

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z klin. chirurg. wydz. Uniwersytetu Warszawskiego.

I. Amputacya międzyłopatkowo-piersiowa.

(amputatio interscapulo-thoracica).

Napisał

Kazimierz Niedzielski.

W S T Ę P.

O t. zw. amputacyi międzyłopatkowo-piersiowej ostatnimi czasy napotykamy wzmianki coraz częstsze w zagranicznym piśmiennictwie lekarskim i operacya, w mowie będąca, wywalczyła już sobie stanowisko zaszczytne w szeregu śmiałych i równie zbawczych dla chorego rękoczynów chirurgicznych. Punktem wyjścia w dziejach rozwoju zabiegu tego, jest, niewątpliwie, pouczająca treścią swą, praca prof. P. Berger'a (1), ogłoszona przezeń drukiem w Paryżu lat temu siedemnaście. Prócz przytoczenia bogatej ilościowo i ciekawej statystyki autor w monografii tej ułożył ściśle naukowe do nowej metody swej wskazania i przekonał, że choć olbrzymim rękoczyn ów wydać się może na pierwszy rzut oka, niebezpieczeństwo z nim związane w rękach chirurga wytrawnego nie jest wielkiem, a wygrana dla operowanego, co do uniknięcia nawrotu, niepospolita. Berger dowiódł (2) dalej, że w przypadkach guzów złośliwych górnego końca ramienia, zalecany przezeń, sposób (l'amputation interscapulo-thoracique)

bywa, jak widać z wyników osiągniętych, o wiele skuteczniejszym, niż wyluszczenie w stawie ramieniołopatkowym, nie mówiąc już o tego rodzaju niewystarczających metodach operacyjnych, jak częściowe wycięcie główki ramieniowej lub choćby usunięcie guza z zachowaniem kończyny. Dzięki operacji omawianej chirurg uniknie łatwiej tak częstej, niestety, konieczności poddawania chorego, po upływie pewnego okresu czasu, operacji wtórnej, która polega na usunięciu łopatki, (*desarticulatio scapulo-humeralis*). Nie szkodzi też pamiętać, że taka operacja podwójna, z przyczyn łatwo zrozumiałych (nawrót, wyczerpanie pacjenta i t. p.) daje rokowanie nierównie gorsze, niż operacja doraźna, dokonana w ciągu posiedzenia jednego. Odsetka wyników niepomysłnych po wtórnej dezartykulacji barku jest znaczna, gdyż z 23 przypadków, przytoczonych w pracy Berger'a (*amputations pathologiques consécutives*), stwierdzono recydywę nową u 13 chorych ($56,5_0/0$). Rezultat taki przekonywa, że wyluszczenie barku, dokonywane w przypadkach nowotworów jego odcinka górnego, nie broni od nawrotu, że więc ekzartykulacja winna być zastąpioną przez inny, bardziej radykalny sposób. Tym ostatnim może być tylko zajmująca nas w tem miejscu amputacja i polegająca na zupełnem wycięciu kończyny górnej wraz z łopatką i wszystkimi, przyczepiającymi się doń mięśniami, głównem recydywy źródłem. Przypadek nowotworu części górnej ramienia, który, spostrzegany w Warszawskiej klinice chirurgicznej wydziałowej, uczynił niezbędnem wykonanie amputacji międzyłopatkowo-piersiowej, pobudził mnie do skreślenia w tem miejscu, jak stoi sprawa obecnie z wyszczególnioną w nagłówku pracy tej metodą.

Rys historyczny.

Operacja, o której mowa, polega na usunięciu całego pasa barkowego, t. j. na całkowitem wycięciu zajętej przez nowotwór kończyny górnej, łopatki, oraz — rezekcyi części-

wej obojczyka. Jest to rękoczyn, niewątpliwie, jeden z najbardziej rozległych chirurgicznych zabiegów krwawych i, jak dowiadujemy się z pracy nieżyjącego już G. Adelmanna po raz pierwszy (3) wykonany został, rozumie się, nie w całokształcie dzisiejszym w zachodnio-indyjskich koloniach angielskich przez lekarza wojskowego Cuming'a, na jednej z wysp morza Karaibskiego, w r. 1808. Operowany, marynarz floty angielskiej, przewieziony później do Londynu, demonstrowany na posiedzeniu Tow. Lek., wzbudzał wszędzie zachwyt i słowa podziwu dla chirurga dzielnego. Tak twierdzi Adelmann. Z drugiej jednak strony, w tomie ósmym dzieła S. Duplay'a i P. Reclus'a: *Traité de chirurgie*, znaleźliśmy wzmiankę przelotną, według której pierwszym operowanym w sposób podobny osobnikiem był niejaki Samuel Wood, z zawodu młynarz, który uległ rozszarpaniu barku i łopatki. Przypadek był ogłoszony w r. 1768 przez Chelsden'a w jego podręczniku (4) do anatomii. Na nieszczęście, brak szczegółów bliższych, któreby dotyczyły tego przypadku, tak, że niewiadomo nawet, czy w danym razie usunięto zraniony pas barkowy drogą operacji, czy też wyręczyła w tem chirurgów natura sama, resp. uraz.

Bądź co bądź, przykład d-ra Cuming'a znalazł naśladowców dopiero w trzecim dziesiątku lat ubiegłego stulecia. W latach owych dokonali operacji tegoż rodzaju Dixy Crosby, Mussey, Twitchell, Mac Clellan i Gaëtani Bey. Z postępem czasu wzrastała liczba ogłaszanych przypadków jedno-brzmiących i w szóstym lat dziesiątku można ich naliczyć już 17, w siódmym 13, w ósmym 23. Rzecz prosta, wchodzą tu i spostrzeżenia takie, gdzie pas barkowy nie był zniesionym odrazu, lecz w ciągu dwóch posiedzeń, przyczem wskazań do operacji wtórnej dostarczał zawsze nawrót cierpienia. Stosownie też do tego, od czasu do czasu zjawiały się w piśmiennictwie lekarskiem prace naukowe, poświęcone ciekawej tej operacji; pisali więc o niej: Stephen Rogers, Patrick Heron Watson, Sydney, Jones, Gies (5) i Chauvel (6).

Do rozpraw późniejszych już należą artykuły Adelmanna, który zrazu wygłosił w kwestyi omawianej odczyt na Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie w r. 1887, po roku zaś umieścił w czasopiśmie »Archiv für klinische Chirurgie« specjalny o operacyi tej elaborat.

Mniej więcej w tym że okresie czasu wystąpił z przelomową swą pracą Paul Berger. Autor ten z jak największą starannością i logiką nieublaganą rozpatrzył i ocenił strony operacyi dodatnie, zestawivszy nadto rozrzuconych w piśmiennictwie międzynarodowem 51 odnośnych przypadków. Do kazuistyki tej Berger dołączył opis szczegółowy własnego, operowanego w roku 1882 przypadku, który dotyczył pewnego listonosza, Mikołaja Meunier'a, chorego na rozwój chrzęstniaka (chondroma) w górnym odcinku ramienia. Choremu wykonano wówczas amputacyę międzyłopatkowo-piersiową. W drugiej swej pracy, ogłoszonej w r. 1898 w »Revue de chirurgie«, dr. Berger przytacza i ów przypadek dawniejszy, zawiadamiając, że osobnik, przezeń operowany, żyje dotąd, że więc wolnym jest od nawrotu już lat 16, licząc od dnia operacyi. W tejże rozprawie opisanym został przebieg nowszego spostrzeżenia, zoperowanego w marcu 1897 roku. Przypadek dotyczył 28-letniego mężczyzny ze słuzakiem (myxoma) prawego barku; nowotwór rozwinął się na wysokości mięśnia naramiennego (m. deltoideus), szerząc się ku przodowi do miejsca przyczepu wielkiego mięśnia piersiowego i zlewając się od tyłu z mięśniami: najszerszym grzbietu oraz okrągłym większym (teres major), nadto wypełniał sobą dno jamy pachowej. Operowany już po upływie dni pięciu wstawał z łóżka i opuścił szpital w końcu trzeciego tygodnia z zagojoną doszczętnie raną. W ciągu następnych ośmnastu miesięcy nie zauważono ani śladu nawrotu (7).

Tak pomyślne wyniki operacyi Berger'a skłoniły chirurgów do częstszego podejmowania omawianej tu amputacyi. Świadczy o tem, dość znaczna już, wiązanka obserwacyi na piśmie za okres czasu od 1882 do 1898 roku. Cyfra

przypadków tych dochodzi tu do 57, z których w 6 operowano w dwóch seansach, t. j. wycinano łopatkę po upływie czasu mniej lub więcej dłuższego, licząc od dnia operacji poprzedzającej, która polegała na wyłuszczeniu w stawie ramieniowym kończyny górnej. I przed rokiem 1882 operowano nieraz w dwa tempa; na 48 spostrzeżeń takich naliczyć można zastosowanie metody takiej u 20 chorych; u 2-ch operowano trzykrotnie (szczegółów szukaj w dołączonej na końcu tablicy statystycznej). Dwóch, wreszcie, pacjentów poddawało się operacji kilkakrotnie; w przypadku Conant'a (1842 r.) operowano osobnika sześć razy z uwagi na rozwój nowotworu rakowatego. W rozlicznych tedy odstępach czasu choremu dokonano: 1) wyłuszczenia palucha ręki, 2) wyłuszczenia całej ręki, 3) amputacji przedramienia, 4) amputacji ramienia, 5) wyłuszczenia w stawie ramieniowym, w końcu 6) wycięcia łopatki oraz rezekcji obojczyka. Po upływie lat 20 od operacji ostatniej człowiek ten był zdrow jeszcze. Nader podobną obserwację Kappeller'a ogłosił drukiem H. Walder w r. 1881. Operacja sześciokrotna wykonaną była w okresie czasu od 1872 r. do 1879. Śmierć zaskoczyła operowanego w r. 1880, prawdopodobnie na skutek przerzutów w kręgosłupie. O przypadkach tych, zresztą, jako nietypowych, wspominam tu tylko nawiasem.

Operacja typowa, tak jak wykonywają ją Berger i v. Bergmann, którzy stworzyli tu metody klasyczne, ukończoną być winna na posiedzeniu jednym — wyłuszczenie ramienia, wycięcie łopatki, rezekcja obojczyka. Operacja tak przeprowadzona daje wyniki daleko lepsze, niż rękoczyn w dwa tempa (*amputations pathologiques consécutives*, o czem później jeszcze), jak łatwo przekonać się z odpowiednich zestawień, które znajdujemy w pracach nowszych Nasse'go (8), Schultz'a (9) Wanach'a (10), Heddäus'a (11) i Kōnitzer'a (12).

Różni autorzy zwą operację tę różnie. Według Larrey'a (13), tytuł brzmi: *amputation scapulo-humérale avec resection de la clavicule et de l'acromion*. Veit daje nagłówek.

Extirpation von Schulterblatt und Arm. W pracy Sambucy'ego (14) czytamy — ablation totale du membre superieur avec l'omoplate, u Berger'a, amputation interscapulo-thoracique; podobnie mianuje ją i Chavasse — interscapularthoracic amputation s. removal of the entire upper extremity (15), Adelman wyraża się ściśle, pisząc w nagłówku: operative Entfernung des knöchernen Brustgürtels; Nasse mówi wprost: Extirpation der Schulter, Treves — amputation of the entire upper extremity (16), v. Eiselsberg — Entfernung der einen Hälfte des Schultergürtels (17), Kocher, wreszcie, daje (18) nazwę: Exarticulation des Armes sammt Schultergürtel. Jak widzimy, pomimo krótkiego, względnie, okresu, w ciągu którego zaczęto zajmować się udoskonaleniem techniki operacyjnej, nazw nie brak, bynajmniej.

Wskazania do amputacji międzyłopatkowo-piersiowej.

Operacja, będąca w mowie, bywa wskazaną w trzech następujących rodzajach cierpień:

- 1) W przypadkach *nowotworów złośliwych*,
- 2) W przypadkach *ciężkich i rozległych urazów*,
- 3) W obec niektórych *łagodnych, względnie, spraw chorobowych* (caries, osteomyelitis humeri, gruźlica kości i t. p.), prowadzących do zwyrodnienia tkanek na przestrzeni nader znacznej.

Dokładny rozbiór wskazań powyższych uwydatni najlepiej całą wartość i wagę amputacji międzyłopatkowo-piersiowej.

ad 1. Dążnością do ocalenia choremu kończyny wytłomaczyć można sobie łatwo ów fakt, że chirurdzy dawniejsi poprzestawali najczęściej na zabiegu bardziej zachowawczym, t. j. na rezekowaniu tylko kończyny górnej, resp. wycięciu zwyrodniającego ją guza. Metoda taka, w miarę nabywania wiadomości więcej zasadniczych z dziedziny biologii i patologii nowotworów, musiała, w końcu, uznaną być za niewy-

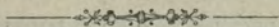
starczającą dla niektórych, przynajmniej, przypadków. Wstąpmy na drogę przykładu. Wiadomo, że operacje, które podejmujemy wobec mięsaka długich kości gąbczastych, są nader różne i dają rokowanie całkiem niejednakie. W szeregu sarkomatów zdarzyć się może i postać taka, gdzie operujący zadowolni się samem tylko usunięciem nowotworu i do pewnego stopnia rachuje słusznie, że wynik będzie trwały, zwłaszcza, jeżeli manewrował nożem w przyzwoitej od guza odległości. Do takich odmian łagodnych należą przedewszystkiem otorbione mięsaki ośrodkowe (myelogenne) górnej ramienia nasady. Samo wyluszczenie tylko guzów tych może uwieńczyć się skutkiem pomyślnym. Zresztą, niepodobna rządzić się tu wyłącznie tylko szczegółami budowy histologicznej nowotworu, bo ważniejszymi są jeszcze własności guzów anatomiczne i kliniczne. Rosnąc z wnętrza kości, nie z okostny, i zawsze prawie z nasady, guzy te mają często torebkę, a fakt to nader znamieny w sprawie względnej ich łagodności. Na skutek wzrostu powolnego, okostna ma dosyć czasu do wytworzenia nowych warstw tkanki kostnej i łącznej, które, okalając guz, otarbiają tenże zupełnie. Jednocześnie powstaje i w kierunku do jamy szpiku wyraźne odgraniczenie guza, zależne nieraz od rozrostu kości nader twardej. W przypadkach tego rodzaju można, rzecz prosta, poprzestać na wyskrobaniu, wycięciu nowotworu dłutem, wyrezekowaniu kości i nie pozbawiać osobnika kończyny chorej. Nasse powołuje się na 4 przypadki takie, spostrzegane na klinice Bergmann'a, gdzie podobny zabieg zachowawczy uwieńczył się powodzeniem, przyczem operowani jeszcze po upływie lat trzech i pięciu! posiadali bardzo sprawną, chorą niegdyś, kończynę. Lecz takie nowotwory mięsakowate są zjawiskiem nadzwyczajnie rzadkiem i w nadmiernej większości razy nie mamy prawa, w obec zwyrodniających ustrój kostny guzów złośliwych, zadowalniać się takim tylko postępowaniem leczniczem. Ze względu na niebezpieczeństwo nieuchronnego powstania nawrotu próby pozostawienia choremu kończyny nie dopro-

wadzą do niczego; wiadomo, zresztą, że nowotwory złośliwe w ogóle, a sarkomaty miękie w szczególności, pozostają w związku nader ścisłym z naczyniami krwionośnymi i, okalając ściany tychże, wrastają w nie, głównie w żyły. Jak tylko zwyrodnienie żył nowotworowe posunęło się naprzód tak daleko, iż stało się dostępnem dla oka nawet, rokowanie jest już bardzo niepomyślnem, a groza powstania przerzutów — prawie pewną. Uprzedzić zwrot tak fatalny może tylko dyagnoza wczesna i amputacya wraz z wycięciem części miękich. Zasada jest tu ta sama, co i w przypadkach ekstyrpacyi np. zwyrodniałej przez raka sutki; tu, dla uniknięcia dalszego szerzenia się sprawy niebezpiecznej drogą naczyń chłonnych, wycinamy jednocześnie z gruczołem piersiowym również większy i mniejszy mięśnie tej nazwy (mm. pectorales), a oprócz tego wyłuszczamy gruczoły wzdłuż przebiegu żył podobojczykowych. Niekiedy gruczoły pachowe zaledwie dają się wymacać, a tymczasem w drogach limfatycznych pomiędzy i pod warstwami umięsienia można odnaleźć już obecność przerzutów, które przeoczyć łatwo, operując w sposób szablonowy, t. j. dokonywając jedynie amputacyi sutki oraz wyłuszczenia gruczołów pod pachą.

Chirurg, który liczy się z warunkami rozrostu guza złośliwego, gdy operuje mięsaka z punktem wyjścia z okostny, trzyma nóż stale w przyzwoitej od nowotworu odległości; wprost nie dotyka skalpelem miejsc podejrzanych, lecz wycina ognisko chorobowe wyłącznie w tkankach zdrowych. Trzymanie się ściśle metody powyższej broni przed recydywą, niewątpliwie, w wielu przypadkach. Z ogólnej liczby 14 spostrzeżeń, w których na klinice Bergmann'a usunięto pas barkowy z łopatką, z mięsakiem miano do czynienia 12 razy. Z tej znowu liczby w 7-iu, jak zdaje sprawę dr. Nasse, stwierdzono pierwotnego mięsaka ramienia; z liczby tej u 4-ch chorych mięśnie tego ostatniego już były przez nowotwór zmienione, podczas gdy u 3-ch pozostałych umięsienie barku nie uległo jeszcze sprawie zwyrodniającej. Ci też trzej wy-

zdrowieli wkrótce po operacji i nie doświadczyli dotąd nawrotu ($3\frac{1}{3}$ — $5\frac{1}{3}$ lat) pomimo tego, że wymiary guzów, bynajmniej, nie były małe. Ze statystyki tegoż d-ra N. widzimy dalej, iż chorzy, którymzczędzono mięśni podczas rękoczynu, dostawali recydyw nader często (50%) i że, ostatecznie nikt z nich nie wyzdrowiał, gdy przeciwnie pacyenci, którym, wedle możliwości, wycięto nowotwór w tkankach zdrowych, zostali w sposób ten zabezpieczeni wszyscy od nawrotu sprawy chorobowej. Jest zatem rzeczą nader ważną wycinanie części miękkich na przestrzeni dużej, zwłaszcza zaś—warstw mięśniowych; zresztą i z doświadczenia wie chirurg każdy, o ile gorszem bywa w przypadkach mięsaków kości rokowanie w tym razie, gdy zwyrodnienie szerzy się i w tkankach miękkich, wtedy bowiem pewnem staje się niemal zajęcie żył i występowanie przerzutów. Rzecz prosta, iż w obec tego, co rzekło się, kończynę należy zawsze amputować tak wysoko, by należąca do ogniska chorobowego umięsienie zostało usunięte in toto w jak najrozleglejszem wyrazu tego znaczeniu.

D. c. n.



II. Krwotoczność zimnicza oraz o krwotokach i krwawieniach zimniczych.

Napisał

Dr. Jan Andrzejewski (z Ufy).

(*Ciąg dalszy*).

Dotychczas nie posiadamy żadnych danych faktycznych, któreby przemawiały za pierwszym przypuszczeniem. Natomiast przeciwko niemu świadczą: 1) wspomniany już nierównomierny stopień zmian naczyniowych nie tylko w różnych anatomicznie częściach ustroju, lecz nawet na przestrzeni jednego obszaru anatomicznego; 2) fakt ogólnopatologiczny,

na który zwracałem już uwagę w innym miejscu, że dotychczas *nie spostrzegano istotnych spraw zapalnych zimniczych*, t. j. takich zaburzeń w odżywianiu narządu lub tkanki, któreby można złożyć na karb bezpośredniego działania jadu zimniczego na ich składniki histologiczne, jak to ma miejsce w innych zakażeniach.¹⁾

Co się tyczy drugiego przypuszczenia (o zależności zaburzeń odżywczych w ścianach naczyń włosowatych od zatrucia ośrodków naczyniowych oraz od zaburzeń w czynności nerwów naczyniowych, z którymi tak często się spotykamy w badaniach patologii zatrucia zimniczego), to na korzyść tego przypuszczenia przemawiają bardzo poważne dowody, zarówno z zakresu patologii ogólnej układu naczyniowego, jak z zakresu konkretnych faktów klinicznych, jak, wreszcie z zakresu farmakodynamiki środków leczniczych, stosowanych w cierpieniu zimniczem z oczywistym i, stale pomyślnym, wynikiem.

Z pomiędzy danych z zakresu *patologii ogólnej*, świadczących o zależności spraw odżywczych w ścianach naczyń od układu nerwowego, dość będzie przytoczyć doświadczenie prof. Lewaszowa, który drogą długotrwałego drażnienia nerwu kulszowego u psa wywoływał w ścianach naczyń zmiany po-

¹⁾ Zwykle umiejscowienie spraw zapalnych w chorobach zakaźnych (w tyfusach, odrze, płonicy, ospie i in.), jak wiadomo, stanowią błony śluzowe oraz skóra. Zatrucie zimnicze, przeciwnie, samo przez się *nie wywołuje żadnych spraw kataralnych*, jakkolwiek może okazywać wpływ wybitny na ich przebieg, o ile wypadkowo wkłóła się z niemi. Nie są również właściwe zatruciu zimniczem sprawy *zapalne skóry*. W jedynym zaś wypadku *wyprysku* (herpes malarica), w którym upatrywaćby można umiejscowione zapalenie skóry zimnicze, najbliższą przyczynę wyprysku stanowią właśnie *zaburzenia w unerwieniu skóry*. Wreszcie, nie podobna uznawać za sprawy zapalne zimnicze (w tem znaczeniu, o jakim powyżej mowa) tych miejscowych spraw zimniczych, które stanowią podkład anatomo-fizyologiczny t. zw. złośliwych gorączek towarzyszących (intermittentes comitatae), przyczyny ich bowiem prawie zawsze szukać należy w zaburzeniach naczynio-ruchowych na tle zimnicy, t. j. w zaburzeniach krwiobiegu.

krewnie arteriosklerozie. Przytoczymy dalej doświadczenia Schiff'a, Brown-Sequard'a i in., którzy po zranieniu pewnych okolic ośrodków nerwowych spostrzegali wylewy krwawe w narządach wewnętrznych; wreszcie wspomniemy o wylęwach krwawych, spostrzeganych przez klinicystów, w tych samych narządach wewnętrznych (w kiszkiach, żołądku, nerkach), w zależności od miejscowych cierpień zarówno ośrodków nerwowych, jak zwojów sympatycznych ¹⁾.

Z zakresu *spostrzeżeń klinicznych* zwracano uwagę na zależność zmian odżywczych w ścianach naczyń od zaburzeń w ich unerwieniu, na takie np. przypadki kliniczne, w których cierpienia zimnicze czynnościowe naczyń włosowatych oraz krwawienia zimnicze per rhexin w tej samej okolicy znajdują się w bezpośrednim związku ze sobą i w których ostatnie następują wkrótce, a nieraz wprost bezpośrednio po pierwszych. Oczywisty przykład podobnego następstwa w czasie, w którym plamy skóry t. zw. »wskutek przekrwienia«—przeistoczyły się ad oculos w plamy krwotoczne, przytoczyłem we wspomnianej już pracy »o zimniczych plamach skóry«. Zupełnie identyczne znaczenie posiadają, szczególnie częste, przypadki krwawień per rhexin, zwiastowane przez zjawisko *diapedezy* zimniczej czerwonych krążków krwi, która (diapedeza) powstaje z powodu cierpienia naczyń z charakterem wyłącznie *czynnościowym*, mianowicie z powodu zaburzeń ich funkcji ruchowej.

To, prawie *niewniknione*, w miejscowościach zimniczych

¹⁾ W tym sensie wypowiada się również w swej pracy prof. Winogradow, który w przypadkach z krwotokami mózgowymi znajdował stale zmiany w komórkach nerwowych „różnych części mózgu“, jak również w zwojach sympatycznych, w których „na każdym przekroju były widoczne mniej lub więcej liczne komórki napęczniałe, zmętniałe, z jądrem niewyraźnym lub wcale niewidocznym“ (l. c.). Niestety, to ważne i, zdaje się, zupełnie stanowcze świadectwo zależności zaburzeń odżywczych w ścianach naczyń od cierpienia zimniczego układu nerwowego nie zostało dotychczas sprawdzone i nie jest zbadane dokładniej, a nawet, o ile sobie przypominam, nikt o niem nigdzie nie wspomina.

następstwo krwawień i krwotoków zimniczych per rhexin wślad za objawem cierpienia czynnościowego naczyń włosowatych wyraźnie wskazuje lekarzowi jego zadanie, które, jak wyżej wspomniałem, polega na tem, by za pomocą właściwych środków leczniczych zapobiedz rozwojowi zagrażającej choremu krwotoczności zimniczej.

Farmakodynamika powyższych środków stanowi zarazem przyczynek do kwestyi najbliższej patogenezy krwotoczności zimniczej.

W obecnym czasie za zupełnie wypróbowane uważać można *dwa* środki, za pomocą których udaje się zwykle nie tylko zapobiedz rozwojowi, lecz nawet powstrzymać u danego chorego dalszy rozwój krwotoczności zimniczej, która już zdążyła wywołać krwotoki i wylewy krwawe. Są to — *china* oraz *arszenik*, których działanie fizyologiczne na ustrój, o ile jest to koniecznem do zrozumienia ich skuteczności leczniczej w *cierpieniach zimniczych naczyń wogóle* ¹⁾, pragnę szczegółowo rozebrać poniżej.

I. O działaniu fizyologicznem *chiny*, jako *alkaloidu*, *krzepiącego układ nerwowy*, na ośrodki nerwów naczyniowych oraz o wpływającej ztąd jej skuteczności leczniczej w cierpieniach zimniczych naczyń świadczą (zgodnie z danymi doświadczałnemi, których to, gwoli zwięzłości, nie będę rozbierał) liczne w miejscowościach malarycznych spostrzeżenia kliniczne, mające nieraz z racyi swej demonstracyjności charakter niemal badań doświadczałnych.

Takimi są, na przykład, spostrzeżenia, w których po zadaniu pełnej dawki *chiny*, znikają bez śladu plamy skóry t. zw. »wskutek przekrwienia« ²⁾, które na kilka godzin przed-

¹⁾ Nie mogę rozpatrywać tutaj w całości kwestyi działania fizyologicznego *chiny* i *arszeniku* na ustrój oraz powodu ich skuteczności leczniczej w zimnicy i w zaburzeniach równowagi termicznej ustroju, jest to bowiem kwestya nazbyt złożona. Zauważyć należy, że kwestya ta (przynajmniej o ile dotyczy *chiny*) szczególnie drobniawo opracowaną jest w literaturze rosyjskiej.

²⁾ Plamami »wskutek przekrwienia« (warunkowo) zowiemy zim-

tem pokrywały całą powierzchnię ciała chorego. Nie mniej demonstracyjne są również, znane każdemu lekarzowi w miejscowościach malarycznych, spostrzeżenia kliniczne, w których po jednorazowej nieraz dawce chinu znikają najsilniejsze nawet przekrwienia okolic, dostępnych mniej lub więcej dla obserwacji bezpośredniej, jako to oczu, uszu, śledziony, wątroby, pęcherzy — błony śluzowej dróg oddechowych i in.

Skuteczność lecznicza chinu w przypadkach powyższych polega, oczywiście, na wzmożeniu, w pierwszym wypadku, osłabionej pod wpływem zatrucia zimniczego kurczliwości komórek wrzecionowatych w ścianach naczyń włosowatych; w drugiej zaś kategorii przypadków—na wzmożeniu osłabionej pod wpływem tegoż zatrucia kurczliwości mięśniowej drobnych tętnic, stanowiącej funkcję fizyologiczną tych tętnic. Wznowienie zaś powyższych funkcji możliwe jest w obu razach jedynie na drodze wzmożenia zmienionej chorobowo czynności fizyologicznej nerwów naczyniowych, które znowu otrzymujemy dzięki krzepiącemu ośrodku tych nerwów działaniu chinu ¹⁾.

Wymieniony sposób działania fizyologicznego chinu na ustrój¹⁾ zupełnie racjonalnie tłumaczy jej skuteczność leczniczą, nie tylko jako środka, zapobiegającego rozwojowi krwotoczności zimniczej, lecz również, jak dalej ujrzymy, jako środka,

nicze plamy skóry, które powstały skutkiem zwiótnienia oraz biernego przepełnienia i rozszerzenia przez nieutlenioną krew mniej lub więcej znacznych obszarów najbardziej powierzchownej sieci naczyń włosowatych skóry.

¹⁾ O wpływie nerwów naczyniowych na kurczliwość komórek wrzecionowatych naczyń włosowatych pisałem w pracy „O zimniczych plamach skóry“. W każdym bądź razie, działanie lecznicze chinu, jako alkaloidu, krzepiącego układ nerwowy, nie ogranicza się tylko wznowieniem (uregulowaniem) kurczliwości naczyń włosowatych, lecz rozciąga się również na inne funkcje tych naczyń. Świadczy o tem skuteczność lecznicza chinu w przepuszczających obrzękach zimniczych oraz szybkie przerwanie pod wpływem chinu nie tylko emigracji białych ciałek z naczyń włosowatych (na co wskazywał już Binz), lecz również krwawień per diapedesin.

tamującego krwawienie, mówiąc dokładniej — jako środka, który *zapobiega wystąpieniu krwotoku zimniczego, zagrażającego w tej, czy innej, okolicy*. Niezaprzeczone działanie chin *chemostatyczne* (w sensie wspomnianym) w przypadkach krwotoków i krwawień zimniczych per rhexin stało się zrozumiałem dopiero wtedy, kiedy zbadano złożony mechanizm anatomo-fizjologiczny powyższych krwotoków, który, jak wyżej mówiłem, polega na zaburzeniach odżywczych (łamliwości) w ścianach naczyń włosowatych oraz na wahaniach patologicznych ciśnienia krwi wewnątrz naczyń pewnej okolicy. Ponieważ zaś źródłem powyższych wahań w przypadkach krwotoków zimniczych bywają zwykle zaburzenia zimnicze naczynioruchowe, których zwykłym (choć nie wyłącznym)¹⁾ wyrazem są mniej lub więcej prawidłowo peryodyczne przyływy krwi do pewnej okolicy (zwykle przyjmowane za napady mitycznej gorączki bagiennej utajonej), to działanie lecznicze chin będzie tu, oczywiście, analogiczne temu, które polega na *zapobieganiu oczekiwanego napadu gorączkowego zimnicy*.

W każdym bądź razie, nie tylko na tem działaniu chin (regulującym stronę mechaniczną miejscowego krwiobiegu w danej okolicy) polega cała jej skuteczność w krwawieniach zimniczych per rhexin. Mamy podstawę do mniemania, że china wpływa prócz tego pomyślnie na odżywianie ścian naczyń włosowatych i jest w stanie przerwać dalszy rozwój u chorego już powstałych zaburzeń odżywczych w naczyniach. Świadczą o tem niezbyt rzadkie w miejscowościach malarycznych spostrzeżenia kliniczne, w których zjawiska hemoragiczne zimnicze, raz usunięte za pomocą chin, *nie powracają więcej*, mimo, iż chory zostaje w poprzednich niepomyślnych warunkach i doznaje przyływów krwi do tej samej okolicy organicznej, które *wszakże nie powodują już krwawienia*. Ina-

¹⁾ Zaburzenia zimnicze naczynio-ruchowe w pewnej okolicy mogą polegać bądź na przekrwieniu, bądź na ischaemii (bezkrwistości) tej okolicy, na tyle długotrwałej i potężnej, że może spowodować martwicę tkanki.

czej mówiąc, pod wpływem krzepiącego układ nerwowy działania chinu ginie nie tylko *przyuczyna wywołująca* krwawienie zimnicze per rhexin, lecz również *usposabiająca* do nich. Ten zaś fakt leczniczy stanowi, oczywiście, probierz i potwierdzenie tego pojęcia o sposobie powstawania krwotoczności zimniczej, które wynika z danych klinicznych i ogólnopatologicznych.

Zaiste, żałować wypada, że lekarze praktycy nie dość są obznajmieni z wybitnem działaniem chinu, jako środka racjonalnego i najbardziej skutecznego przeciwko krwawieniom zimniczym. Wskutek tego w miejscowościach malarycznych bynajmniej nierzadkie są, niestety, wypadki, w których ciężkie zjawiska hemoragiczne, trwają *całymi tygodniami* (o ile, naturalnie, nie zakończą się wcześniej śmiercią), dopóki nie ustaną *same przez się* wskutek utraty krwi i krańcowego spadku ciśnienia krwi w naczyniach. Przeróżne środki, stosowane przeciwko krwawieniu, którymi opychają chorych w takich wypadkach, pozostają zupełnie bezskutecznymi. Zalecenie chinu zwykle na myśl nawet nie przyjdzie między innymi dlatego, że, podług utartego błędnego mniemania, zaleca się ją jedynie w razie gorączki¹⁾, podczas, gdy w powyższych wypadkach najczęściej nie udaje się wykryć gorączki, nawet w t. zw. stanie »utajonym«. Lecz nawet w tych wypadkach, w których

¹⁾ Jak wiadomo, china obecnie stosowaną bywa mniej lub więcej świadomie prawie, wyłącznie jako środek *przeciwko podniesieniu ciepłoty*, a to na zasadzie jednej z dwóch istniejących teorii farmakodynamicznych chinu: *zoologicznej* i *fizjologicznej*, które, nawiasem mówiąc, nie mają ze sobą nic wspólnego. Natomiast wcale nie bywa użytkowanem wybitne działanie chinu, jako środka *przeciwgorączkowego*, oraz potężne jej działanie w zjawiskach *przekrwienia* i *ischæmii* zimniczej, dalej w przypadkach zaburzeń *czynności diosmotycznej naczyń włosowatych* na tle zimnicy, w krwotokach zimniczych *per diapedesin*, oraz w cierpieniach zimniczych, które powstały wskutek *zaburzeń w unerwieniu narządów gładko-mięśniowych*. Tym sposobem z chinu otrzymuje się zaledwie minimalną część korzyści, którą możnaby otrzymać od tego, niezbędnego w miejscowościach malarycznych, środka leczniczego. Szczegółowiej mam zamiar omówić tę kwestyę innym razem.

istnieje »gorączka utajona«, t. j., kiedy charakter peryodyczny krwawień jest na tyle wyraźny, że w określonym czasie *oczekuje się z zupełną pewnością* wznowienia lub też wzmożenia krwotoku ¹⁾, częstokroć nie stosuje się chiny.

Dzieje się to poczęści z powodu niezajomości podstaw teoretycznych stosowania chiny, jako środka przeciwgorączkowego w tych »gorączkach« bez podniesienia ciepłoty (i wogóle jako środka »antytypowego«), z drugiej zaś strony—wskutek nierozumienia złożonego mechanizmu anatomofizyologicznego sprawy chorobowej, wreszcie nierzadko z powodu nierozumienia związku tej sprawy z zimnicą, tembardziej, że wykrycie tego związku wymaga troskliwego badania klinicznego, którego metody obecnie, jak wiadomo, są dyskredytowane, a w każdym razie nie są opracowywane ani doskonalone ²⁾).

II. *Działanie farmakodynamiczne arszeniku w cierpieniach zimniczych naczyń.* Ze sprzecznych i niezupełnych danych, jakie literatura obecna posiada w kwestyi farmakodynamiki arszeniku, wynika w każdym razie ten wniosek, że *działanie farmakodynamiczne arszeniku w zatruciach zimniczych jest identyczne z działaniem chiny.*

Działanie *przeciwgorączkowe* arszeniku, stwierdzone w doświadczeniach Kunz'e'go ³⁾ na zwierzętach, spostrzegamy rów-

¹⁾ Jeden z podobnych przypadków podałem w pracy „K teorji maskirowanych“ i „złokaçestwiennych lichoradok“. (Wręcz, 1881 r., Nr. 25, spostrz. V), drugi podaję poniżej w pracy niniejszej.

²⁾ Szczególnie dużą wagę posiada w tych wypadkach prawidłowe *określenie wymiarów śledziony* (tak rzadko spotykane obecnie z powodu coraz większego braku wprawy) oraz plamy zimnicze na skórze, o ile takowe istnieją, co, niestety, niezawsze się zdarza. Najmniej zaś liczyć tu można na badanie bakteryologiczne i w ogóle na badanie krwi, ponieważ doświadczenie wyniesione z miejscowości zimniczych wskazuje, że w »gorączkach ukrytych« wogóle, zaś w krwotoczności zimniczej w szczególności, nie znajdujemy zwykle we krwi ani plazmodyi, ani nawet barwnika melanotycznego. Charakterystyczny pod tym względem przypadek (z klin. prof. Lewaszo'wa w Kazaniu), podałem w pracy »O plamach zimniczych skóry«.

³⁾ Patrz o tem u Binz'a w jego »Zasadach farmakologii«, art. *kwias arsenawy*.

nież w zatruciu zimniczem w tych samych warunkach, w których działanie takie wywiera i china, t. j. tylko *w razie pewnych, niechcąc wysokiach podniesień gorączkowych ciepłoty*. Jako środek *przeciwgorączkowy*, usilnie zalecał arszenik, jak wiadomo, już Boudin; i, jeżeli arszenik nie rozpowszechnił się w praktyce w tym charakterze, to winić tu należy jego ujemne własności farmakologiczne, których obecnie możemy niemal uniknąć, stosując go w postaci wstrzykiwań podskórnych. Najczęściej używamy w praktyce (empirycznie) arszeniku, dzięki tej jego właściwości leczniczej, którą warunkuje jego działanie fizyologiczne *na nerwy naczyniowe*, działanie zupełnie analogiczne *krzepiącemu układowi nerwowemu działaniu chiny*.

To właśnie działanie fizyologiczne arszeniku warunkuje skuteczność leczniczą: 1) w przypadkach *nerwobólów*, szczególnie *»zastarzałych«*, zarówno z charakterem typowym, jak nietypowym; 2) w niektórych *przewlekłych* (nieparaszytnicznych) *cierpieniach skórnych*, po 3) w t. zw. *»charactwie zimniczem«*.

Przyczynę skuteczności leczniczej arszeniku w *nerwobólach* łatwo wytłomaczyć sobie, biorąc pod uwagę zwykły (a w *nerwobólach zimniczych* bodaj, czy nie jedyny) sposób powstawania *nerwobólów*—zależnie od *»miejscowych nieprawidłowości krwiobiegu«*, mówiąc dokładniej, zależnie od przekrwienia czynnego lub też biernego w danej okolicy, które wywołuje w tej okolicy mechaniczne podrażnienie (uwięźnięcie) nerwów, przeważnie czuciowych, leżących w kanałach kostnych lub przechodzących przez otwory ścięgnowe ¹⁾.

Wzmacniając, na wzór chiny, funkcję nerwów naczynioruchowych, których osłabienie powoduje powyższe niepra-

¹⁾ Tu należą *nerwobóle nad- i podczodolowe* oraz *nerwobóle zębowe*, najczęstsze i najwięcej dotkliwe, zimnicze, których mechanizm naczynioruchowy, wielokrotnie sprawdzony na sobie samym, przedstawia z górami 20 lat temu. Jak wiadomo, tym właśnie *nerwobólom zimniczym*, szczególnie *oczywistym i typowym* ze względu na swą patogenezę, w których cierpienie nerwów czuciowych zależy, oczywiście od zaburzeń w miejscowym krwiobiegu, nadaje się najczęściej miano „gorączki ukrytej“!...

widłowości krwiobiegu, arsenik zadość czyni wskazaniu przyczynowemu i dlatego w przypadkach nerwobólów uważać go można narówni z chiną za środek zupełnie racjonalny.

Na tem samem, oczywiście; polega również działanie arseniku we wspomnianych powyżej *przewlekłych cierpieniach skóry*: i tu skuteczność jego polega na tem, że stopniowo usuwa stałe (bierne) miejscowe zaburzenia krwiobiegu, na wzór tego, jak to czyni china w cierpieniach skórnych, wikłających zimnicę¹⁾.

D. c. n.



DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

19. Wieting. **O gruźlicy kręgosłupa, przeważnie tylnej jego części i o powstaniu ropnia pozagardzielowego.** (Archiv f. klin. Chirurgie 71. Bd. 2 Heft, 1903). Autor opisuje 70 przypadków gruźlicy kręgosłupa, z których 9 on sam obserwował. Były to przypadki gruźlicy tylnej części kręgosłupa, a mianowicie łuków, wyrostów kolczastych i poprzecznych. W większej części przypadków można postawić rozpoznanie różniczkowe między gruźlicą ciał kręgow i wyrostków takowych.

¹⁾ Powikłanie to, jak wiadomo z literatury, polega na tem, że cierpienie zapalne skóry, bez widocznego powodu, zaostrza się nagle i rozszerza, pod oczywistym wpływem zjawiających się mniej lub więcej peryodycznie zaburzeń naczynioruchowych zimniczych oraz czynnego przekrwienia okolicy, objętej sprawą zapalną. Przytem powyższym zaburzeniom w miejscowym krwiobiegu towarzyszą nierzadko niewielkie wylewy krwawe per diapedesin lub też per rhexin. Zazwyczaj dalszy przebieg takiego cierpienia skóry, wikłanego zimnicą, odznacza się długim trwaniem i wątlym (torpide) charakterem jego wytworów, wskutek stopniowego rozwoju w danej okolicy *biernego* przekrwienia zimniczego. Skuteczność lecznicza chin, regulującej wszystkie powyższe nieprawidłowości miejscowego krwiobiegu w zapaleniach skóry, powikłanych zimnicą, widoczną jest nieraz ad oculos.

Przy gruźlicy tylnej części kręgosłupa pojawiają się bóle tylko na ucisk i znikają przy pośrednim obciążeniu; bóle mogą nie być przy zginaniu się i prostowaniu. Ropień pojawia się prawie zawsze albo na, albo obok linii wyrostków kolczastych, z początku w małej otwartej szczelinie między mięśniami wyciągającymi plecy, jako miękie głębokie chełbotanie, które się prędko rozprzestrzenia pod skórą po przerwaniu fascyi. Ropnie zwykle trzymają się miejsca swego pojawienia się i nie mają skłonności do wędrowania. Objawy ze strony mlecza pacierzowego, wywołane przez ziarninę gruźliczą w kanale mlecza pacierzowego, spotykają się bardzo często przy gruźlicy kręgosłupa tylnej jego części. Garb nigdy się nie pojawia. Leczyć należy gruźlicę tylnej części kręgosłupa za pomocą operacyi, gdyż z jednej strony mlecz pacierzowy jest zagrożony, a z drugiej zaś strony rokowanie daleko lepsze, niż przy gruźlicy części przedniej kręgosłupa.

Należy operować energicznie i odważnie, gdyż tylko tym sposobem można coś osiągnąć. Autor uważa operację za wskazaną i przy gruźlicy ciał kręgów, gdy choroba wcale nie okazuje skłonności do wyzdrowienia i przy długotrwałem i dobrze wykonanem ortopedycznym leczeniu.

Tu należy operować jako ultima ratio, gdyż chory tak i tak napewno stracony. Autor w dwóch przypadkach dostał się z boku po wycięciu kilku końców żeber do chorych ciał kręgów, usunął, o ile się dało, chore części, przekonał się o możebności wykonania operacyi, lecz obaj chorzy zmarli z powodu zatoru płuc.

Nakoniec autor opisuje dwa przypadki ropnia pozaprzełykowego, które się utworzyły od gruczołów gruźliczych, położonych pozaprzełykowo — tak, że skonstatowanie przewlekłego ropnia przełykowego jeszcze nie jest dostateczne do postawienia rozpoznania gruźlicy kręgosłupa części szyjowej. Autor poleca i tutaj leczenie specjalne i kończy swoją, bardzo zajmującą, pracę, dając spis literatury o leczeniu operacyjnem gruźlicy kręgosłupa.

W. Biehler.

20. Mackenzie. **O przedziurawieniach kiszek w durze.** (Lancet, 26 września 1903 r.)- Należy przedtem zanotować, że autor jest lekarzem chorób wewnętrznych i mimo to gorąco przemawia za chirurgicznym leczeniem przedziurawień w durze i żałuje mocno, że w podręcznikach chorób

wewnętrznych, dotychczas za mały kładziono nacisk na takie leczenie. W St. Thomas Hosp., gdzie pracuje autor, operowano w 9 przypadkach, z których w trzech osiągnięto wyzdrowienie. W Johns Hopains Hosp. uratowano 6 z 18 chorych. Firusy ocalił życie 23 razy, operując 112 razy, Keen 37 razy, operując 158 razy. Należy przytem nadmienić, że większą część tych chorych poddano operacji zapóźno, gdyż w 17 godzin po pojawieniu się pierwszych objawów. Wiadomo, że tylko natychmiastowa operacja może uratować życie choremu. Dalej autor daje statystykę jak często następuje przedziurawienie w durze. W 4 szpitalach londyńskich, gdzie chorych nie kąpią, z 2533 przypadków duru, 340 zakończyło się śmiercią, to jest 13,4%, z tych 117 przypadków śmierci z powodu przedziurawień, to jest 4,3%. W przeciągu 5 lat w londyńskich szpitalach dla chorych gorączkujących zanotowano 5878 przypadków duru, z tych 920 zakończyły się śmiercią, to jest 15,6%, z których 184 z powodu przedziurawień, to jest 3,2%.

W niektórych szpitalach amerykańskich i australijskich, gdzie kąpano chorych, zanotowano 3351 przypadków duru, z których 240 zakończyły się śmiercią; chociaż śmiertelność w tych szpitalach mniejsza prawie że o połowę niż w londyńskich, jednakże ilość przedziurawień była 2,7%, to jest w 90 przypadkach. Autor sam zebrał 11762 przypadków, z których 1500 zakończyły się śmiercią, a 396 z powodu przedziurawień. Zatem w trzydziestu przypadkach jeden kończy się przedziurawieniem, to jest 3,3%. W Anglii umiera rocznie z powodu przedziurawień w durze 1500 osób, a w Londynie 200. Z tego wszystkiego widać jak ważne jest racjonalne leczenie, to jest, wedle zdania autora, chirurgiczne.

Rozpoznanie bywa czasami bardzo trudne. Pierwszym objawem bywa zwykle ostro występujący bardzo silny ból, do tego przyłącza się silna wrażliwość prawej strony brzucha przy stężonych mięśniach. Czasami występują wymioty i rozwolnienia. Ciężota niestała, tętno prawie zawsze bardzo małe i prędkie. Bardzo często po przedziurawieniu zwiększa się ilość białych ciałek krwi. W bardzo ciężkich przypadkach mogą wszystkie te objawy nie występować, gdyż one są skryte. Można się omylić w rozpoznaniu, gdy nastąpiło przedziurawienie innych wnętrzności, lub pojawiły się silne wewnętrzne krwotoki, lub nastąpił zakrzep żyły biodrowej, lub pojawiło

się ogólne zapalenie otrzewny lub też i w tych przypadkach, w których podczas operacji okazał się dur, lecz nie było przedziurawień. Dobrą okolicznością dla operacji jest to, że przedziurawienie następuje w większej części przypadków w bliskości zastawki Bauchina, potem zaś w zgięciu esowatym, i to, że przedziurawienie występuje tylko pojedynczo. Najczęściej następuje przedziurawienie w końcu trzeciego lub na początku czwartego tygodnia choroby. Nakoniec autor opisuje dwa przypadki wyleczone, które, jak i cała praca zasługują na przeczytanie.

W. Bichler.

21. Zuckerkandl. **O zupełnem wycięciu gruczołu krokowego przerosłego.** (Wiener klin. Wochensch., Nr. 44, 1903). Nowy sposób operowania polega na tem, że gruczoł krokowy powiększony zawsze daje się wyluszczyć wraz z torebką. Autor drobiazgowo opisuje swój sposób operowania. Operuje on następującym sposobem: cięcie łukowe prerektalne, odsunięcie przedniej ścianki odbytnicy, pogładowe przedstawienie gruczołu w torebce, przecięcie jej, rozcięcie cewki w tej części, gdzie przechodzi przez gruczoł krokowy, wyluszczenie gruczoła przez wolne wyciągnięcie, o ile można usunięcie na tępo bocznych płatów, zeszyte rozciętej cewki, jednocześnie zmniejszenie otoczki gruczołu krokowego, nakoniec wkłada się kateter na stałe. Krwawienie nie bywa groźnem.

W ośmiu operowanych przypadkach osiągnięto normalne oddawanie moczu, gojenie się trwało 3 do 4 tygodni, tylko wyjątkowo w kilku przypadkach 7 — 8 tygodni. Wedle autora, wskazania do operacji dają następujące przypadki: przewlekłe zupełne wstrzymanie moczu u prostatyków, niezupełne wstrzymanie moczu, jeżeli ono pociąga za sobą męczące objawy miejscowe i bardzo często zamienia się w zupełne wstrzymanie moczu, ogromnie utrudnione wprowadzanie kateteru, nareszcie połączenie z kamieniami pęcherzowymi. Usunięcie ich bardzo dobrze udaje się przy wykonaniu wyżej wymienionej operacji. Autor zrobił przykre doświadczenia, gdy operował tym sposobem, że się starał usunąć powiększony gruczoł krokowy przez cięcie pęcherzowe nad kością łonową; stracił on tym sposobem dwóch chorych wskutek zakażenia, krwawienie następne zawsze bywa tutaj groźne.

W. Bichler.

22. Prof. Riedel. „**O wyłyżeczkowaniu gruczołu krokowego**“. Zarówno wątroba, jak i gruczoł krokowy, wyjęte z trupa, dają się krajać z trudnością dla swej nadzwyczajnej twardości; przeciwnie, u żywych narządy odznaczają się miękkością i dają się operować ostrą łyżeczką. Zastanawiając się nad sposobami operowania przerostu gruczołu krokowego i poddając specjalnej krytyce sposób Bottini'ego a także i Albarran'a, jako zbyt niebezpieczne i nie prowadzące do celu, prof. Riedel cytuje kilka swych przypadków wyłyżeczkowania gruczołu krokowego: F. Umbreil, 53 lat, od 2-ch lat używa kateteru; gruczoł krokowy, zwłaszcza z lewej strony, powiększony; mocz czysty. Operacja: łukowate cięcie przed otworem кишки stolcowej (między tub. ischiū), dalej podłużne aż do moszny; odpreparowanie gruczołu krokowego, nacięcie otoczki z lewej strony od linii środkowej; za pomocą łyżeczki wygarnięto pewną ilość miękiej tkanki, tak, że pozostała jama wielkości jaja gołębiego, toż samo zrobiono z prawej strony; cewka moczowa nie uszkodzona; tamponada jam. Już wieczorem tegoż dnia chory oddał mocz bez cewnika. W kilka dni usunięto tampony, w ciągu kilku dni pokazywała się w ranie uryna kroplami. W 3 tygodnie po operacji wyzdrowienie. Drobnowidzowe badanie wyskrobin wykazało obecność w przeważnej ilości gładkich mięśni, gruczołów nie było. Po roku i później wiadomości o chorym były pomyślne. Dalej opisuje autor jeszcze 4 przypadki o przebiegu również pomyślnym, jakkolwiek z komplikacjami.

Dalej wspomina autor o tem, że prof. Rydygier już w 1901 r. na Kongresie chirurgicznym mówił o wyłyżeczkowaniu gruczołu krokowego, zaś w 1902 r. w »Centralblatt für Chirurgie« Nr. 41 był artykuł Rydygiera »Die intrakapsuläre Prostataresektion als Normalverfahren bei Prostatahypertrophie«. Co się tyczy tego, kiedy operację robić, autor radzi możliwie wcześniej, t. j. dopóki jeszcze mocz jest czysty i mięsień pęcherzowy niewyczerpany. *Starwiński.*

23. Dr. Em. Ullmann. **Wycięcie zupełne żołądka**. Ullmann przedstawił sześćdziesięcio-dwu-letnią kobietę, u której z powodu raka krzywizny mniejszej usunął żołądek i połączył przelyk z kiszka cienką, zamknąwszy uprzednio dwunastnicę. Chora przyjmuje wszystkie pokarmy i przybyła na wadze, w drugim przypadku Ullmann wyrezekował wsku-

tek raka większą część żołądka, pozostałą zaś wszął do dwunastnicy.

Stawiński.

24. Dr. M. Menetrier. **Stłuszczenie wątroby i żółtaczka w zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (Semaine médicale, 1903, Nr. 44). Przy pośmiertnych oględzinach chorej operowanej wskutek zapalenia wyrostka znaleziono wątrobę kompletnie żółtą. Drobnowidz wykazał całkowite zwyrodnienie tłuszczowe; w drugim przypadku appendycytu, gdzie przed operacją chory miał trochę skóry żółto zabarwioną, bardzo prędko wystąpiły objawy ciężkiej żółtaczki, która zakończyła się śmiercią. Menetrier twierdzi, że zmiany te występują przeważnie w przypadkach zapaleń wyrostka, leczonych z początku konserwatywnie.

Stawiński.

25. Dr. M. H. Kehr. **Pierwszy przypadek pomyślnego podwiązania arteriae hepaticae przy jej tętniaku.** (Semaine médicale, 1903, Nr. 44). Chory 29-letni mężczyzna skarży się na bóle żołądka, do których od 3-ch dni przyłączyła się żółtaczka. Pierwotne bóle żołądka występowały 2 razy na miesiąc, a potem częściej — jednocześnie stwierdzono przejściowe powiększenie wątroby. Po krótkotrwałym polepszeniu rozpoczęły się krwawe wymioty, które w ciągu 2-ch tygodni powtarzały się po kilka razy codziennie. W przerwach chory z wyjątkiem ciężaru w okolicy wątroby, innych dolegliwości nie doznawał.

Badanie przez M. Kehr'a wykazało powiększenie pęcherzyka żółciowego do wielkości pięści i brak wrażliwości tegoż. Wątroba nie była powiększoną, żółtaczki nie było, mocz nic anormalnego nie przedstawiał.

To samo serce i płuca; badanie stolca dało również negatywny rezultat. Rozpoznanie wahało się (kamienie żółciowe, wśród dwunastnicy, guz pęcherzyka żółciowego i aneurysma arteriae hepaticae). Autor postanowił zrobić cięcie rozpoznawcze. Po usunięciu zrostów między pęcherzykiem, wątrobą a otrzewną, autor dokonał punkcji pierwszego i wy dostał 360 c.c. płynu, podobnego do kakao, który oprócz krwi nic innego nie zawierał. Na wysokości szyjki pęcherzyka dawał się wyczuwać nowotwór twardy, tętniący, wielkości jaja kurzego. Aneurysma arteriae hepaticae nabierało coraz więcej prawdopodobieństwa. Rozszczepiono kanał pęcherzy-

kowy, opróżniono go od skrzepów włóknika, poczem nastąpił silny krwotok, który wstrzymano uciskiem przy pomocy palców, a potem tamponadą. Pęcherzyk żółciowy wycięto; wskazujący palec lewej ręki operator wprowadził do foramen Winselovii i, naciskając na lig. hepato-duodenale, przystąpił do rezekcji arteriae hepaticae, oddzieliwszy ją ostrożnie od przewodu wspólnego i od ż. wrotnej. Tętnica została wycięta między dwiema ligaturami, worek tętniaka, jak się okazało, zawierał kamień, który spowodował krwawienie na początku operacji.

Operacja została zakończona choledochotomią z hepatopeksią. Nie zakładano drenów, nie nałożono szwów, lecz tylko zatamponowano ranę. Wątroba uległa częściowej nekrozie w dolnej części, nekrozie nie przekraczającej 2 ctm. w głąb. W półtora miesiąca potem chory, zupełnie zdrow, opuścił szpital.

Stawiński.

26. Dr. W. Alexander. **Drżenie głosowe w brzuchu.** (Berliner Klinische Wochenschrift. Nr. 43, 1903). W lipcu 1901 r. de Brun mówił w Akademii medycznej w Paryżu o nowym symptomie: t. zw. »brzęczeniach brzusznych«, wyczuwanych przez przyłożenie ręki do ścian brzucha podczas, kiedy pacjent mówi. Drżenie głosu de Brun wyczuwał tylko w tych przypadkach, gdzie w jamie otrzewny był płyn, na tej to zasadzie uważa on je za niezawodny znak mającego wkrótce nastąpić, albo też już istniejącego, płynu w jamie otrzewny. (De Brun, Bulletin de l'academie de médecine, seance de 23 Juillet, str. 191).

Wspomina też o tem i Weber (F. Weber, Berlin. Klin. Wochenschr., 1903, Nr. 1), mianowicie w przypadku zebrania się wolnego gazu w jamie otrzewny. Dr. Alexander podaje szczegółowej krytyce obie te obserwacye i po całym szeregu doświadczeń dochodzi do ujemnych rezultatów.

Stawiński.

27. Dr. Mangelsdorf (Kissingen). **O pewnym objawie żołądkowym u cierpiących na migrenę lub epilepsyę.** (Berliner Klinische Wochenschrift, 1903, Nr. 44). Opukując granice żołądka podczas napadu migreny, Mangelsdorf prawie zawsze stwierdza pewne rozszerzanie się tegoż podczas samego napadu i następnie—kurczenie się po ustąpieniu migreny. U chorych, którzy oddawna na migrenę cierpią, zauważył pewną atonię

żołądka. Po ustąpieniu migreny stopniowo ustępowała i atonia. To samo obserwował autor i u chorych z padaczką. Na 469 chorych, cierpiących na migrenę, u 418 można było określić granice żołądka i zbadać go; oprócz 9 przypadków, których autor nie mógł dokładnie obserwować, z pozostałych 409, tylko jedna 14-letnia młoda dziewczyna miała normalny żołądek, u pozostałych zaś skonstatował autor atonię żołądka.

Stawiński.

II. Położnictwo i choroby kobiet.

Ze zjazdu lekarzy i przyrodników w Kassel:

28. Veit. **Gruźlica i ciąża.** (Centralbl. f. Gynäk. 1903. Nr. 43). W celu rozstrzygnięcia pytania, czy należy wywołać poronienie u kobiety ciężarnej, dotkniętej gruźlicą, czy też nie, autor robił doświadczenia fizyologiczne i przyszedł do wniosku, że laseczniki gruźlicze mogą bez wątpienia przejść na płód. Z drugiej strony matka bywa wystawiona na wielokrotne niebezpieczeństwa; primo, przez samo poronienie, a secundo możliwe jest pogorszenie sprawy gruźliczej w położu. Niektóre kobiety, pomimo gruźlicy, mają ciążę prawidłową. Nagła śmierć, zależna od gruźlicy w ciąży, jest zjawiskiem bardzo rzadkiem. Zazwyczaj odbywa się przedtem poród, często bardzo przed czasem, zanim agonia wystąpi. Wiadomo, że w ciąży prawidłowej przybiera kobieta na wadze więcej, aniżeli wynosi ciężar płodu wraz z łożyskiem. To samo bywa i u kobiet tuberkulicznych. Autor obserwował u jednej pacjentki przybór na wadze w ciągu 8 tygodni, wynoszący 12 funtów. Jeżeli suchotnica, będąca w ciąży, stale przybiera na wadze, nie należy się obawiać ciąży. Jeżeli zaś przybór wynosi mniej, niż w warunkach zwykłych, obawiać się należy skutków ciąży. Należy przedtem wywołać poród przedwczesny; trudno jednak przewidzieć, czy chora zostanie wyleczoną, czy też tylko nastąpi poprawa w jej stanie zdrowia. Zazwyczaj chore, które mocno chudną, znajdują się na progu (w przededniu) poronienia.

Oдноśnie leczenia, należy usunąć od zajęć powszednich kobiety, dotknięte gruźlicą. Chorą należy leczyć przed zasta-

pieniem. Dzięki poronieniu wraca ona do dawnych warunków. Należy ją przeto separować od męża.

Czy i dzieci odziedziczą gruźlicę, nie można twierdzić. Zdarza się, że dzieci rodziców tuberkulicznych przychodzą na świat zupełnie zdrowe, a dzieci zdrowych rodziców stają się tuberkulicznymi.

W dyskusyi zabierali głos:

Ahlfeld: nie widzi w gruźlicy, jako takiej, wskazania do poronienia sztucznego. Należy chorą dłużej obserwować i pielęgnować, zanim lekarz się zdecyduje na ten krok stanowczy. Zresztą, sądzi, że ciąża donoszona, a nawet dwie ciąży są mniej groźne dla sprawy chorobowej (gruźlicy), aniżeli kilka poronień sztucznych, z rzędu wywołanych.

Asch: nigdy nie widział złych następstw po poronieniu, lecz, przeciwnie, znaczne polepszenie w stanie zdrowia chorej. W każdym razie lepiej jest dłużej utrzymać matkę przy życiu, chociażby przez wzgląd na jej dzieci żyjące i rodzinę, aniżeli ciążę, której skutki bywają zazwyczaj oplakane.

Krönig — mówi, że trudno się powodować ciężarem ciała ciężarnej, dotkniętej gruźlicą, skoro faktem jest, że ciąża niepomyślnie wpływa na sprawę gruźliczą. Obowiązkiem naszym jest chronić osoby tuberkuliczne od ciąży ponownej.

Tuszkai widzi niebezpieczeństwo dla tuberkuliczek ciężarnych w wymorzeniu (inanutio). Morfologia krwi i zmniejszenie ilości chlorków w moczu stanowczo przemawiają za obniżeniem przemiany materyi.

P. Müller radzi zachowywać się wyczekująco w tych przypadkach, kiedy ciąża nastąpiła w okresie początkowym gruźlicy; w okresie posuniętym należy wywołać poronienie.

M. Warszawski.

29. Ahlfeld. „**Nowy sposób mierzenia miednicy**“ (Centralbl. f. Gynäk. 1903, Nr. 43, str. 1270). A. demonstrował przyrząd, służący do mierzenia bezpośredniego conjugatae verae obstetric. u położnic i nieciążarnych. Jest to wążki klin z przedziałkami, który się wstawia pomiędzy wzgórkiem kości krzyżowej (promontorium) i tylną ścianą spojenia łonowego. Na 10 dzień po porodzie, po opróżnieniu odbyticy, układa się chorą na boku prawym, aby macica zboczyła w stronę prawą; doszedłszy bez przeszkody do promontorium przez dyastazę mięśni prostych brzucha, wstawia się tam ko-

niec szeroki klina i unieruchomia się go palcami, a koniec wężki wpycha się za spojenie łonowe. Można zmieniać kliny, dopóki nie dobierzemy takiego, który wypełni przestrzeń wymienioną.

Miękie części tak się ściska, że w obliczeniu nie można popęlić błędu.

M. Warszawski.

30. Dr. F. Fromme (Halle. Klinika chorób kobiecych). **Niedrożność kiszek w ciąży.** (Münchener Medicinische Wochenschrift, 1903, Nr. 42). Autor cytuje 3 przypadki, z których jeden własny; we wszystkich cierpienie nie zostało rozpoznane i we wszystkich bez zabiegu sprawa zakończyła się śmiertelnie. Pod koniec ciąży chora zaczęła objawiać straszny niepokój, T^0 37,8, puls 100, stopniowo puls doszedł do 140; w obec podejrzenia krwotoku wewnętrznego prof. Bumm przyspieszył rozwiązanie przez hysterotomię pochwową przednią; w pół godziny po dokonaniu operacji chora zmarła; po opróżnieniu macicy uwidocznił się w okolicy epigastrii duży guz elastyczny. Sekcja wykazała: w prawej i górnej części brzucha napelnione gazami pętle kiszek zielono-brunatnej barwy, które odpowiadały okrężnicy wstępującej i poprzecznej; wysokość przepony z prawej strony 4 żebro, z lewej 5-te; błona śluzowa kiszek gładka i błyszcząca, ale mocno iniekowana; w miednicy 1000 ccm. ciemno-brunatnego płynu. Okazało się, iż okrężnica wstępująca i poprzeczna na przestrzeni 79 ctm. okręciły się raz jeden naokoło swej osi; w 2-gim przypadku (Braun'a) groźne objawy niedrożności wystąpiły po 8-dniowej obstrukcji; następnego dnia po urodzeniu się dziecka (martwego) chora zmarła; sekcja wykazała podwójne okręcenie w okolicy S romani. W 3-im przypadku (Gottscheid) było okręcenie okrężnicy poprzecznej. Mechanizm powstawania niedrożności autor objaśnia w ten sposób: przy dość długim mesocolon okrężnica wstępująca, dzięki łatwej ruchliwości, została przez ciężarną macicę odepchnięta ku górze, zaś poprzeczna, przed macicą leżąca, podczas bólów porodowych, kiedy to macica ku przedniej ścianie brzusznej się zbliża, opadła w tył ponad okrężnicą wstępującą, tworząc w ten sposób skręcenie.

Stawiński.

31. Nicloux. „**O przejściu alkoholu do wody płodowej**“. W jednej z prac dawniejszych autor wykazał, że

10⁰/₀ rozczyń alkoholu, wprowadzony do żołądka samicy ciężarnej, został wkrótce potem wykryty w wodzie płodowej i w krwi matczynej. Nowsze badania wykazały, jaką drogą alkohol przechodzi. Otóż N. wykrył w pięć minut po wprowadzeniu alkoholu do żołądka ślady jego w wodzie płodowej. Z tego wyprowadził wniosek, że alkohol przeszedł bezpośrednio przez błony, nie obchodząc drogi dalszej przez nerki płodu.

M. Warszawski.

32. M. V. Ascoli. **Przerwanie ciąży w chorobach wewnętrznych.** (Semaine médicale, 1903. Nr. 44). Wobec postępu techniki i aseptyki zabiegów przy poronieniu sztucznem, wskazania do niego dają się rozszerzyć; w pierwszym rzędzie należy tutaj postawić choroby zakaźne, gdyż przebiegają one znacznie ciężiej u kobiet brzemiennych (zmiany anatomiczne serca, nerek, wątroby, urobilinuria, albuminuria e. t. c.). Co się tyczy oddzielnych cierpień, jak np. ospy, o ile zakażenie występuje w ostatnich miesiącach ciąży, dziecko przeważnie rodzi się zdrowe, lecz z predyspozycją do ospy, jednakże bywa i to, że dziecko rodzi się już z zakażeniem; w każdym razie — lepiej jest dokonać poronienia.

W płonicy bezwarunkowo należy przerwać ciążę ze względu na zmiany lokalne w macicy.

W róży należy przerywać ciążę w przypadkach ciężkich i daleko posuniętych. W posocznicy zakażenie bardzo łatwo przechodzi z matki na dziecko, powodując śmierć tego ostatniego lub przedwczesny poród. Jeżeli dziecko żyje i jest zdolne do życia, należy wywołać poród przedwcześnie.

W gościcu stawowym ostrym autor radzi przerywać ciążę, gdyż poronienie w tych przypadkach następuje prawie zawsze sponte bez względu na okres ciąży. Wodowstręt wywołuje przerwanie ciąży i przechodzi na dziecko. W tyfusie dziecko rodzi się kachektyczne lub martwe — ciążę należy przerwać.

W cholercie przerwanie ciąży nie polepsza stanu matki. Zimnica na dziecko nie przechodzi, więc przerywania ciąży nie wymaga, z wyjątkiem tych przypadków, kiedy nadmiernie powiększona śledziona tamuje rozwój macicy.

W influenzy tylko ciężkie komplikacje mogą zmusić do przerywania ciąży.

W $\frac{2}{3}$ syfilisie sztuczne poronienie należy wywołać: 1) kiedy zakażenie wystąpi u matki w ostatnim peryodzie ciąży (ósmy lub dziewiąty miesiąc).

Co się tyczy zapalenia płuc, gdzie w 50%—65% przypadków poronienie następuje sponte, zdania są podzielone: przeciwnicy poronienia dowodzą, że ciąża na funkcje aparatu oddechowego nie wpływa, więc przerwanie ciąży nie łagodzi cierpienia, które ma swój szablonowy przebieg; zaś zwolennicy kładą nacisk na to, że usunięcie ciąży, jako czynnika, wywierającego potężny wpływ na wątrobę, nerki i serce, znacznie łagodzi chorobę.

W błonicy poronienie rzadko następuje; w tętcu płód zabezpieczony jest od zakażenia, ale dostępny dla jadów, wskutek czego śmiertelność jest zwiększona. Bardzo ważną jest kwestya gruźlicy. A scoli obserwował przeszło 600 położnic, cierpiących na suchoty, i przyszedł do przekonania, że przeważnie tuberkuloza poprzedza ciążę, lecz ujawnia się dopiero w toku tej ostatniej lub też na końcu. Czasami (35 razy na 328 przypadków) tuberkuloza występuje po porodzie, zwłaszcza, jeśli matka sama karmi. Co do płodu, to samoistne poronienie następuje dość rzadko; przeciwnie, poród przedwczesny zdarza się często. Jeśli położnica znajduje się w dobrych warunkach, to może donosić dziecko. Na 137 dzieci suchotnic 20% zmarło w ciągu pierwszych 30 dni życia, 35% zmarło w ciągu pierwszych 2-ech lat — najczęstszą przyczyną była Meningitis tuberculosa (33%). Co do wskazań, to, jeśli ciężarne przybywa na wadze ponad normę, można pozostawić ciążę jej biegowi; jeśli waga pozostaje bez zmiany pomimo usilnego odżywiania, lub mało się zwiększa, można zastanawiać się nad interwencją; jeśli zaś ciężarna traci na wadze — sztuczne poronienie bezwarunkowo jest wskazane.

Dr. Lagari zabiera głos w tej samej sprawie, przyjmując pod uwagę choroby serca u ciężarnych, twierdząc, że w 20% tych przypadków poronienie samo przez się następuje, a w 25% płód obumiera. Przy wadach serca nieskompensowanych sztuczne poronienie bezwarunkowo jest wskazane.

W albuminurii należy przedewszystkiem zastosować mleczną dyetę i, jeśli białko, pomimo to, znajduje się w moczu i nie zmniejsza się ilościowo — poronienie jest wskazane.

W eklampsyi, o ile napady są ciężkie i częste — należy opróżnić macicę. To samo w hematurii i w hemoglobinurii. W ciężkich przypadkach polyneuritis należy bezwarunkowo ciążę przerywać.

W nowotworach mózgu ciążę należy przerywać, o ile można później, ze względu na zdolność dziecka do życia. W złośliwej anemii ciążę należy przerwać tak samo, jak i w moczówce, oraz w osteomalacyi.

Dr. Queirolo (Piza) nie uznaje specjalnych chorób, w któ-

rych należało by robić poronienie, natomiast twierdzi, że w każdym cierpieniu może nastąpić moment, wymagający sztucznego poronienia u ciężarnej.

Dr. Castellino (Neapol), wbrew Lagari'em u twierdzi, że nie we wszystkich wadach serca nieskompensowanych należy uciekać się do sztucznego poronienia, gdyż np. przy stenosis valv. mitr. nic ciąży nie szkodzi, natomiast nerwice serca, które zjawiają się podczas ciąży, wymagają interwencji. Dr. Bernabei zaznacza że w osteomalacyi u ciężarnych stosował wdmuchiwanie tlenu do kiszek, co czyniło operację zupełnie zbyteczną. Sprawdził to i potwierdził Dr. Riva. Nakoniec Dr. Tanssig (Rzym) komunikuje, że na 20 ciężarnych u 5 znalazł białkomocz, a pomimo to poród odbył się sponte.

Stawiński.

33. Weisswange. **Macica, wyluszczonej drogą pochwową i zawierająca strup u wylotu jajowodu, zapalenie świeże jajowodów, spowodowane przez ostrożne wstrzyknięcie do macicy chlorku cynku za pomocą szprycki Brauna.** (Centralbl. f. Gynäk. 1903, Nr. 19, str. 581). U 26-letniej kobiety, dotkniętej katarem macicy i obfitem krwawieniem podczas miesiączki, zrobiono przed 4 miesiącami wyskrobanie macicy.

W braku polepszenia powtórnie dokonano wyskrobania macicy i zaraz potem za pomocą szprycki Brauna, watą owiniętej, ostrożnie wstrzyknięto do macicy chlorku cynku. Rozpoznanie pod drobnowidzem: Adenocarcinoma. Po 5 dniach dokonano całkowitego wyluszczenia macicy przez pochwę. Na preparacie widać świeże zapalenie jajowodów z obydwóch stron, którego przedtem stanowczo nie było, a w jamie macicy wyluszczonej znajduje się strup, sterczący do jajowodu, Autor snuje następujące wnioski z powyższego spostrzeżenia: 1) każde wyskrobinę powinny być badane pod drobnowidzem i 2) szpryca Brauna, nawet ostrożnie stosowana, może szkodzić.

M. Warszawski.

34. Dufougeré. **Blednica, stosunek jej do małżeństwa i leczenie jej wyciągiem z jądra.** (Rozprawa, Bordeaux, 1902). Autor przyjmuje chlorozę za samozatrucie pochodzenia miesięczkowego, ponieważ toksyny krwi nie zostają zniszczone skutkiem uśpionej funkcji wydzielniczej jajników. Czynność wydzielnicza zostaje nanowo rozbudzoną przez spól-

kowanie lub też dzięki wessaniu nieznanym nam pierwiastków nasienia. Dla tego też chloroza nie powinna być przeszkodą do małżeństwa, lecz przeciwnie. W przypadkach, gdzie chora dotknięta chlorozą nie może wyjść za mąż, należy podawać do wewnątrz lub stosować pod skórę wstrzykiwania ze sperminy. Przytoczone historye chorób, gdzie w przerwach 3 — 5 dniowych wstrzyknięto 3 — 5 ccm. sperminy, świadczą przekonywająco o powyższym sposobie leczenia.

M. Warszawski.

III. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

35. Dr. Mainzer. **Dziesięć dni trwający Priapismus idyopaticus.** Chory, 42 lat mający, zjawił się do kliniki ze skargą, że przez 4 doby cierpi na erekcyę i bolesność członka. Na zasadzie badań i wywiadów wykluczono możliwość cierpień mózgu i rdzenia, a także cierpienia weneryczne. Przy badaniu obiektywnem członek okazał się nadzwyczajnie twardym, czerwonym i bolesnym, bardzo bolesną była okolica krocza i samo krocze. Po zastosowaniu czopków z opium i belladonny jakoteż i ciepłych kąpeli cierpienie ustąpiło, jakkolwiek rozmiary członka przewyższały jeszcze normę. Z wywiadów późniejszych okazało się, że chory w zimie pracował w otoczeniu kobiet, co go nadzwyczajnie ekscytowało, w domu zaś, ze względu na zimno, sypiał w jednym z żoną łóżku; dla uniknięcia zajścia żony, stosunków z nią unikał. W lecie chory trochę pił. Napady od 4 lat zjawiają się peryodycznie raz do roku.

Stawiński.

36. Dr. Clamann. (Hannover). **Zaparcie stolca u noworodków.** Autor gorąco przemawia za kateterem Nelatona średniej miary, który, dobrze naoliwiony w dolnej $\frac{1}{3}$ części, wprowadza do кишки stolcowej na jakie 15 ctm. i porusza nim kilka razy naprzód i w tył; o ile zaparcie stolca nie pochodzi wskutek nieodpowiedniego odżywiania (zbyt wczesne i obfite podawanie zawierających krochmal pokarmów), rezultaty takich zabiegów są świetne.

Stawiński.

37. Dr. Hayen obserwował 8 przypadków **wrzodu zewnętrznej ściany żołądka** (Mucosa była nienaruszona); zwraca uwagę na to, że we wszystkich tych przypadkach były chroniczne owrzodzenia wewnętrznej ściany żołądka (przy całej błonie śluzowej). Przy-

puszczając tło nerwowe, autor proponuje dla tej choroby nazwę »Mal perforant gastrique«. La Sem. Méd., 1903, Nr. 44).

Stawiński.

38. Tuffier. **Corps étranger juxtapericardique.** (Semaine medical., Nr. 44. Société de Chirurgie Seance du 28 Octobre, 1903). Młody 24-letni podoficer w 2 miesiące po otrzymanym postrzale pistoletowym, szukał pomocy, skarżąc się na ataki duszności. Prześwietlenie wykazało na wysokości lewego uszka sercowego pocisk, który towarzyszył ruchom uszka i jak się zdawało, był wtłoczony w ścianę tegoż; autor z łatwością wyjął kulę, która bardzo powierzchownie przylegała do wewnętrznej ściany uszka.

Stawiński.

39. M. Lepage. **Włókniaki i ciąża.** W pierwszym przypadku chodziło o pierworódkę 37-letnią, u której znaleziono włókniak, wyrastający z dna macicy, 2 włókniaki na przedniej jej ścianie i trzeci wielkości mandarynki z tyłu. Na samym początku porodu rodząca straciła dużo krwi, uderzenia serca płodu ucichły; oględziny miejsca wykazały insertionem velamentosam pępowiny; śmierć dziecka nastąpiła zapewne wskutek pęknięcia jednego lub kilku naczyń pępowiny, co do pewnego stopnia stwierdziła sekcya, gdyż tkanki były absolutnie blade, a naczynia puste. Drugi przypadek: pierworódka 38-letnia, macica z mnóstwem fibromatów, z których jeden wrósł w przednie wgłębienie macicy. Na krótko przed porodem guz powiększył się w obwodzie, lecz natomiast obniżył się. Gdy się rozpoczęły skurcze porodowe, guz wyczuwano bardzo nisko, poczem bardzo prędko nie można go już było wyczuć. Poród odbył się szczęśliwie. Z obydwóch tych przypadków autor wyciąga wniosek, że włókniaki macicy ciężarnej, należy traktować wyczekująco.

Stawiński.

40. M. Lepage. **Hernia przeponowa u noworodka.** Pierworódka powiła na czas, dziecko, ważące przeszło 3 kilo, wkrótce potem wystąpiły u dziecka objawy zaduszenia, ulokowano je w termostacie, lecz zmarło ono prędko (w 12 godzin po urodzeniu). Sekcya wykazała absolutny brak przepony z prawej strony, wskutek czego kiszki i wątroba znajdowały się w prawej połowie klatki piersiowej; płuco z prawej strony, było spłaszczone.

Stawiński.

41. M. Radoux. **Purpura haemorrhagica podczas ciąży — nagła śmierć.** Pierworódka 22-letnia wskutek niedyspozycyi wyżyła dość dużą ilość antypiryny i następnego dnia na całym ciele

wystąpiła wysypka, podobna do szkarlatyny z krwawymi wylewami podskórnymi. Sekcja wykazała wylewy krwawe w pewnej ilości organów.

Stawiński.

42. M. Faure. **Skręcenie macicy.** (Archives Générales de Médecine, 1903, n-r 49). Usunięty za pomocą operacji, nowotwór ważył przeszło 2 kilo: jak się okazało, był to fibromat, któremu za nóżkę służył kanał macicy — ten ostatni wskutek skręcenia z lewej strony ku prawej uległ częściowemu zanikowi. Dane te doskonale tłumaczą kliniczne objawy, mianowicie: silny ból (który powstał prawdopodobnie w czasie samego skręcenia), oraz zatrzymanie peryodu wskutek mechanicznych przeszkód w samym kanale macicy.

Stawiński.

43. Dr. M. R. Herman opisuje 80 przypadków chirurgicznych (furunkuły, karbunkuły, ropne zapalenia otrzewny, sprawy zakaźne w kościach), które leczył i wyleczył zapomocą wstrzykiwania tlenu pod ciśnieniem w chore tkanki i w ich okolice.

Stawiński.

IV. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

44. Bamberg. **Sanoform — środek zastępujący jodoform.** (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38, 1903). Jodoform łatwo się rozkłada, nie daje się wyjąławić i odznacza się swym przykrym, swoistym zapachem. Od października 1902 roku w klinice chorób kobiecych Strassmann'a w Berlinie autor stosuje z dobrym skutkiem Sanoform, wynaleziony przez Gallinek'a i Courant'a.

Jest to — Dijodsalicylmethylester $C_6H_2I_2COOCH_3$.

Przedstawia się jako biały proszek, bez smaku i zapachu i nie rozkładający się pod wpływem światła. Zawiera w sobie, wedle Langgaard'a 62,7% jodu. Rozpuszcza się przy $110,5^{\circ}$ i przy rozkładaniu wcale się nie zmienia. Zaledwie przy 200° Sanoform się rozkłada, wydzielając charakterystyczne fioletowe gazy jodu. Niejadomości sanoformu dowiódł eksperymentalnie Langgaard. Działa Sanoform w następujący sposób: tkanka żywa rozpuszcza sanoform bardzo wolno i w najmniejszych ilościach i wytwarza z niego jod i kwas salicylowy, które in statu nascendi, jak wiadomo, działają przeciwnie w wysokim stopniu. Nie podlega wątpliwości, że świetnie

działanie sanoformu zależy od rozpadnięcia tych dwóch czynników, mianowicie jodu i kwasu salicylowego. Działanie to zwiększa się tem, że rozkładanie się i działanie sanoformu postępuje wolno i stopniowo. Piorkowski w Berlinie robił w tym kierunku masę przeróżnych doświadczeń ze staphylococcus pyogenes aureus, baccillus pyocyaneus, bact. coli commune, streptococcus pyogenes i anthrax. Schlesinger, Arnheim, Goldschmidt i Mrensen badali ten środek klinicznie, wszyscy są bardzo zadowolnieni z niego, szczególnie w tych przypadkach, w których jodoformu nie znoszono. Najlepsze usługi oddał sanoform w leczeniu chorób ocznych i jamy ustnej. Autor używa sanoformu w postaci proszku lub jako gazy, którą przed użyciem sterylizowano przy 105° przez $\frac{1}{2}$ godziny, przytem można ją sterylizować i kilka razy. Ubocznych objawów nie zauważono. Jednem słowem, wedle zdania autora, sanoform jest w stanie w zupełności zastąpić jodoform i powinien być zalecany.

W. Biehler.

45. Overlach. **Trigemin, jako środek uśmierzający bóle.** (Berl. klin. Wochensch., nr. 35, 1903). Trigeminu jest chemicznem połączeniem Pyramidonu i Butylchloralhydratu i przedstawia się w postaci długich białych igieł, które łatwo się rozpuszczają w wodzie, topnieją przy 85°C ., mają swoisty zapach aromatyczny i smak przyjemny. Trigemin należy do środków antyneuralgicznych. Butylchloral posiada tylko nieznaczne nasenne działanie w porównaniu z chloralhydratem; według Husemann'a dorosłemu należy dać 5,0—6,0 gr., aby wywołać sen. Za to butylchloral uśmierza bóle, szczególnie w okolicy nerwów mózgowych. Też same własności ma i trigemin, który świetnie działa przy bólach nerwów mózgowych, jednakże nie wywołuje snu, przyczem działanie daleko lepsze, niż butylchloralu, właśnie to zawdzięcza trigemin pyramidonowi, który o 3 razy lepiej uśmierza bóle, niż antypiryna. Trigemin działa szczególnie na okolicę nerwów mózgowych. Trigemin nie drażni żołądka jak butylchloral i nie ma jego przykrego i ostrego smaku. Oprócz tego trigemin niema wpływu na serce, jako łatwo zrozumieć, gdyż trigemin jest połączeniem pyramidonu, podwyższającego ciśnienie krwi, i butylchloralu, obniżającego ciśnienie krwi. Ta ostatnia własność jest bardzo pożądaną dla środka uspokajającego i łagodzącego bóle. Trigemin oddaje dobre usługi przy wszelkiego rodzaju bólach głowy i zastąpić może migreninę. Spotykamy czasami przypadki, w których trigemin nie działa, lecz działa migrenina i na odwrót. Największe usługi oddaje

trigemin w nerwobólach N. trigemini i jego gałęzi, szczególnie w bólach zębów. Dawka trigeminiu dla dorosłego 0,5—1,25; średnia dawka 0,6 albo 0,75, raz lub dwa razy dziennie.

W. Bichler.

46. Dr. Prof. F. Lejars. **Aparat prof. Saxtorph'a.** (La Semaine Médicale, Nr. 44, 1903). Złamaną kończynę obandażujemy delikatnym bandażem; bierzemy 2 łupki z lipowego drzewa (zmocone, by się dały giąć), szerokości 4 ctm. grubości 2—3 mm.; zginamy je po obu bokach stopy, by tworzyły strzemię, łupki w górę dosięgają główki kości peronei z jednej strony i wewnętrznego condylus tibii z drugiej strony; na jakie 4 ctm. wewnątrz na ich strona odstaje od stopy; trzeba baczyć na to, by łupki dokładnie odpowiadały osiom peronei i tibiae; 4 małe poduszeczki wkładamy jako peloty: 2 na wysokości peronei i tibiae i dwie na dole w okolicy malleolów; zaczyna się bandażowanie bandażem krochmalowym górnej części nogi, a potem dolnej aż do stawu tarso-tibialnego, który to staw pozostaje wolny, a tylko strzemię przymocowuje się ukośnymi ruchami bandaża. Po 24 godzinach opatrunek jest suchy i twardy, a po 10 dniach może być zmieniony i wtedy chory może już chodzić o kuli, mając na zdrowej nodze obuwie o grubej podszwie.

Stawiński.

47. **Aspiryna.** Zakres zastosowania tego środka, zastępcy salicylanu sodu, coraz szersze zakreśla sobie koło. Saweljew (Deut. Med. Ztg. 1901) zaleca bardzo aspirynę w zapaleniu opłucny wyśiękowem, natomiast A. Nusch (Münch. Med. Woch. 1901) stosuje ten środek jedynie jako kojący, nie mógł on bowiem skonstatować jakiegoś wyraźnego wpływu na sam przebieg sprawy zapalnej. Natomiast w suchem zapaleniu opłucny, nawet u suchotników, ten sam autor przypisuje aspirynie działanie specyficzne. K. v. Hoor-den stosuje aspirynę w moczówce cukrowej. Gottschalk (Deut. Med. Woch. 1901), wychwala ten środek, jako bardzo skuteczny u dzieci w gościecu i grypie, zmniejsza on bóle i gorączkę. Besancon i Paulesco zalecają aspirynę w płasawicy, kuracya ta w połączeniu z odpowiednią dyetą ma okazywać znakomite usługi. Jednorazowa dawka aspiryny u dzieci wynosi od 0.3—0.5, stosownie do wieku, na dzień dawek takich dać można 3—4, najlepiej w zimnem mleku.

H. K.

48. **Amylium salicylicum.** Jest to bezbarwny, załamujący światło płyn, z zapachu przypominający salol. Kipi przy 270°C., rozpuszcza się w eterze, wyskoku i chloroformie, natomiast w wo-

dzie jest prawie nierozpuszczalny. Preparat ten stosują w gościecu stawowym zamiast metylsalicylu, ponieważ nie posiada on takiego ostrego zapachu jak ten ostatni. Amylium salicylicum stosuje się zewnętrznie i wewnętrznie. Zewnętrznie w dawce od 2—3 gramów pod postacią smarowania chorych miejsc, które następnie przykrywa się watą i papierem gutaperkowym. Do wewnątrz podaje się ten środek w kapsułkach żelatynowych po 0.2 do 10 sztuk na dzień. Amylium salicylicum, stosowane w ostrych i podostrych przypadkach gościeca stawowego, zmniejszało bóle i usuwało obrzęcznie dotkniętych stawów.

H. K.

49. **Natrium succinicum.** Są to białe kryształy, łatwo rozpuszczalne w wodzie. F. Hope (Medical Council) zaleca ten preparat bardzo gorąco w żółtaczce nieżytowej. Dawka nie powinna być zbyt dużą, przytem podawać trzeba odpowiednią ilość alkalicznej wody mineralnej. Preparat ten zapisuje się podług następującej formuły:

Rp. Natrii succin. 3.0.
Aq. feniculi 120.0.
Sir. simpl. 30.0.

MDS. Co 3 godz. po łyżce stołowej.

(H. K.).

50. **Aguryna.** (Theobrominnatrium — Natrium aceticum). Preparat ten przedstawia się pod postacią białego, hygroskopijnego, proszku, który bardzo łatwo rozpuszcza się w wodzie i oddziałuje alkalicznie. Działania tego moczopędnego środka jest o wiele mniej drażniące od diuretyny i uroferyny: wskutek mniejszej wagi atomowej kwasu octowego zawiera on więcej teobrominy. Aguryna działa moczopędnie tak u ludzi, ze zdrowymi nerkami i sercem, jako też u ludzi, u których oba te narządy chorują. Żadnego ujemnego działania tego środka dotąd nie spostrzegano. Agurina wywiera elektywne działanie na komórki rurkowe, wskutek czego zdolność wydzielnicza tego narządu wzmacnia się. W fosfaturyi trzeba unikać tego preparatu, ponieważ ilość fosfatów po agurynie znacznie wzrasta w moczu. Stosuje się agurynę w proszku po 0.5—1.0—2 do 3 razy na dzień.

H. K.

51. **Eisentropon.** (Tropon żelazisty). Znany środek odżywczy tropon pojawił się obecnie w handlu w połączeniu z żelazem. Podług badań Winterberg'a i Braun'a (Wien. kl. Rundschau, 1901) preparat ten, zawierając pewną ilość łatwo wchłaniającego się białka, wywiera dodatni wpływ na ogólne odżywianie. W chorobach

krwi tropon żelazisty powiększał wagę ciała, ilość hemoglobiny i czerwonych krążków krwi. Dawka wynosi łyżeczkę od kawy trzy razy na dzień; najlepiej podawać go z czekoladą. *H. K.*

52. **Adrenalinum.** Stosują adrenalinę jako środek chroniący od przykrych ewentualności przy kokainizacji mlecza pacierzowego. Bier radzi wstrzyknąć przed operacją w kanał mlecza pacierzowego 0,50 1 % roztworu adrenaliny i tyleż wody, po kilku minutach zaś 0,0075 do 0,015 kokainy. Podobne znieczulenie pozwala robić wszelkie operacje, niedając smutnych wyników tak często spostrzeganych przy kokainizacji mlecza pacierzowego. (Sem. méd. n-r 38, 1903). *W. B.*

V. ODCINEK.

Projekt urządzeń sanitarnych dla Warszawy.

(*Dokończenie*).

Wszystkie opieki sanitarne okręgowe przedstawiają sprawozdania roczne o ich działalności, które są drukowane w sprawozdaniu rocznem biura sanitarnego.

Instytucją bardzo pożyteczną okazały się *narady lekarzy*, należących do organizacyi sanitarno-lekarskiej miasta.

W tych naradach lekarskich rozstrzygano kwestye zasadnicze i praktyczne organizacyi lekarsko-sanitarnej, przed wniesieniem ich na decyzję komisji sanitarnej lub zarządu miejskiego. Takich posiedzeń było w r. 1901 22. z liczbą średnią 19 obecnych lekarzy. Decydowane tam były ważne sprawy, dotyczące np. walki z epidemią tyfusu powrotnego, walki z dżumą, przymusu prawnego do szczepienia ospy ochronnej wypracowano instrukcyę dla lekarzy sanitarnych i lekarzy dla biednych i dla ich narad; decydowano w kwestyi dezynfekcyi przytułków noclegowych i urządzeń kąpielowych, nadzoru nad szkołami; powzięto postanowienia, dotyczące lokali dla ambulatoryów miejskich z pomocą felczerską i usługą, bezpłatnej pomocy lekarskiej dla biednych i szczepienia bezpłatnego ospy ochronnej podczas sezonu wiosennego przez lekarzy dla biednych w ambulatoryach i przez lekarzy sanitarnych w domach zażożonych i na krańcach miasta itd.

Czterech *lekarzy sanitarnych* było zajętych, z polecenia zarządu miasta, obejrzeniem różnych lokali przemysłowych dla dozwolenia ich otwarcia. Takich zakładów obejrzano 521 w r. 1901. Lekarze sanitarni badali potrzeby sanitarne okręgów im powierzonych, dla przygotowania projektów ulepszeń w położeniu sanitarnym miasta. Urzeczywistnienia tych projektów oczekują od otrzymania przez miasto pozwolenia do zaciągnięcia pożyczki obligacyjnej, wysokości 10 milionów rubli.

Ważną gałęź zajęć lekarzy sanitarnych stanowi nadzór nad przebiegiem chorób zakaźnych, jakimi są: ospa, szkarlatyna, dyfteryt i wszelkiego rodzaju tyfusy. Opiekę swą rozciągali oni nad przytułkami noclegowymi, mieszkaniami arteli (stowarzyszeń robotników) i warsztatami rzemieślniczemi. W ciągu r. 1901 lekarze sanitarni odwiedzili 4089 ognisk zakażenia.

W r. 1901 wydano w Odesie na potrzeby lekarskie i sanitarne 768,096 rb., t. j. 14% budżetu ogólnego miasta, wynoszącego 5,633,700 rb. 21 kop. Z sumy powyższej na instytucje sanitarno-lekarskie wydano 91,907 rb. 51 kop.

Główne pozycje wydatków były następujące:

4 lekarzom sanitarnym po 2,300 rb każdemu	Rs. 9.200 k. —
12 lekarzom dla biednych w mieście i 3 na przedmieściach po rs. 2,000 każdemu	„ 30.000 „ —
Wynagrodzenie felczerów i felczerek stałych i czasowych uczyniło	„ 64.55 „ 45
Na rozjazdy lekarzom i felczerom wydano	„ 184 „ 50
Na lekarstwa wydano	„ 7.738 „ 44
Na instrumenta chirurgiczne	„ 746 „ 85
Na meble i materiały biurowe dla ambulatoryów	„ 197 „ 93
Druk sprawozdania za r. 1900 i kartek statystycznych wynosił	„ 819 „ 32
Prenumerata pism dla biblioteki	„ 225 „ —
Biuro sanitarne kosztowało	„ 5.744 „ 15
Kamera dezynfekcyjna	„ 13.180 „ 27
Stacya bakteryologiczna	„ 13.420 „ 02
Różne wydatki nadzwyczajne	„ 3.995 „ 58
Razem	Rs. 91.907 k. 51
Prócz sum powyższych wydano na walke z epidemiami w r. 1903	„ 7.925 „ 11
Suma ogólna	Rs. 99.832 k. 62

Zatem prawie 100,000 rubli.

Walka z dżumą przyczyniła prócz powyższych jeszcze wydatków na 53.668 r. 33 k. w r. 1901.

W *Petersburgu* znajduje się obecnie 36 lekarzy zarządu (*dumskie wraczy*) dla niesienia bezpłatnej pomocy lekarskiej ludności ubogiej, w ambulatoryach, przy mieszkaniu lekarza i w mieszkaniu chorego. Na każdego lekarza przypada więcej niż 10 tysięcy wizyt rocznie. Prócz nich posiada miasto 40 lekarzy sanitarnych, przy każdym z nich dezynfektora i 12 lekarzy handlowo-sanitarnych. Do obowiązku pierwszych należy przedsięwzięcie środków odpowiednich przy wypadkach chorób zakaźnych i rewizye domów w mieście, do obowiązków lekarzy handlowych nadzór nad zakładami przygotowującymi i sprzedającymi artykuły pokarmowe i napoje.

Od początku r. 1901 urządzono specjalne *biuro miejskie sanitarno-epidemiologiczne* dla śledzenia za wypadkami chorób pomorkowych. Przy biurze znajduje się dwóch lekarzy i dwóch dezynfektorów, [których posyła biuro do pomocy lekarzom sanitarnym w okregi zagrożone.

Urządzono także *lokal izolacyjny* dla czasowego umieszczenia osób przeniesionych z lokali, w których pojawiły się choroby zaraźliwe.

Petersburg posiada jeszcze *instytut szczepienia ospy i laboratorium miejskie* dla badania wody z Newy i wszelkich produktów pokarmowych i napojów.

Miasto posiada 8 ambulatoryów, prócz znajdujących się przy szpitalach, i 13 przytułków położniczych o 164 łózkach. Szpitali miejskich jest 10 o 6171 łóżku i 30 lekarzy szkolnych.

W *Moskwie* dla udzielenia pomocy bezpłatnej jest 28 lekarzy i 9 ambulatoryów miejskich.

Jako organy doradcze w kwestyach sanitarno-lekarskich istnieją *Rada lekarska i komisya lekarzy sanitarnych*. Lekarzy sanitarnych jest 18 i 10 lekarzy dozorców targowych. Stacya sanitarna miejska znajduje się przy instytucie higienicznym Uniwersytetu Moskiewskiego.

W r. 1901 pod zarządem miejskim znajdowało się 12 szpitali miejskich o 4967 łózkach. Prócz powyższych zarząd miejski urządził w r. 1901 czasowy oddział szpitalny z 596 łózkami, do którego przyjęto 2644 chorych. Przytułków położniczych posiadają Moskwa 14. Dla nadzoru nad prostytutką jest 10 lekarzy i biuro dla ich registracyi.

W roku bieżącym postanowiono reorganizacyę nadzoru sani-

tarnego Moskwy. Zamierzono urządzić w mieście całą sieć opiek sanitarnych okręgowych, biuro sanitarne przy zarządzie miasta i specjalną instytucję dezynfekcyjną pod nadzorem lekarza. Postanowiono lekarzy dozorców targowych przemianować na handlowo-sanitarnych, nadając im prawa i pensye lekarzy sanitarnych, rozszerzyć ambulatorya miejskie w celu niesienia pomocy do domu i komisji sanitarnej nadać charakter organu stałego sanitarnego.

W *Charkowie* zaprojektowano podzielić miasto na 15 okręgów lekarsko-sanitarnych, na co potrzebny będzie wydatek roczny 60 tysięcy rb. Na każdego lekarza okręgowego przypadałoby koło 12,000 mieszkańców. Udzielałby taki lekarz pomocy lekarskiej ubogim, wydawałby świadectwa o śmierci, szczepiłby ospę ochronną, pełnił obowiązki lekarza szkolnego itd.

Następnie zaprojektowano urządzenie *biura sanitarnego* pod kierunkiem dwóch specjalistów higienistów. Koszt tego biura obliczają na 8 tysięcy rubli. Agentami biura sanitarnego mają być 12 opiekunów sanitarnych dla nadzoru nad wykonaniem obowiązujących postanowień higienicznych.

Z chwilą wprowadzenia instytucji opiekunów sanitarnych przedstawi się możliwość objęcia całego nadzoru sanitarnego przez miasto i wyjęcia tego nadzoru z pod kompetencji policji i lekarzy miejskich, ponieważ działalność tych ostatnich jest zupełnie niezależną od zarządu miasta.

Dla rozszerzenia działalności *laboratoryum sanitarnego* potrzeba będzie 5 tysięcy rb., *kamery dezynfekcyjnej* 7800 rubli.

Całą sumę wydatków obliczono na 87,800 rubli; odliczając jednak wydatki robione dotąd w tym kierunku, przybędzie nowych wydatków na 41000 rb. Proponowano także urządzenie przytułku dla 100 chorych chronicznych.

Obecnie Zarząd *Warszawy* wstępuje na drogę szerokiego rozwoju działalności, wskutek przyznanej pożyczki 33 milionów na przedsiębiorstwa miejskie. Prócz tego całe szpitalnictwo ma przejść pod bezpośrednią władzę Magistratu miasta, będzie zatem ten ostatni zmuszony do zaprowadzenia organizacji sanitarnej, której wzory dostarczają miasta zagraniczne i Cesarstwa. Najłatwiejsze jest skorzystanie z urzędzeń już istniejących w Odesie. Miasto to posiada bez załogi 453,000 mieszkańców, kiedy Warszawa liczy ich obecnie 756,426, jest zatem o 66,98 proc. ludniejszą od Odesy t. j. o całe $\frac{2}{3}$ i w tym stosunku możnaby przenieść instytucje Odesy do Warszawy.

Warszawa liczy 12 cyrkułów policyjnych, dzieląc każdy na po-

łowe, otrzymamy 24 okręgi sanitarne, na czele których stanęłyby osoby znane ze swej działalności społecznej i pełniłyby te obowiązki bezpłatnie.

Dla okręgów sanitarnych potrzeba będzie ze 20 *lekarzy dla biednych*, prócz tego urządzić im ambulatorya i udzielić pomocy w osobach felczerów i akuszerok. *Lekarzy sanitarnych* dla kierowania pracami opiek okręgowych potrzebnych będzie ze 6.

Ponieważ lekarze dla ubogich spisowywaliby na kartkach statystycznych wiadomości o wszystkich leczonych osobach, opracowanie tych kartek i sprawozdań opiek okręgowych wymagać będzie urządzenia specjalnego *biura statystyczno-sanitarnego*, które przyczyni koło 11 tysięcy rubli wydatku.

Na czele całej organizacyi sanitarnej miasta stałaby *komisyja sanitarna miejska* pod prezydencją Prezydenta miasta lub osoby przez niego naznaczonej i składałaby się z przedstawicieli wszystkich władz rządowych, z prezesów opiek okręgowych, naczelników lekarzy szpitali, pewnej liczby lekarzy sanitarnych i lekarzy dla biednych, reprezentantów inżynierji i zarządów tecznicznych miasta itd. Członkom tej komisji należałoby wyznaczyć, za obecność na posiedzeniach Rady, pewne wynagrodzenie.

Wydatki miasta na nadzór sanitarny, przy pełnym jego rozwoju, obejmowałyby pozycye następujące:

20 lekarzom dla biednych po 2 tysiące rubli każdemu	Rs. 40.000 k. —
20 felczerom i akuszerkom po 600 rubli każdemu	" 12.000 " —
Na lekarstwa i narzędzia chirurgiczne po 400 rubli każdemu lekarzowi	" 8.800 " —
20 lokali na ambulatorya po 600 rubli za każde	" 12.000 " —
	Razem Rs. 72.000 k. —
6 lekarzom sanitarnym po 2,300 rubli każdemu	" 13.800 " —
Na biuro sanitarno-statystyczne	" 11.000 " —
Dla komisji sanitarnej	" 3.000 " —
	Suma ogólna Rs. 99.800 k. —

Jest to suma jaką wydała Odesa na ten sam cel w r. 1901.

Nie uwzględniono tylko kosztów *laboratoryum chemiczno-bakteryologicznego i biura dezynfekcyjnego*.

Wyszczególniono wyżej wydatki, odnoszące się do organizacyi zupełnie rozwiniętej. Przy początkowem jej wprowadzeniu nie

będzie potrzebną całą ilość lekarzy dla biednych i lekarzy sanitarnych, wskutek tego zmniejszy się wydatek na felczerów i na lokale. Niektóre ambulatorya mogą być urządzone w domach miejskich, zmniejszając przeto wydatek na komorne.

Zaprowadzenie pomocy lekarskiej dla biednych zmniejszy koszta szpitali, uwalniając ich od nagromadzenia chorych w ambulatoryach i od chorych chronicznych, których będą mogli doglądać w ich mieszkaniach lekarze dla biednych i oni także będą kwalifikowali chorych do szpitali.

Oby szkie powyższy był szczęśliwem zapoczątkowaniem na drodze urzeczywistnienia nadzoru sanitarnego Warszawy.

Dr. Witold Załęski.

VI. Z TOWARZYSTWA LEKARZY GUBERNII LUBELSKIEJ.

Protokół zwyczajnego posiedzenia Lub. Tow. Lekarskiego z dnia 18-go Marca 1903 roku.

1. Talko przedstawił chorego z bardzo skutecznem wyleczeniem krótkowzroczności drogą operacyjną.

2. Dobrucki przedstawił chorą 60-cio letnią operowaną skutecznie z powodu torbieli jajnika.

3. Tenże przedstawił: chorą po dokonanej operacji Gastroenterostomii przy bliznowatym zwężeniu odźwiernika. Maryanna Jeż, 21 lat, przybyła do szpitala św. Wincentego 6 Stycznia 1903 roku (Nr. 1992). Chora uskarża się na stały ból w dołku, ból się zwiększa po każdym jedzeniu, w 4—5 godzin następują obfite wymioty i chora dopiero wtedy czuje pewną ulgę. Oprócz tego chora cierpi na ciągle odbijania, bardzo cuchnące, nie do zniesienia dla otoczenia. Chora cierpi na bezsenność, osłabienie, ostatnimi czasy znacznie wychudła. Choroba trwa $4\frac{1}{2}$ lat, rozpoczęła się bez żadnych widocznych przyczyn, krwawych wymiotów chora nie miała nigdy. Od paru miesięcy znaczne pogorszenie. Dawniej peryody miewała prawidłowe, obecnie od $1\frac{1}{2}$ roku nie miewa wcale.

Przy badaniu widzimy chorą średniej budowy, bardzo wycieńczoną, kompletny zanik tkanki tłuszczowej. Płuca i serce zdrowe. W żołądku wybitne pluskanie. Po rozszerzeniu dolna granica znajduje się na palec poprzeczny poniżej pępka.

Badanie żołądka za pomocą zgłębnika na czczo wykazuje dużą ilość zawartości pokarmów (włókna mięsne, drożdże) i t. d.) Ogólna kwaśność po próbnem śniadaniu 80.

20 stycznia po uśpieniu chloroformowem przystąpił D. do operacji. Miał zamiar wykonać Gastroduodenostomię boczną podług Kocher'a, lecz bardzo obfite zrosty części odźwiernikowej żołądka i dolnego brzegu wątroby zmusiły go do odstąpienia od tego planu i do wykonania Gastrojejunostomii tylnej podług Kocher'a. Przyczem stosowano się do techniki, podanej przez Hartman'a.

Stan chorej po operacji doskonały, bóle ustały, wymiotów nie było ani razu; 7 dni dyeta wyłącznie mleczna, na 7 dzień kotlet. Chora zaczęła się bardzo prędko poprawiać, po 3 tygodniach przybyło jej 18 funtów wagi. Rana zagoiła się z niewielką reakcją w dwóch szwach.

4. Odczytano projekt regulaminu dla Towarzystwa, regulaminu opracowanego przez wybraną w swoim czasie komisję. Z powodu małej liczby obecnych członków zadecydowano odłożyć szczegółową dyskusję do następnego posiedzenia.

Sekretarz *Czesław Czerwiński.*

Protokół zwyczajnego posiedzenia Lub. Tow. Lekarskiego z dnia 4-go Kwietnia 1903 r.

Prezes odczytuje oddzielne ustępy regulaminu dla Towarzystwa, regulaminu ułożonego przez wybraną w tym celu w dniu 18-ym Stycznia r. b. komisję i poddaje takowe pod dyskusję.

Z powodu spóźnionej pory dyskutowanie nad ustępem o sądach honorowych odłożono do następnego posiedzenia.

Sekretarz *Czesław Czerwiński.*

Protokół zwyczajnego posiedzenia Lub. Tow. Lekarskiego z dnia 18-go Kwietnia 1903 r.

Rudzki wygłosił odczyt „o możliwości zastąpienia wszystkich wód mineralnych obcokrajowych polskimi” i przedstawił szereg tablic, wykazujących, że wody krajowe w ogromnej większości wypadków stoją wyżej od zagranicznych, a przynajmniej dorównują

im, a przytem są tańsze od odnośnych wód zagranicznych (rzecz przeznaczona do druku).

Po ożywionej dyskusyi, w której brali udział koledzy: Bier-nacki, Chodźko, Dobrucki, Jaworowski, Radomyski i prelegent — uchwalono zobowiązać swych członków do stosowania wód krajowych na pierwszym planie i używania wód obcych tylko w razie niemożności zastąpienia ich polskimi (Karlsbad, Marienbad, Franzensbad, Salzquelle, Contrexéville, Vittel, Tarasp, Levico, Roncegno, Srebrnica, Mitterbad) lub dopóki odnośne wody krajowe nie będą należycie wypróbowane (pozostawić Vichy i Borżom, lecz starać się zastępować je wodą Krościeńską; również ograniczyć użycie Hunyady Janos i Franz Joseph na rzecz wody Morszyńskiej). Natomiast postanowiono zupełnie usunąć z użycia szereg innych wód, dotąd stosowanych w Lublinie, jako to: Apenta, Apollinaris, Bilin, Ems, Fachingen, Franzensbad Franzensquelle, Friedrichshall, Giesshübler, Gleichenberg, Homburg, Kissingen, Mergentheim, Obersalzbrunn, Püllman, Salvator, Selters, Soden, Wildungen, Wiesbaden).

Prelegentowi powierzono ułożenie odpowiedniej tablicy z wykazem, jakimi wodami krajowemi można zastąpić usunięte wody obce i postanowiono rozesłać takie tablice wszystkim członkom Towarzystwa.

Sekretarz *Czesław Czerwiński.*

Kronika bieżąca.

Statystyka raka. Kol. St. Serkowski i J. Maybaum z Łodzi nadesłali nam kwestyonaryusz w sprawie rozprzestrzenienia raka u nas. W tym celu inicjatorzy chcą zrobić spis jednolity chorych na raka w d. 15 b. m. na całym obszarze Królestwa.

Myśl to, niewątpliwie, dobra, szkoda jednak, że uprzednio sprawa kwestyonaryusza nie była poddana dyskusyi szczegółowej, schemat bowiem podany nie wyczerpuje niezmiernie ważnej kwestyi, podjętej przez kol. S. i M.

Tak nap. brak w wywiadach tak ważnej sprawy, jak ilość porodów ze względu na raka macicy, palenie fajki ze względu na raka warg, spieszne jedzenie, oraz jedzenie potraw zbyt gorących ze względu na raka żołądka i przełyku, rodzaj pożywienia (mięsne, mieszane, jarstwo) ze względu na raka wogóle, dna i usposobienie kamicowe ze względu na raka dróg żółciowych i moczowych i. t. p.

Uwagi te nastęrczają się zaraz po odczytaniu kwestyonaryusza, niewątpliwie zrobić ich można więcej przy szerszej nad tą kwestyą dyskusyi.

Nie piszemy tych uwag w tym celu, aby pracę przy zbieraniu statystyki, choćby w formie obecnej, uważać za bezcelową, przeciwnie myśli samą uważamy za nader szczęśliwą, chodzi nam jednak o to, aby naprzyszłość, (a spis taki robić należy corocznie), kwestyonaryusz przedyskutować i uzupełnić tak, aby całość sprawy poruszanej była uwzględniona.

Za inicjatywę kol. S. i M. należy się uznanie i nie wątpimy, że wszyscy lekarze pospieszą z odpowiedzią, aby inicjatorom umożliwić jaknajszystsze ogłoszenie ciekawych wyników tej ankiety.

Zjazd we Lwowie. Nadesłano nam zawiadomienie, że w czasie Zjazdu we Lwowie odbędzie się w pałacu sztuki na placu powystawowym wystawa przyrodniczo-lekarska. Dyrektorem wystawy jest dr. K. Krzyżanowski, Lwów c. k. Namiestnictwo, na którego ręce należy nadsyłać deklaracje najdalej do 1 Marca r. b. Na program wystawy składa się: 1) Grupa naukowa, 2) Grupa balneologiczna, 3) Grupa aptekarska, 4) Grupa przemysłu chemicznego, 5) Grupa narzędzi i przyrządów; w oddziale zaś higienicznym: higiena żywienia, urzędzenia gminne, szpitalnictwo, wychowanie młodzieży, fabryki, mieszkania, odzież, choroby zakaźne i ich zwalczanie, higiena dziecka, higiena ludu. Szczegółowy program oraz deklaracje są do przejrzania w redakcyi (od 5 — 7 popołudniu codziennie).

Nowe książki. Nadesłano nam I-szy zeszyt niezmiernie ozdobnego wydawnictwa S. Dembego, dzieła D-ra C. H. Stratza p. n. „Piękność ciała kobiecego“, w tłumaczeniu kol. Biernackiego.

Dziś o całości pisać jeszcze nie możemy, zaznaczymy tylko, że, jak dotąd, dzieło to może być interesującym nie tylko dla szerszej publiczności, ale i dla lekarzy, jako przyczynek do antropologii i etnologii.

Instytut Pasteur'a w Warszawie. Według informacji pism tutejszych, w Warszawie ma być otwarta filia zakładu Pasteur'a dla wytwarzania szczepionek. Podajemy to na wiarę pism codziennych, nie sądzimy jednak, aby potrzeba otwierania takiej filii istniała, pracownie miejscowe bowiem zupełnie zadosyć uczynić mogą żądaniom przy odpowiedniem rozszerzeniu i pewnej kontroli.

Polemika. W tutejszem piśmie „Hacefirah“ dwaj lekarze tutejsi, Frenkel i G. Lewin wszczęli polemikę niesmaczną w kwestyi bytu lekarzy. Czy tego rodzaju polemiki mogą oddziaływać korzystnie na usposobienie ogółu względem lekarzy, wątpimy. Polemiki tego rodzaju powinny być prowadzone w pismach fachowych, ale, naturalnie, nie w tym tonie i nie w tym duchu. Przeciw popularyzowaniu wiedzy naszej w pismach nic nie mamy, o ile jest ona umiejętna, ale przeciw omawianiu stosunków między lekarzami w pismach codziennych zaprotestować w imię dobra zarówno lekarzy, jak i publiczności — musimy.

Zmarli. Dr. Kazimierz Jacobson, lekarz szpitala św. Ducha w Rawie (gub. Piotrkowska) dnia 12 b. m., w wieku lat 30.

Od Administracji.

Upraszamy o śpieszne uregulowanie przedpłaty zaległej oraz o wnoszenie przedpłaty na r. 1904.

Wszyscy przedpłaciciele, którzy wniosą przed 1 Lipca r. b., otrzymają bezpłatnie dzieło prof. Moraczewskiego „Podręcznik do badań chemiczno-klinicznych“.

Prenumeratory „Kroniki“ mogą nadto prenumerować za cenę zniżoną „Bibliotekę lekarską“. Cena „Kroniki Lekarskiej“ wraz z „Biblioteką“ rocznie rb. 14, z przesyłką rb. 16, zamiast 15 i 18.



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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 30 Декабря 1903 г.

•MATTONIEGO
GISSHÜBLER
 najczystsza
 woda mineralna
SZCZAWA-ALKALICZNA

~~~~~ Najlepszy ~~~~~

~~~~~ Dyjetetyczny ~~~~~

i Orzeźwiający napój ~

Heinrich Mattoni

⇒ Gicssbübl, Sauerbrun, ⇐

===== Karlsbad. Francensbad. Wiedeń i Budapeszt. ====

Suche Kataplazmy

(Na Sposób Hamiltona)

własnego wyrobu poleca;

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne

„MOTOR”

Marszałkowska 23, Telefonu 1809.