśród lekarzy. Dla tego też śmierć ś. p. Widery wywarła głębokie przygnębiające wrażenie na całym otoczeniu, wśród którego żył i pracował. Wyrazem uznania zasług zmarłego było uczczenie go wspaniałym pogrzebem. Górnicy w zawodowym paradnym stroju na swych barkach ponieśli zwłoki na cmentarz do Zagórza, odległy o 5 wiorst, a w licznym zastępie odprowadzających go na miejsce wiecznego spoczynku, prócz górników przyjęli udział liczny inteligencya i lekarze.

August Kosiński.

Odpowiedzi Redakcyi.

Kol. T. W odpowiedzi, o której mowa, podaliśmy fakty iście oburzającego postępowania na zasadzie listu nadesłanego Redakcyi. Nie mamy możności sprawdzenia czy tak było wistocie. Przytaczając te fakty, chcieliśmy zaznaczyć, że nawet z lekarzem, któryby dopuścił się tych czynów odbywaćmusimy narady, skoro dobro chorego tego wymaga, ale mamy prawo zerwać z nim stosunki towarzyskie, jeżeli przedtem istniały.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Hernia scrotalis cum Elephantiasi scroti—dr. Alfred Michelis—str. 609.
II. O porażeniach i zanikach mięśniowych w wiązadzie rdzenia—Dr. Bornstein—str. 614.

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

301. Prof. E. Loison (z Val-de-Grâce—O leczeniu chirurgicznym rozlanego ropnego zapalenia otrzewny w następstwie przedziurawienia kiszki czczej w przebiegu duru—str. 624. 302. Dr. A. von Bardeleben—Przypadek całkowitego wycięcia żołądka (Oesophagoenterostomia)—str. 627. 303. Dr. O. v. Büngner—W sprawie aseptyki zabiegów chirurgicznych, dokonywanych na szyi—str. 628.

II. Choroby kobiet i akuszerja.

304. Dr. Arthur Dienst—Studjum krytyczne o patogenezie drgawek poporodowych, oparte na danych anatomo-patologicznych, badaniu krwi i moczu matek i płodów—str. 629. 305. G. Miranda (Neapol). Patogeneza i leczenie eklampsji porodowej—str. 630. 306. Osterloh—O gorączce połogowej—str. 631. 307. Dr. Steiner—Przyczynę do leczenia gorączki połogowej—str. 634. 308. Dr. W. Zangemeister—Wypchnięcie łożyska przez rękoczyn zewnętrzny—str. 634. 309. Ahlfeld—Metreuryza w celu wywołania porodu przedwczesnego przy miednicy zwężonej—str. 634. 310. Sheilhaber (Monachium)—Przyczyna krwotoków przedklimakterycznych—str. 635. 311. P. Strassman.—Niezwykłe cierpienie sromu—str. 635. 312. Saniter—torbiel—str. 636. 313. H. Palm (Göttingen)—Przyczynę do wakcynacji ciężarnych, położnic i noworodków—str. 637. 314. E. Kraus (Praga)—Dalszy przyczynek do kliniki i leczenia tężca—str. 637. 315. Chaput—Wydobycie przez kiszkę serwetki z gazy w 6 lat po cięciu brzuszem—str. 638. 316. Kneise—Paszorzyty jamy ustnej noworodka od chwili przyjścia na świat i ich stosunek do etyologii zapalenia gruczołów piersiowych str. 638. 317. G. Minxevitch—Szew brzuszny po laparotomii—str. 639. 318. J. Halle—Badanie bakteriologiczne dróg rodnych—str. 639. 319. Czerny (Heidelberg)—Leczenie raków niedających się do operacji—str. 640. 320. Dr. Walter Albert—Drożdże sterylizowane i ich zastosowanie w ginekologii—str. 640.

III. Choroby skórne i weneryczne.

321. Hallopeau—Rzeżączkowe zapalenie gruczołów napletka—str. 642. 322. Talamon Półpasiec w zapaleniach płuc—str. 643. 323. Hirschberg—Zwyrodnienie paznokci w przypadku zatrucia rtęciowego zawodowego—str. 643. 324. Darier i Brocq. Pseudo-pelades—str. 643. 325. F. Ciesielski—Badania kliniczne nad eugoforem—str. 644.

IV. Choroby oczu.

326. Dujardin—Przypadek krótkowzroczności cukromoczwowej—str. 646. 327. Engelhardt—Blednica powikłana obustronnem zapaleniem nerwu wzrokowego, a rozpoznana za życia jako guz mózgowia—str. 647.

- V. Wiadomości terapeutyczne (328—350) str. 648. III Zjazd przyrodników i lekarzy w Pradze Czeskiej—str. 652. Kronika bieżąca—str. 656. Nekrologia—str. 657. Odpowiedzi Redakcyi—str. 658.

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

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

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Apteka komendantury, Berlin C.

Nabyć można za pośrednictwem każdej apteki we flaszkach z 250 gr.

Literatura: Therapeut. Beilage № 7, Deutsche med. Wochenschr. i № 27 (1898); № 56 Allg. med. C. Z. (1899); № 29 All. B. (1899); № 17 Wiener med. B. (1900), Wiener Aerztl Centralztg №12 (1901).

SKŁAD GŁÓWNY: APTEKA

E. T A E S C H N E R A.

BERLIN C. 19. Seydelstrasse 16

Składy: Mag. farm. E. van Bellen, Aptekarz Th. Buchardt, Ryga, Kalkstrasse 26.

Skład główny na Królestwo Polskie i Rossyę Zachodnią.

Aptekarz **H. BIERTÜMPFEL,**

Warszawa, Marszałkowska № 133.

Wyszedł z druku i jest do nabycia

Kalendarz Niebieskiego Krzyża

(Kalendar sinowo Kresta)

na r. 1901

na dochód Tow. opieki nad biednymi i choremi dziećmi.

NAJSTRAWNIEJSZA

ze wszystkich wód mineralnych zawierających arsen.

Natürliches arsen-
und
Guber Quelle
eisenhaltiges
Mineralwasser
GREBRENICA IN BOSNIE.

Według chemicznego rozbioru
uskutecznionego przez c. k. Profesora
Chemii Lekarskiej, Rady
Dworu Ernesta Ludwig'a woda
ta w 10,000 części zawiera
na waga:

Kwasu arsenawego 0,061
Siarczanu tlenu żel. 3,734.

Wyłączne prawo wysyłki posiada firma
Heinrich Mattoni

Francensbad, Wiedeń, Karlsbad.