

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. O wpływie fizyologicznym zabiegów gorących na ustrój.

Podał

Dr. W. MIKLASZEWSKI.

(Rzecz wygłoszona na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. w dniu 20 Października 1903 r).

(Ciąg dalszy).

Dwa tylko wnioski zdają się nie ulegać wątpliwości: 1) że zmiany we krwi sprowadzają się prawie wyłącznie do działania układu naczynioruchowego i, jak wypada z moich badań, do rozpadu pewnej ilości krążków czerwonych; 2) że krew po zabiegu powraca do stanu pierwotnego po pewnym czasie. Ten punkt ostatni zasługuje na pewne omówienie. Zabieg pojedynczy nie pozostawia długotrwałej zmiany we krwi; jaki jednak wpływ ma leczenie wysoką ciepłotą, czyli szereg zabiegów, stosowanych w pewnym porządku?

Nad tem pytaniem zastanawiało się bardzo niewielu badaczy. Z dostępnego mi piśmiennictwa mogę przytoczyć ledwo paru: Traugott¹⁾ stosował łaźnie suche o ciepłocie 55° C. u 44 chorych niedokrewnych i blednicowych i otrzymał po 20 — 24 zabiegach powiększenie ilości krążków czerwonych, barwnika, ciężaru właściwego, oraz podniesienie ciśnienia krwi, wzmożenie siły serca, zmniejszenie jego pobudliwości, znikanie szmerów żylnych. Podobnie Kunne²⁾

¹⁾ Revue int. d. ther., 1893.

²⁾ Therap. Monatsch., Nr. 1, 1895.

zaznacza w 23 przypadkach blednicy i 17 niedokrwistości doskonale wyniki (coprawda, chorzy jego otrzymywali w większości przypadków żelazo).

W paru przypadkach niedokrwistości leczonych łaźniami stwierdziłem podobnie poprawę stanu krwi, niekiedy znaczną.

Jakkolwiek badania powyższe domagają się jeszcze sprawdzenia, jednak z teoretycznego punktu widzenia wydaje się możliwem, żeby szereg zabiegów napotnych, usuwających z krwi ciała szkodliwe i wpływających w bardzo znamieny sposób na cały układ krążenia, mógł pobudzić narządy krwiotwórcze do wzmożonej wytwórczości.

Jeżeli uwzględnić tu jeszcze rozpad pewnej ilości krążków, to wpływ zabiegu gorącego można porównać poniekąd do małych upustów krwi.

O *krążeniu limfy* pod wpływem zabiegów gorących wiemy niewiele. Najważniejszą w tym dziale jest praca doświadczalna Kowalskiego¹⁾, który dowiódł, że krążenie limfy jest *zależne od wpływów naczynioruchowych*, że gorąco rozszerza naczynia limfatyczne i zwiększa wypływ z przewodu piersiowego, a zimno zwęża je i zmniejsza wypływ. Układ naczynioruchowy limfatyczny jest samoistny, niezależny od krwionośnego.

B. Układ oddychania.

Najmniej opracowanym działem fizjologii leczenia łaźniami jest układ oddychania. Większość autorów [nie porusza go zupełnie, lub ogranicza się najwyżej do danych co do ilości oddechów na minutę, określania ich głębokości i t. p. Jeżeli przejrzeć choć jedną pracę, poświęconą wyłącznie temu pytaniu, to stanie się zupełnie zrozumiałem, dla czego badania są tak nieliczne; przyrzędy do badań są nader złożone,

¹⁾ O wpływie podnień termicznych na krążenie limfy i o nerwach naczynioruchowych limfatycznych (Przegląd Lek., 1899, Nr. 17 i 18.)

a nade wszystko tyle czynników wpływa na czynność oddechową, tak znaczny wpływ na pojemność powietrza w płucach, na przyswajanie tlenu i wydzielanie kwasu węglowego ma nawet położenie badanego (leżące, siedzące, czy stojące), że, przy uwzględnieniu rozmaitych tych czynników, trzeba być bardzo ostrożnym we wnioskach.

Pomiędzy autorami niema zgody nawet co do wyników tak łatwego napozór badania, jak określanie ilości oddechów: Wick ¹⁾ widział w kąpieli 39° C. zwolnienie oddychania, Topp ²⁾ — przyspieszenie. W łaźni parowej widział Frey i Heligenthal ³⁾ niewielkie przyspieszenie oddechu, Kostjurin ⁴⁾ — bardzo znaczne, Roth ⁵⁾, stosując przyrząd Kellogg'a do kąpieli elektryczno-świetlnych, nie zauważył przyspieszenia oddechu przy współczesnem znacznem przyspieszeniu tętna. Sam zaś Kellogg ⁶⁾ mówi o zwolnieniu oddechu. Przy łaźni suchej widziałem bardzo nieznaczne przyspieszenie oddechu (2—4 na minutę) pod koniec zabiegu i szybki powrót do normy zaraz po jego ukończeniu.

Podobnież *co do pojemności oddechowej płuc* znajdował Kostjurin zmniejszenie jej w łaźni parowej. Pospischil ⁷⁾ nie zauważył żadnego wpływu kąpieli gorących, podobnież jak Speck ⁸⁾, H. Winternitz ⁹⁾ (Halla) otrzymywał po kąpielach gorących znaczne powiększenie pojemności; podobne wyniki dawały mu gorące kąpiele piaskowe.

Przechodząc do pytania o *wymianę gazów w płucach* pod wpływem ciepłoty, muszę przytoczyć dawne poglądy, które utrzymały się do ostatnich czasów. Już Crawford,

1) Wien. klin. Woch., 1894, Nr. 36, 37.

2) Rozprawa z Halli, 1893.

3) Die heissen Luft- u. Dampfbäder. Baden-Baden, 1881.

4) Rozprawa, 1883.

5) Münch. Med. Woch., 1899.

6) Bl. f. kl. Hydr., 1899, Nr. 6.

7) Blätt. f. klin. Hydroth., 1893, Nr. 1, 2, 3, 4, 5.

8) Physiologie d. menschl. Athmens, 1892.

9) Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1902, T. 72.

Lavoisier, Liebig, Vierordt, Liebermeister, Litten i inni postawili wniosek, że, o ile zimno wpływa na zwiększenie zużycia tlenu i wydzielania CO_2 , o tyle gorąco obniża obiedwie te sprawy. Pflüger¹⁾ dowiódł, że, po usunięciu wpływu układu nerwowego, po przecięciu mleczka lub kuraryzowaniu zwierząt, wymiana gazów jest tem silniejsza i większa, im wyższą jest ciepłota ciała zwierzęcia; wahania tej ciepłoty przy zastosowaniu kąpeli zimnych lub gorących u badanych zwierząt wynosiły 20 — 43° C. Jeżeli zaś przez dłuższe stosowanie gorąca podnieść znacznie ciepłotę ciała nieoperowanego zwierzęcia, to otrzymuje się podobne stosunki, jak u operowanych. Z tych doświadczeń, podobnie jak z badań Voit'a wypada, że wymiana oddechowa gazów u poikilotermów może odbywać się w podobny sposób, jak u homoiotermów, o ile zwierzę straci zdolność utrzymywania ciepłoty ciała na pewnej, określonej wysokości; wtedy w podwyższonej ciepłocie pochłania się więcej tlenu i wydziela więcej CO_2 , a niekiedy—naodwrot.

Bardzo ważny postęp w badaniu wymiany oddechowej gazów pod wpływem ciepłoty nieobojętnej stanowią prace Speck'a²⁾, potem Loewe'go³⁾, wreszcie Pospischil'a⁴⁾. Badacze ci zwrócili uwagę na wpływ pracy mięśniowej na wymianę gazów i do tego czynnika sprowadzili większość wahań, zachodzących w tej sprawie pod wpływem wahań ciepłoty. Speck starał się wyłączyć wszelkie ruchy mięśniowe w doświadczeniach i przyszedł do wniosku, że zimno przez podrażnienie nerwów czuciowych pobudza odruchowo mięśnie oddechowe tem silniej, im bodziec odczuwa się wyraźniej, jako chłód; wskutek tego oddech staje się częstszym i wydalanie CO_2 i zużycie O. znaczniejszem. Gdy wystąpią skurcze mięśni mimowolne (dreszcz, napięcie mięśni i t. p.), podnosi się zaraz wymiana gazów; trwa to dłużej, niż zabieg zimny

1) Pflügers Arch. f. d. Ges. Phys. 1876, T. 12.

2) Deutsch. Arch. f. klin. Med., T. 33.

3) Pflügers Arch. T. 46.

4) Winternitz i Pospischil, Blätt. f. kl. Hydr., 1893, Nr. 1—5.

i w okresie największego spadku ciepłoty, gdy mięśnie tracą napięcie, wymiana gazów zmniejsza się. Przy zabiegach ciepłych i gorących wymiana gazów w płucach albo nie zmienia się zupełnie, albo podnosi bardzo nieznacznie w okresie działania zabiegu.

Löwy badał wymianę gazów u ludzi ubranych i rozebranych przy tej samej ciepłocie (10° — 12° C.) po ochłodzeniu skóry wodą, wyskokiem, lub eterem, wreszcie pod wpływem ciepłej kąpieli wychładzanej, lub zimnej — ogrzewanej. Z 55-ciu badań w 26-ciu otrzymał przy działaniu zimna wzmoczenie wymiany gazów, w 20 brak wpływu wyraźnego, w 9-ciu upośledzenie wymiany. Gdzie czynność ta była wzmoczoną, autor stwierdził spotęgowaną działalność mięśni (w 13-tu przypadkach bardzo wyraźnie: dreszcz, napięcie mięśni), które sprowadzają się właściwie do obrony ustroju przed nadmierną utratą ciepła (skurcz naczyń, mięśni). Tak tedy wzmoczona wymiana gazów jest wyrazem pobudzenia działalności mięśni (poprzecznie prążkowanych i gładkich), co wywołuje szybsze spalanie w ustroju.

Dalszem rozwinięciem powyższych poglądów jest praca Pospischila, wykonana w pracowni Zuntz'a. Do tej pracy przyznaje się i Winternitz; jego jednak udział sprowadza się do tego, że pracę wykonał jego... asystent. Szczegół ten zasługuje na zaznaczenie, bo dość jest przejrzyć pracę pobieżnie, żeby przekonać się, wiele trzeba było włożyć w nią trudu i czasu.

Pospischil dowiódł przedewszystkiem, że samo położenie ciała (leżenie, siedzenie, stanie) wywiera wpływ na wymianę gazów oddechową i że jest ona tem znaczniejszą, im większa praca mięśni potrzebną jest do utrzymania danego położenia. Dalej wskazał, że ciężar, leżący na ciele ¹⁾, wywiera pewien wpływ na oddech, mianowicie zwiększa ilość wydzielanego CO_2 i zmniejsza ilość pochłanianego tlenu.

1) Odpowiada to ciśnieniu wody w kąpielu.

Nawet drobne wpływy zewnętrzne, np. obecność osoby postronnej przy doświadczeniach, odbija się na wymianie gazów. Następnie wskazał, że ruchy mięśniowe podnoszą bardzo znacznie (w trójnasób) wymianę gazów. Nakoniec rozmaite zabiegi gorące i zimne, ogólne i częściowe przy możliwym wyłączeniu ruchów mięśniowych, lub przy jednoczesnem stosowaniu ich dały bardzo uderzające wyniki, które sprowadzają się do podniesienia, lub osłabienia napięcia mięśni prążkowanych i gładkich na drodze odruchowej oraz podrażnienie nerwów czuciowych lub zmianę ciepłoty krwi; zmniejszenie wymiany gazów w okresie po zabiegu zimnym jest nie zrównoważeniem wzmożenia podczas zabiegu, lecz wyrazem zmęczenia i wyczerpania układu mięśniowego przez silny bodziec.

Trzej powyżsi badacze sprowadzili zatem *wzmożenie wymiany gazów w płucach pod wpływem zabiegów zimnych do działalności mięśni; wpływ zaś zabiegów gorących, o ile uwzględnić udział czynności mięśniowej, sprowadza się do zera, lub bardzo nieznacznego wzmożenia.*

Nieco inaczej brzmią wnioski Winternitz'a ¹⁾ (z Halli). Po kąpeli 39° — 41° C., trwającej 23' — 45', znalazł znaczne wzmożenie wymiany gazów, najmniej o 39⁰/₀; a zwykle o 64 — 110⁰/₀, co, potrąciwszy wydatki na pracę mięśni oddechowych, wynosiło jeszcze 30 — 70⁰/₀. Nawet po upływie 45' — 75' po kąpeli można było stwierdzić wzmożenie przemiany gazowej, dochodzące do 28⁰/₀.

Dalej należy zaznaczyć pracę Salomon'a ²⁾, który przy stosowaniu leczenia napotnego w łaźniach suchych (Quineke'go i systemu Phönix) otrzymywał przyrost wymiany gazów o 3,7 — 36,7⁰/₀, przeciętnie o 16,8⁰/₀. W kąpielach elektryczno-światlnych liczby były nieco wyższe (12 — 47,7⁰/₀), przeciętnie 27,5⁰/₀. Zestawiając wyniki powyższe z liczbami, określającymi przyrost zużycia tlenu w stanach gorączkowych

¹⁾ Klinisches Jahrbuch, T. 7, 1899.

²⁾ Zeitschr. f. diät. u. physik. Ther., T. 17, Z. 3, 1901.

(podług Kraus'a 20⁰/₀), S. zaznacza, że przy zabiegach napotnych rzadko przekracza się te liczby.

W ostatnich czasach zjawiała się jeszcze jedna praca H. Winternitz'a ¹⁾. Badania na zdrowym osobniku w kąpieli gorącej dały przyrost zużycia tlenu, potrąciwszy wydatek na mięśnie oddechowe, 33 — 57⁰/₀. Na tej zasadzie W. wnioskuje, że kąpiel gorąca powiększa o wiele znacznie wymianę gazów w płucach, niż stany gorączkowe.

W tej samej pracy znajdujemy rozdział o kąpielach gorących piaskowych. Ten zabieg zbliża się najbardziej do łaźni suchej, lub kąpieli elektryczno-światlnej, bo ciało znajduje się w przestrzeni suchej, pochłaniającej łatwo pot, a ciepłota tej przestrzeni zbliża się najbardziej do ciepłoty łaźni (47⁰ — 50⁰ — 52⁰ C.), również wpływ na tętno, ciepłotę ciała, pojemność oddechową jest tu prawie taki sam, jak w łaźni suchej. Otóż, w kąpielach piaskowych przyrost zużycia tlenu wynosił 20 — 50⁰/₀, a po potrąceniu wydatków na wzmożone oddychanie jeszcze 19 — 41⁰/₀.

Na podstawie tych prac można postawić jeden tylko pewny wniosek, niezgodny z poglądami dawniejszymi: że *wysoka ciepłota nie obniża wymiany gazów w płucach, lecz, podług wszelkiego prawdopodobieństwa, podnosi ją dość znacznie*. Jeżeli ostatni głos w tej sprawie (H. Winternitz'a) mielibyśmy uważać za ostateczny, to należałoby rozstrzygnąć pytanie, co właściwie sprowadza wzmożone pochłanianie O. i wydzielanie CO₂: czy wysoka ciepłota sama przez się, czy też jaki czynnik postronny, w rodzaju odruchowego pobudzenia mięśnia pod działaniem zimna?

Że gorąco osłabia sprawność mięśni, wiemy ze spostrzeżeń codziennych i z prac Maggior'a i Vinaj ²⁾ (p. niżej);

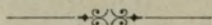
¹⁾ Ueber d. Wirkung verschiedener Bäder (Sand, Sool. u. s. w.) insbesondere a. d. Gaswechsel. (Zeitsch. f. klin. Med., T. 72, 1902).

²⁾ Blätt. f. klin. Hydroth., Nr. 1, 1893.

należałoby więc oczekiwać wręcz odwrotnego stosunku, niż to ma miejsce przy zabiegach zimnych. Jednak trzeba tu przypomnieć, że gorąco, zwłaszcza nagle działające, wywołuje odruch naczynioruchowy (skurcz naczyń krótkotrwałe), dreszcz, gęsią skórę i t. d. Są to, coprawda, chwilowe, lecz wyraźne objawy wzmózonej działalności mięśniowej, która, jak wiemy, podnosi wymianę gazów.

Z innej strony wiemy z doświadczeń H. Winternitz'a ¹⁾, że zabiegi gorące wywołują stan, bardzo podobny do gorączkowego; w gorączce zaś przemiana materii wogóle i wymiana gazów w szczególności jest wzmózona. Zapewne pomiędzy stanami gorączkowymi i sztucznie podniesioną ciepłotą zachodzi tylko podobieństwo; jednak jest bardzo prawdopodobnem, że samo podniesienie ciepłoty sprzyja wzmózeniu wymiany gazów w płucach.

Zapewne i rodzaj zabiegu odgrywa tu pewną rolę, podobnie jak przy częstoci i głąbokości oddechu. W łaźniach suchych, gdzie ciepłota podnosi się stopniowo, niema prawie odruchu naczynioruchowego; dla tego też wzmózenie wymiany gazów zależy tu prawdopodobnie głąwnie od podniesienia ciepłoty.



(D. c. n.).

¹⁾ Wien. Klin. Woch., 1899.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

210. Dr. F. Sauerbruch (z Wrocławia). **Wykluczenie wpływu ujemnego odmy piersiowej w przypadkach operacji na śródpiersiu.** (Zentralbl. für Chir., Nr. 6, 1904). Rękoczyzny, dotyczące narządów śródpiersiowych (rezekcyje przelyku i t. p.), dawały stale wynik niepomyślny, głównie ze względu na powikłania takie, jak odma piersiowa i związana z tą ostatnią zapaść płuca. Fizyolog, dokonywając wiwisekcyi, pomaga sobie w ten sposób, że płuco takie czyni znowu sprawnem drogą pompowania powietrza przez rurkę tchawicową nieprzepuszczalną. W warunkach tych na psach dokonywał wycinania przelyku Mikulicz, ze złym jednak za każdym razem skutkiem. Rozwiązania też sprawy poszukać należy na drodze innej, a mianowicie: przez wytworzenie ciśnienia ujemnego w tej części pola operacji, z którem ma zetknąć się bezpośrednio otwarta jama opłucny, przyczem należy pamiętać, że fizyologicznie pod ujemnem ciśnieniem znajdująca się górna powierzchnia opłucny, po otwarciu, przechodzi nagle pod ciśnienie atmosferyczne. W warunkach tych zauważa się bezzwłocznie niemal szereg cały zmian w ciśnieniu krwi, w zakresie i rozmachu ruchów oddechowych (rozedma), znaczne obniżenie ciepłoty ustroju i t. p. objawy arcyniepożądane.

Celem obejścia powikłań tak niedogodnych dr. S. obmyślił następujący przyrząd, na razie dość pierwotny nawet: był nim walec szklany, którego obie powierzchnie, górną i dolną zaklejono błoną z gutaperki. W jednej z nich zrobiono trzy otwory (dwa mniejsze, jeden większy), w drugiej jedną tylko dziurę dużą. Przez obie dziury większe przeciąga się zwierzę, wzięte do doświadczeń, którego głowa sterczy na zewnątrz z jednej strony walca, kończyny tylne z drugiej, gdy brzuch i klatka piersiowa mieszczą się w walcu. Operujący przez dwa otwory mniejsze kładzie do wnętrza przyrządu narzędzia i trzyma w nim ręce, poczem dziury zalepia się szczelnie, a pomocnik wysysa z cylindra powietrze przez odpowiedni wąż gumowy, również oblepiony szczelnie. W aparacie po-

wstaje teraz ciśnienie ujemne, odpowiadające wysokiemu na 10 mm. słupowi rtęci. Po otwarciu klatki piersiowej z obu stron płuca nie zapadły się wcale i zwierzę oddychało swobodnie; z upływem jednak trzech minut pękła błona zamykająca, ruchy oddechowe zwierzęcia wzmożyły się gwałtownie, wystąpiły objawy zapaści płuc i zwierzę zdechło niebawem.

Braki w obmyślanym przez autora przyrządzie dały się usunąć z łatwością. Powierzono mechanikowi sporządzenie specjalnego aparatu, w którym zamknięcia dokonywano za pomocą pelot gumowych. Liczne, podjęte w ulepszonym przyrządzie tym wiwisekcje, przekonały niezbitcie, że możliwym jest drogą tą najbardziej rozległe nawet rezekowanie żeber obustronne i mostka. Teraz do obmyślenia czegoś w rodzaju kamery operacyjnej był krok tylko jeden. Jakoż, według wskazówek autora, wygotowano tę ostatnią, długą na 1,5 metra, szeroką na 1 oraz na 1,3 metra wysoką. Ów pokój izolacyjny zbudowanym był z mocno spojonych, 2 ctm. grubych desek, obitych wewnątrz blachą, zalutowaną w zagięciach. Sklepienie tworzyła gruba płyta szklanna; kamerę zamykały wysokie na 1,15 metra, szerokie na 0,6 metra drzwi w przylegającej szczelnie futrynie gumowej. Na ścianie przeciwległej urządzono okno o 55 ctm. średnicy z otworem w środku, zamykanem przez kaptur gumowy. Przez otwór ten wyzierała na zewnątrz głowa zwierzęcia, a szyję obejmowały szczelnie ramy otworu. W kamerze było dość miejsca na ustawienie stolika operacyjnego z przytwierdzonym doń tułowiem zwierzęcia i dwóch siedzeń dla operującego i pomocnika. Do pokoiku prowadziły dwa otwory wielkości marki; z tych jeden łączył się z pompą ssącą, drugi z wentylem, przez który otrzymywano tyle tylko dopływu świeżego powietrza, by można było regulować stale ciśnienie jak najmniejsze. Powietrze zmieniano co 4 minuty, utrzymując ciśnienie dla psów średniej miary nie większe od 16 mm., przyczem operujący mogli wytrzymać w pokoju tym dwie godziny, bez przerwy, całkiem znośnie. Rzecz prosta, stopień ciepłoty i oparów wzmagaly się stopniowo dość znacznie, braki te jednak dadzą się usunąć łatwo przez zbudowanie aparatu większego.

Operacje, wykonane w kamerze owej na zwierzętach (rezekcja przelyku, płuca, otwarcie osierdzia i śródpiersia), uwieńczone wynikiem zadowalniającym, upoważniają zupełnie do podjęcia zabiegów odpowiednich i u ludzi po usunięciu, rzecz

prosta, wyszczególnionych warunków ujemnych. Zapaści płuca nie stwierdzono w żadnym przypadku oględzin pośmiertnych.

K. Niedzielski.

211. Haga i Fujimura. **Myositis ossificans traumatica.** (v. Langenbeck's Archiv. Bnd LXXII, Hft 1). Pod działaniem urazu mięśnie ulegają niekiedy zmianom swoistym, mianowicie t. zw. skostnieniu, przyczem wpływ warunków ujemnych może być jednorazowym tylko lub też powtarzać się. Leczenie, zastosowane wcześniej, zazwyczaj zdoła powstrzymać omawianą sprawę chorobową i doprowadzić do rozejścia się zmian już istniejących.

Praca autorów opartą została na 3 spostrzeżeniach, dotyczących pewnego kawalerzysty i 2-ch szewców wojskowych. Badanie pod drobnowidzem daje obrazy jasne tylko w przypadkach świeżych. Tkanka łączna rozrasta się tu obficie pomiędzy pęczkami mięsnymi i bywa nacieczoną przez komórki okrągłe. Istota kurczliwa włókien tych pęczniej, potem marszczy się, wsysa się w końcu zupełnie, a na jej miejsce wyrasta zasobna w komórki zarodkowe tkanka śródmięśniowa łączna. Ta ostatnia pod wpływem drażnienia przeistacza się z wolna w pokrewną jej tkankę chrząstkową i kostną. W rozwoju cierpienia rozróżniamy zatem trzy okresy: zapalenie, powstanie tkanki zarodkowej i skostnienie. Pochodzenie sprawy uznać należy za mięśniorodne, nie mające nic wspólnego z okostną; mniemanie, że kość wytwarza się tu z oderwanych części okostny, jest błędem i opiera się raczej na rozumowaniu teoretycznym, niż na bezpośredniej obserwacji. Drogą doświadczeń wywoływano zmiany, w mowie będące, u królików, by jednak eksperyment był skutecznym, należy uraz uczynić dość dotkliwym. Przypadków odmiany postępującej nie zauważono ani razu.

K. Niedzielski.

212. M. Andral. **Wyniki postrzałów od kul małego kalibru.** (Le petit journal militaire, Nr. 9, 1904). Największa obecnie kula karabinowa francuska ma 8 mm. w średnicy, niemiecka mniej nieco—bo 7,5. Włochy, Holandia i Norwegia używają pocisków 6,5 mm., przyczem waga tego ostatniego bywa różną, od 10 do 15 grm. Armie europejskie używają t. zw. kul opancerzonych, których jądro ulane jest z ołowiu, a otacza je powłoka żelazna, stalowa lub miedziana.

Pociski Lee-Metford'a, kule dum-dum, które tak smutną zdobyły sobie sławę w Indyach Wschodnich i Afryce, mają pancerz żelazny, na szczycie najcieńszy i w miejscu tem ołów nie jest pokrytym zupełnie; kula tego rodzaju, bijąc w ciało twarde, pęka i w kościach zwłaszcza sprawia spustoszenia nadzwyczajne.

Odczyn ze strony narządów bywa różnym, zależnie od stopnia oporu ze strony tychże; kość reaguje inaczej, niż narząd miękki (mózg np.) lub stale pełen zawartości, jak serce. W każdym bądź razie małe pociski dzisiejsze, wyróżniające się wielką szybkością początkową, wyłabiają ranę nader niewielką, o ile przebieg ich ogranicza się jedynie do części miękkich bez uszkodzenia naczyń lub kości. Wylot podobnym jest wówczas do otworu wejścia, zazwyczaj postaci kolistej, z dnem barwy szarawej i wąską obwódką fioletową. Tam, gdzie pocisk spotkał się z większym w ustroju oporem, gdzie więc akcja kuli staje się dłuższą, powstają zwykle spustoszenia znaczne, a szeroki otwór wyjściowy, wywołany przez kulę małego kalibru, jest nieomylnie oznaką złamania kości.

Stopień urazu bywa nadto różnym zależnie od dystansu, z jakiego strzelano. Uszkodzenia, wyjątkowo ciężkie, notowano na odległości 10 do 400 metrów; działanie pocisku nabiera wówczas cech wybuchowych; w odległości 2000 do 2500 metrów stwierdzano przedziurawienie bez poszarpania tkanek. Z odległości większej jeszcze trafiony ulega mocnej kontuzji tylko i ztąd jednak, wśród warunków sprzyjających, pocisk wyłobić może w kości rozpadlinę. Próby, wykonywane na trupach lub zwierzętach żywych, przekonały, że kula nowoczesna przebija z 600 metr. dystansu siedm, jedno za drugim, ciała martwych. Wystrzał z karabinu Lebel'a, dany na 1000 metr., przebił dwa trupy, a trzeciemu strzaskał obojczyk; kula taka zabijała konie z odległości 1800 metrów, a barany—z 2400. Mała kula z karabinu amerykańskiego, z wyglądu podobna do zabawki, przebijała na wskroś dwóch ludzi, oddalonych na 4570 metrów i jednego z odległości 5490. Naturalnie, warunki doświadczeń są różne w każdym wypadku, a i o tem należy pamiętać, że kuli takiej trudniej przewiercić kość udową, niż przebić na wylot części miękkie trzech osobników, nadto pociski takie, choć o wielkiej sile rozpędu, nie zawsze powstrzymują od razu entuzjazm wojenny działającego z determinacją wroga.

W Dahomeju amazonki przeszyte kulami biegly z dzi-kiem wyciem dalej i większość padała w odległości kilku metrów zaledwie od szeregów tyralierów francuskich. Niektóre z toporem w rękę wdzierały się w szeregi, a kres walce położyły dopiero kolby i bagnety. Podczas kampanii abisyńskiej jeden z batalionów włoskich, choć strzelał zażarcie, nie mógł uchylić się od walki corps à corps z wrogiem; w zapasach zbliżka bersalierzy poszli w rozsypkę. Ze zdumieniem stwierdzono potem, że większość atakujących, którzy musieli przebyć 200 metrów pod gradem kul włoskich, byli już ranni, nim doszło do starcia się mąż z mężem. W walkach w Sudanie żołnierze angielscy nie chcieli brać wcale karabinów nowoczesnych Lee-Metford'a, twierdząc, że kule z nich »nie zabijały wcale«. To też, chcąc wrócić wojsku zaufanie, zaprowadzono w armii angielskiej pociski dum-dum.

Jak każda inna, i tegoczesna kula karabinowa zadaje ranę śmiertelną, gdy trafi w mózg lub serce. Do najcięższych należą tu niewątpliwie rany głowy. Spostrzeżenia odnośnie, co do kul Lebel'a, brzmią osobliwie ponuro. Widywano np. postrzały czaszki, gdzie otwór wejścia był wprost maleńki, a kawałeczek zdartej skóry nie przewyższał wymiarem listka confetti; wylot był nieco większy i brzegi miał poszarpane nieco. Głowa rannego na pozór była nietkniętą prawie, a jednak na oględzinach pośmiertnych wykrywano stale rozległe strzaskanie podskórne i mózg, przeistoczony w miazgę.

K. Niedzielski.

213. Dr. Paul Guibal (z Beziers). **Przedziurawienie żołądka przez wrzód okrągły.** (Revue de chirurgie, Nr. 4). Autor w ciągu jednego roku obserwował cztery przypadki przedziurawienia żołądka z powodu wrzodu okrągłego. W 3-ch pierwszych przypadkach komplikacja owa rozpoznana była dopiero na sekcji; w 4-y — rozpoznanie postawione było dość wcześniej i po operacji chora wyzdrowiała. Trzy pierwsze chore, w wieku od 40-stu do 45-ciu lat, były przywiezione do szpitala ze wszystkimi objawami ostrego ropnego rozlanego zapalenia otrzewny. Podczas operacji przekonano się, że ani wyrostek robaczkowy, ani narządy rodne nie były chorobliwie zmienione, jednak z powodu ciężkiego stanu chorych dalszych poszukiwań w jamie brzusznej musiano zaniechać. Sekcja dopiero w każdym

z owych 3-ch przypadków przekonywała, że punktem wyjścia zapalenia otrzewny było przedziurawienie żołądka z powodu wrzodu okrągłego.

Czwarta chora przybyła do szpitala w 8 godzin po wybuchu gwałtownych objawów cierpienia. Leczyła się już od 2-ch lat na chorobę żołądka i, jak można było wnosić z wywiadów, najprawdopodobniej miała wrzód okrągły. Tego dnia wstała rano zupełnie zdrową; nagle poczuła w okolicy żołądka ból gwałtowny, jakby od uderzenia ostrzem noża i padła bez przytomności. Po ocuceniu chora poczuła, że ból przechodzi z żołądka do prawego dołu biodrowego i nad spojeniem łonowym do lewego dołu biodrowego, że nakoniec zajmuje cały brzuch. Rozpoznano przedziurawienie żołądka. Na operacji z wielką trudnością zdołano odszukać owo przedziurawienie, gdyż znajdowało się ono nieco niżej wpustu na przedniej powierzchni żołądka. Otwór w żołądku zaszyto. Zrobiono potem jeszcze 3 cięcia nad prawym i lewym dołem biodrowym oraz nad spojeniem łonowym; przystąpiono wreszcie do przecięcia tylnego sklepienia pochwy. W każdym cięciu pozostawiono sączki.

Autor bardzo zachwala postępowanie takie i przytacza jeszcze kilka przypadków ostrego zapalenia otrzewny, w których po takim zabiegu otrzymał dobre rezultaty. Nie należy tylko zapominać o sączkowaniu przez tylne sklepienie pochwy (a u mężczyzn przez prostnicę), gdyż tą drogą płynna zawartość jamy otrzewny może się wydalić najłatwiej.

A. Fitkał.

214. **Jeszcze w kwestyi przekłuwania błony w ostrem zapaleniu jamy bębenkowej.** (La Sem. méd., 1904, Nr. 7). Dawniej mniemano, że w przypadkach ostrego zapalenia jamy bębenkowej trzeba zawsze przekłuwać błonę bębenkową, gdyż zabieg powyższy bardzo często uspokaja nieznośny ból ucha i, jakoby, skraca czas trwania samej choroby. W nowszych czasach E. Zaufal, profesor chorób usznych uniwersytetu w Pradze Czeskiej, ogłosił pracę, gdzie dowodzi, że przekłucie błony bębenkowej w takich przypadkach bywa często nie tylko niepożytecznym, lecz nawet szkodliwym. Dr. Z. zauważył mianowicie, że w wielu razach, gdzie przekłucia nie dokonano, choroba miała przebieg cykliczny, podobnie jak zapalenie płuc

krupowe, i kończyła się po 8 dniach bez samoistnego przedziurawienia błony bębenkowej.

Lecz wkrótce odezwały się głosy, że w bardzo wielu przypadkach, w których błona nie była przekłuta, przyłączyło się zapalenie wyrostka sutkowego.

Na to odpowiedział Zaufal i jego uczniowie, a głównie dr. Piffel, że owe zapalenia wyrostka sutkowego są zależne nie tyle od zatrzymania się ropy, ile od rodzaju zakażenia i siły żywotnej drobnoustrojów. Zresztą, w podobnych przypadkach nawet i przekłucie błony bębenkowej nie ułatwi opróżnienia się zawartości głębokiego wielokomorowego ropnia w wyrostku sutkowym.

B. Heine, profesor uniwersytetu berlińskiego, nie zgodził się z tymi poglądami Zaufala i jego szkoły. Nie zauważył on prawie nigdy cyklicznego przebiegu ostrego zapalenia jamy bębenkowej, o którym wspomina Zaufal. Wbrew twierdzeniu tego ostatniego, widział przypadki, w których przekłuwano błonę bębenkową i pomimo tego choroba kończyła się szybko i szczęśliwie, jeżeli nie stosowano żadnych rękoczynów, sprzyjających przejściu płynu surowiczego w ropny, jako to: wstrzykiwania, wdmuchywania do jamy bębenkowej przez trąbkę Eustachiusza i t. p. Zaleca tylko choremu leżenie w łóżku, okłady zimne z roztworu octanu glinu i zakładanie do przewodu zewnętrznego wyjałowionych tamponów. Co się tyczy zapalenia wyrostka sutkowego, to, zdaniem jego, przekłucie błony bębenkowej przy niem zaszkodzić nie może, a przynosi choremu znakomitą ulgę. Zresztą, nie radzi przekłuwac błony bębenkowej natychmiast po wybuchu choroby, lecz trzymać się metody wyczekującej; dopiero, gdy bóle wzmogą się do tego stopnia, że odbierają sen choremu, gorączka się zwiększy i okolica wyrostka sutkowego stanie się bolesną,—wtedy trzeba się uciec do przekłucia błony z zachowaniem przepisów antyseptyki i aseptyki. *A. Fitkał.*

II. A k u s z e r y a.

215. F. Kleinertz. **Przypadek samoistnego całkowitego pęknięcia macicy.** (Centralbl. für. Gynäk., Nr. 40, 1902 r.). Autor podaje ciekawy przypadek pęknięcia macicy bez poprzednio długotrwałych bólów w kilka minut

po odejściu wód płodowych u 39-cioletniej wieloródki. Poprzednie porody w ilości ósmiu — odbyły się bez pomocy lekarza, dwa poronienia bez powikłań. Chora dostała miesiączki pierwszy raz w 19-ym roku życia; miesiączka trwa 3—4 dni. Od dłuższego czasu miewa upławy; nie chorowała na żadne z cierpień narządów płciowych; na macicy nie dokonywano zabiegów operacyjnych.

Pęknięcie macicy nastąpiło w następujących warunkach: chora została zbudzoną zjawieniem się bólów porodowych, wkrótce odeszły wody i po dziesięciu minutach chora poczuła w brzuchu silny ból; wtedy to nastąpiło pęknięcie.

Wezwany przez akuszerkę lekarz określił pęknięcie macicy wraz z całkowitem wyjściem płodu do jamy brzusznej; chorą przewieziono do szpitala, gdzie dokonano nadpochwowego odcięcia macicy. W pięć tygodni po operacji chora wypisała się ze szpitala w stanie zupełnie zadowolniającym.

Jaki czynnik wpłynął w tym przypadku na pęknięcie macicy, określić dość trudno. Poprzednie łatwe porody nie pozwalają robić przypuszczenia nieprawidłowości w ustroju miednicy; wymiary dziecka przy ostatniej ciąży były prawidłowe.

Przy oględzinach odciętej macicy gołym okiem nie można było zauważyć zmian patologicznych. Pod drobnowidzem w niektórych miejscach włókna mięsne były przedzielane jednostajną, cienką tkanką.

Trzeba przyjąć pod uwagę, że mięsień maciczny wskutek przebytych 11-tu ciąży był ścięczały i osłabiony.

Henryk Jastrzębski.

216. Dr. H. Peham. **O pęknięciach macicy w bliźnach.** (Centr. f. G., Nr. 4, 1902 r.). Na zasadzie licznych spostrzeżeń zauważono, że pęknięcia macicy częściej zdarzają się u wieloródek, aniżeli u pierwiastek. Fakt ten objaśniają po pierwsze niedostateczną inwolucją dolnego odcinka macicy, nadmiernie rozciągniętego w razie ciężkich porodów; przy następnych — odcinek ten pęka łatwo skutkiem ścięczenia. Po drugie, według zdania Freund'a, blizny dolnego odcinka wpływają na pęknięcia macicy u wieloródek.

Przytoczone przez autora przypadki potwierdzają zdanie Freund'a. Pęknięcia macicy zdarzają się również w bliźnach po ginekologicznych operacjach, szczególnie po operacjach przetok, i w bliźnach po cięciu cesarskiem. Liczba

pęknięć macicy w bliźnach po cięciu cesarskiem jest dość znaczna, według Krukenberg'a 50%. Nawet po udoskonaleniu nakładania szwu na macicę podają liczne przypadki pęknięć (Everke, Woyer).

Rozdarcia bliźn, które powstały w miejscu pęknięcia macicy zdarzają się jeszcze częściej, ponieważ bliźny są umiejscowione w dolnym odcinku macicy i bardzo często bliźna nie zamyka zupełnie rozdarcia.

Przeto autor jest zdania, że w przypadkach, gdzie zmuszeni jesteśmy robić cięcie brzuszne (urodzenie się dziecka lub łożyska do jamy brzusznej), lepiej wyciąć macicę, aniżeli narażać kobietę na powtórne pęknięcie omawianego narządu. Jeżeli jednak chora nie zgodzi się na taki zabieg i po konserwatywnem leczeniu znowu zajdzie w ciążę, należy wywołać poronienie.

Henryk Jastrzębski.

217. G. Wiener. **Przyczynę do leczenia pęknięć macicy.** (Münch. Med. Woch., Nr. 1, 1902 r.). Od czasu, gdy dzięki postępowaniu bezgnilnemu pozyskaliśmy możliwość otrzymywania bezgorączkowego przebiegu pooperacyjnego, metoda operacyjna leczenia pęknięć macicy po porodzie niezwykłe rozwijać się zaczęła. W razie rozpoznania pęknięcia macicy obecnie natychmiast robią cięcie brzuszne i zeszywają ściany pękniętego narządu, jeżeli brzegi są równe i gładkie; w razie nierównych brzegów dokonywanem bywa nadpochwo-we odcięcie macicy.

Autorowi przypadło w udziale leczenie dwóch przypadków pęknięcia macicy wyżej wzmiankowaną metodą. Dobry wynik w pierwszym przypadku autor tłumaczy tem, że obrażenie otrzewny było wtórne i wskutek tego wody płodowe nie przedostały się do jamy brzusznej; krwawienie nie było zbyt obfitem, ponieważ zatamponowano macicę przed przewiezieniem chorej do szpitala. W drugim przypadku krwawienie było znaczne, podczas operacji zastrzykiwano rozczynek soli. Wody płodowe, krew, smółka i kawałek gazy, którą zatamponowano macicę, przedostały się do jamy brzusznej; autor nie stosował przemycia worka otrzewnowego rozczynek soli, gdyż, jeżeli do jamy brzusznej przedostały się zarazki, to za pomocą takiego zabiegu mogły być rozprowadzone po całej otrzewny.

Wykonywanie takiej operacji w mieszkaniu chorej autor

zaleca tylko w tym razie, jeżeli przypadek ma miejsce na prowincyi, gdzie niema w pobliżu szpitala, lecz w braku warunków odpowiednich do operacji i pomocy lepiej poprze- stać na zatampanowaniu macicy. *Henryk Jastrzębski.*

218. J. Veit. **Deportacja kosmków i jej skutki.** (Central. f. G., 1904, Nr. 1, str. 1). Nabłonek a niekiedy i cząsteczki łącznotkankowe kosmków wędrują w zaraniu ciąży do żył maczynych. Według zdania autora — odbywa się to w ten sposób, że cząstki kosmków zostają uniesione przez falę krwi i że do pierwszego wstępu do żył okazuje się niekiedy niezbędnym wpływ destrukcyjny jaja na pierwiastki maczyne. O deportacji kosmków można się przekonać, badając starannie łożysko świeże na powierzchni jego, przylegającej do błony doczesnej spóźnionej. Nie ulega wątpliwości, że w warunkach prawidłowych uniesioną zostaje mniejsza ilość materiału, niż w warunkach patologicznych.

Następnie autor omawia skutki tej deportacji kosmków, wykazując przytem różnicę pomiędzy skutkami już wykazanymi, a przypuszczalnymi. Zaczyna on od skutków czysto mechanicznych.

1) *Zakrzepy żył*, przebiegających w błonie doczesnej spóźnionej (opisane przez C. Friedländer'a i sprawdzone przez Leopold'a). Jak widać na rysunkach, podanych przez Leopold'a, żyły są mniej więcej wypchane komórkami, które, według jego zdania, przywędrowały z sąsiedztwa, lecz według poglądów nowszych — są one identyczne z nabłonkiem kosmków. Zakrzepy te nie powodują żadnych zaburzeń.

Drugim następstwem deportacji kosmków w warunkach prawidłowych jest *rozszerzenie przestrzeni międzykosmkowej*. W macicy ciężarnej autor nie miał sposobności o tem się przekonać, lecz w jajowodzie ciężarnym widział, jak kosmki, wstępujące do żył, zmieniają ostatnie do tego stopnia, że tworzą jamę międzykosmkową. Jeżeli to się może zdarzyć w jajowodzie ciężarnym, oczywiście przypuścić można, że to samo ma miejsce w macicy.

O wiele łatwiej można wykazać deportację kosmków w warunkach patologicznych. H. Michaelis za pomocą całego szeregu skrawków wykazał, że we wnętrzu *polipa łożyskowego* znajdowały się żyły maczyne, wypełnione kosmkami żywymi: tkanka płodowa, otoczona dokoła tkanką maczyną.

Stan ten patologiczny można w ten sposób wytłumaczyć, że kosmki wędrują do żył, przebiegających w głębokich warstwach doczesnej, i po wydaleniu jaja poronionego zachowują swoją żywotność i jako ciało obce zostają stopniowo wydalone do jamy macicy. Z tego wynika, że deportacja kosmków do żył błony doczesnej bywa najczęstszą przyczyną tworzenia się polipów łożyskowych.

I *przyrośnięcie łożyska* (przynajmniej w niektórych przypadkach) oraz tworzenie się *łożyska rozsianego* (placenta disseminata) można w ten sam sposób wytłumaczyć.

Następnie wymienić tutaj wypada *odklejenie przedwczesne łożyska*, jeżeli ono było prawidłowo usadowione. Scheffer znalazł zatkanie zatoki kolistej (sinus circularis) przez kosmki. Zatkanie zatoki lub żyły odprowadzającej krew z ośrodka zraza łożyskowego powoduje wylew krwi pomiędzy kosmki i może spowodować pęknięcie (naderwanie) żyły pomiędzy miejscem zatkania a jamą międzykosmkową i wywołać w ten sposób odklejenie łożyska przed czasem.

I *krwotoki gwałtowne, występujące skutkiem pęknięcia jajowodu ciężarnego*, zależą od deportacji kosmków i zatkania nimi żył.

Czy i *pęknięcia samorzutne macicy* mają to same źródło powstawania, autor nie może rozstrzygnąć, ponieważ nie miał pod ręką preparatu świeżego. Nie wątpi jednak, że i ta sprawa patologiczna musi być w ścisłym związku z zatkaniami żył przez kosmki zaniesione. Autor ściśle odróżnia te sprawy, których powstawanie z deportacji kosmków zostało dowiedzionem (polip łożyskowy, przyrośnięcie łożyska, zastój krwi w jamach międzykosmkowych etc.), od tych, które dają się łatwiej wytłumaczyć przez deportację kosmków, lecz nie posiadamy jeszcze dla nich dowodów niezbitych.

Do sprawy takiej, która budzi podobny domysł, należy *zaśniad niszczący (destrukcyjny) i chorioepithelioma złośliwe*. W przeświadczeniu autora i powyższe sprawy chorobowe powstają na drodze deportacji kosmków, z tem zastrzeżeniem, że gdy jajo uległo sprawie patologicznej (przyczyna jej pozostaje nieznaną), wtedy nowotwór powstały (chorioepithelioma) nabiera cech guzów złośliwych.

Wraz z kosmkami mogą być uniesione do żył i drobnoustroje, pochodzące bądź z pochwy, bądź z ręki badającej, które spowodują zaburzenia ogólne w postaci gorączki.

Z nauki o deportacji autor przechodzi do następujących

wniosków praktycznych: jakkolwiek nie znamy profilaktyki jaja złośliwego, jakkolwiek nie znamy jeszcze profilaktyki zwykłej deportacji, możemy stanowczo zapobiegać tym postaciom, w których do zwyczajnej deportacji kosmków przyłączają się drobnoustroje. Przez zachowanie nadzwyczajnej czystości w leczeniu poronienia i zaśniadu przez przestrzeganie największej czystości w badaniu ciężarnej, która krwawi, możemy zmniejszyć ilość tych przypadków patologicznych, które zaczęły przybierać rozmiary zatrważające, odkąd zaczęliśmy czynnie traktować poronienia. Skutkiem bezgnilnej deportacji, niestety, zapobiedz nie jesteśmy w stanie. Dlatego też w praktyce należy zachowywać pewną ostrożność w krytyce, gdyż przyczyna deportacji pozostaje dla nas niewiadomą; jeżeli więc po poronieniu wytwarza się polip łożyskowy, nie będzie to skutkiem błędnego leczenia, lecz winą choroby macicy, która, zresztą, nie jest nam dokładnie znana.

Inny szereg skutków zależy od spraw chemicznych, jakie kosmki deportowane powodować mogą. Po wcieleniu kosmków zwierzętom można było sprowadzić białkomocz, a nawet śmierć zwierzęcia. Prawdopodobnie nerka ciężarnych i drgawki porodowe zależą od tej samej przyczyny, ponieważ przy odklejeniu przedwczesnem łożyska i zaśniadzie groniastym, które niewątpliwie zależne są od deportacji kosmków, często znajdowano białko w moczu.

Obecność syncytii w płucach eklamptyczek potwierdza przypuszczenie istnienia związku genetycznego, przemawia za tem również doświadczenie Weichardt'a, który znajdował u zwierząt, nad którymi robił doświadczenia, takie same zmiany w nerkach i w wątrobie, jakie bywają w drgawkach porodowych. Jednakże nie posiadamy ścisłego dowodu na to, że sama eklampsja powstaje na drodze deportacji kosmków, jakkolwiek jest to rzeczą prawdopodobną. Usiłowania autora, aby zapobiedz białkomoczowi doświadczalnemu przez leczenie lub też za pomocą surowicy, nie odniosły żadnego skutku, chociaż Opitz i Weichhardt żywią nadzieję, że wkrótce wynajdą surowicę przeciw drgawkom porodowym.

Jakkolwiek nie posiadamy jeszcze dowodów kategorycznych, że eklampsja jest skutkiem biochemicznym inwazyi nagłej kosmków w dużej ilości zawleczonych, jednakowoż kroczymy po drodze niewątpliwej. Teorya przemiany materii płodu zdaje się być zagrożoną, rozpuszczenie zaś hemoglo-

biny w surowicy ciężarnych, które występuje przejściowo, można wyjaśnić i sztucznie wywołać; z pewnością stoi ono w związku z deportacją kosmków.

Przedewszystkiem zaś zyskujemy pojęcie o powstawaniu ostudy ciężarnych (chloasma uterinum), zwiększenia się ogólnej ilości krwi, przybytku na wadze i wreszcie nerki ciężarnych.

Czy można wynaleźć surowicę specyficzną, czy można zestawić taką surowicę, która będzie mogła spowodować poronienie, czy telegonia jest pewną, czy wymioty uporczywe u ciężarnych zależą od deportacji kosmków, nie można z pewnością twierdzić; nikt jednakże nie ma prawa zaprzeczyć istnieniu pewnego związku.

W końcu autor wypowiada zdanie, że skutki różnorodne deportacji kosmków zdają się zależeć od sposobu wprowadzenia kosmków. Komórki małe syncytii, pochodzące z przestrzeni międzykosmkowej, z pewnością przedostają się do krwi matczynej. W przyjęciu ich autor widzi przyczynę zmian specyalnych, w ciąży występujących. Jeżeli kosmki żywe w okresie wczesnym przedostały się do żył błony doczesnej spóźnionej, które leżą w sąsiedztwie jamy międzykosmkowej, służą one do powiększenia łoża jajowego. Jeżeli tracą związek z obwodem jaja, powstaje polip łożyskowy lub też w okresie późniejszym tworzy się przyrośnięcie łożyska. Jeżeli w końcu ciąży fala krwi unosi nabłonek kosmków do żył przebiegających w błonie doczesnej, wtedy tworzą się zakrzepy. Jeżeli cała masa kosmków zatyka żyłę zrazą łożyskowego lub też zatokę kolistą, powstaje wtedy odklejenie przedwczesne łożyska. Gdy żywe kosmki płodu martwego zostaną uniesione, dadzą podkład do zaśniadu destrukcyjnego i do chorioepithelioma malignum. Jeżeli nagle wstępują do żył większe ilości kosmków, powstaje nerka ciężarnych, a także, prawdopodobnie, i eklampsya.

Od wieku kosmków i ich żywotności jako też od miejsca, do którego dochodzą, zależy, czy się wytworzy zakrzep, białkomocz lub inny skutek deportacji.

Dla leczenia zapobiegawczego byłoby rzeczą bardzo ważną lepiej znać zasady anatomiczne, na mocy których powstaje większa niż zwykle wzmożona deportacja kosmków, wtedy rozpoznanie można by było wcześniej postawić i, co

za tem idzie, przedsięwziąć leczenie w chwili właściwej. Pod względem praktycznym oczekujemy danych najważniejszych w kwestyi chorioepithelioma i eklampsyi. *M. Warszawski.*

III. Choroby skórne.

219. F. Veiel. **Gronkowce w pryszczycy przewlekłej.** (Münch. Med. Wochensh, Januar, 1904). Pasożytnicza przyczyna pryszczycy (eczema) jest dotąd przedmiotem badań bakteryologicznych. Napotykanie w cierpieniu tem drobnoustroje jedni uważają za przyczynę, inni zaś tylko za sa-profity.

Chcąc powyższe wątpliwości rozstrzygnąć, Veiel zbadał 20 chorych, cierpiących na pryszczycę, leczących się w klinice prof. Neisser'a.

Badanie bakteryologiczne strupów i produktów wydzielin wspomnianych chorych wykazało, że we wszystkich postaciach i stopniach rozwoju pryszczycy przewlekłej znajdują się gronkowce, najczęściej staphyl. aureus, rzadziej albus, bardzo zaś rzadko citreus. W większej liczbie przypadków drobnoustroje te dawały czyste hodowle.

Przesączone hodowle gronkowców pryszczycy rozpuszczały czerwone ciała krwi królika, zupełnie tak, jak hodowle gronkowców ropotwórczych, gdy tymczasem przesączone hodowle gronkowców — saprofitów, otrzymane ze skóry zdrowej, nie dawały opisanego odczynu.

Szczepiąc królikom hodowle z gronkowców — saprofitów, nie można było otrzymać surowicy z własnościami agglutynacyjnymi, gdy tymczasem surowica zwierząt, którym szczepiono hodowle gronkowców pryszczycy, skupiała nietylko też same drobnoustroje, lecz i gronkowce ropotwórcze, pochodzące z zapalenia tkanki łącznej podskórnej. Surowica królików, którym szczepiono gronkowce ropotwórcze, wywoływała agglutynację gronkowców pryszczycy.

Opierając się na wynikach przytoczonych doświadczeń, Veiel utożsamia gronkowce pryszczycy z takimiż mikroorganizmami ropotwórczymi. Mikroby zatem omawiane odgrywają czynną rolę w rozwoju przewlekłej pryszczycy, chociażbyśmy nawet nie uważali ich za wyłączną przyczynę tego cierpienia.

J. Wojciechowski.

220. E. Feliks. **Przedziurawienia przegrody nosowej niezależne od przymiotu.** («Les perforations de la cloison nasale en dehors de la syphilis». La Sem. méd., Nr. 6, 1904). Najczęstszą przyczyną przedziurawień przegrody nosa jest przymiot; zmiany zaczynają się z kości lub chrząstek, następnie rozszerzają się na całą grubość błony śluzowej. Z danych, zebranych przez autora, wynika, że na 43 chorych z późnymi objawami przymiotu 13 miało przedziurawienie przegrody nosa.

Omawiane przedziurawienia mogą jednak być wywołane przez inne choroby, bez uwzględnienia których chory napróżno i ze szkodą dla swego zdrowia może być poddany leczeniu przeciwsyfilitycznemu.

Braki wrodzone przegrody nosowej, jakkolwiek były spostrzegane, należą jednak do bardzo rzadkich.

Przedziurawienia niesyfilityczne, nabyte, podzielić można na idiopatyczne i symptomatyczne.

Owrzodzenia drażące zwyczajne, czyli idiopatyczne, spowodujące częściową utratę przegrody, za życia rzadko bywają spostrzegane, gdyż najczęściej nie sprowadzają żadnych dolegliwości. Autor spostrzegł 7 przypadków tego rodzaju, bezskutecznie przez długi czas leczonych jodem i rtęcią.

Postać ta przedziurawień spotyka się u osób młodych pomiędzy 8 a 20 rokiem, u których zauważyć można otwory w przegrodzie, wielkości grochu do orzecha laskowego, otoczone małymi strupkami; miejsca te, z powodu silnego swędzenia, bywają przez chorych rozdrapywane paznogciami.

U robotników, pracujących w fabrykach rozmaitych przetworów chemicznych, spostrzegać się dają często przedziurawienia przegrody nosowej, które nazwać można zawodowemi. I tak, w fabrykach cementu Jurasz znalazł 1⁰/₁₀ do 10⁰/₁₀ przedziurawień. Ludzie ci, chcąc usunąć osadzający się na błonie śluzowej otworów nosa pył cementu, wywołują na niej paznogciami owrzodzenia, prowadzące w następstwie swem do przedziurawienia części chrząstkowej przegrody nosa.

Bardzo często omawiane sprawy występują u pracujących w fabrykach przetworów chromowych i zapalek szwedzkich. U robotników wyrabiających chromian potasu Phipson znalazł 50⁰/₁₀ z przedziurawieniem przegrody nosa. J. N. Mackenzie twierdzi, że prawie wszyscy robotnicy,

wyrabiający ten związek chemiczny, ulegają powyższemu cierpieniu.

Wodthe na 74 robotników, napełniających pudełka zapalkami szwedzkimi, przedziurawienie przegrody nosa spostrzegł 6 razy. Chrom i fosfor sprowadzają zmiany, mogące rozszerzyć się i na kostną część przegrody nosa. Hajek przypisuje szkodliwość wyłącznemu działaniu fosforu, Rölfke zaś obwinia o nią wytwarzający się kwas siarkowy.

W kopalniskach kobaltu i wogóle w fabrykach, gdzie używane są minerały, zawierające w sobie arsenik, Toeplitz na 31 robotników znalazł 19 z przedziurawieniem części chrząstkowej przegrody nosa. Pary kwasu solnego, wytwarzające się przy fabrykacji węgla sodu, papieru, szkła, dekstryny i t. d., mogą również być przyczyną zniszczenia przegrody nosowej; kwas azotny omawiane zmiany sprowadza rzadziej.

Müller w Strassfurcie, badając 165 robotników, zajmujących się mieleniem soli (t. zw. sole odrzucone potasowe stassfurckie mielone używane są jako sztuczny nawóz, Ref.), znalazł 42 z przedziurawieniem przegrody nosa.

Rzadziej zmiany powyższe przegrody nosa występują pod wpływem rhinitis atrophica.

Ropnie, rozwijające się w okolicy chrząstek nosa pod wpływem urazu, sprowadzić mogą w następstwie zniszczenie przegrody nosowej; tu należą również zapalenia ochrzęstny.

Zniszczenie przegrody nosowej może nastąpić pod wpływem ciał obcych i być zrobione celowo, w zabiegach chirurgicznych.

Przedziurawienia przegrody nosowej symptomatyczne rozwijają się niekiedy jako powikłanie, w następstwie zakażeń ostrych i przewlekłych.

Trousseau, Dieulafoy, Gelle i Fleischer spostrzegali tego rodzaju powikłania w przebiegu duru. W przebiegu dyfterytu i ospy spostrzegano zapalenia ochrzęstnej, sprowadzające przedziurawienia przegrody.

Jedną z najczęstszych przyczyn, wywołujących przedziurawienie przegrody nosowej, bywa wilk i gruźlica. Dwie te choroby zakaźne, jakkolwiek są jednakowego pochodzenia, charakter jednak kliniczny i przebieg posiadają odmienny.

Porażenia pierwotne gruźlicze okostny i kości napotyka się rzadko, spostrzegali je jednak Paulsen, Wróblewski i Koschier. Zniszczenia przegrody, spowodowane wilkiem,

ograniczają się prawie zawsze tylko chrząstkami nosa; szkielet kostny, nawet w cierpieniach długotrwałych, bywa nienaruszony. Przebieg niszczącej sprawy wilka jest bardzo powolny i tem właśnie odróżnia się od przymiotu, umiejscowionego na chrząstkach nosa.

U trędownatych przedziurawienia przegrody nosa dokonują się drogą międzykankowego wessania chrząstek.

W nosaciznie ostro przebiegającej przegroda nosa ulega częstszemu przedziurawieniu, niż w przewlekłej.

Stukowenkow i Wołkowicz widzieli przedziurawienia przegrody nosowej w przebiegu twardzieli (rhinoscleroma).

Nowotwory jamy nosowej, przedewszystkiem mięsaki, doprowadzić mogą również do zniszczenia przegrody; rzadziej przyczyniają się do tego polipy błony śluzowej-nosa.

W jednym przypadku, opisanym przez Killian'a, przyczyną przedziurawienia przegrody nosa była torbiel zębowa.

Pod wpływem zatorów, wywoływanych cierpieniem nerek, mogą rozwinąć się również przedziurawienia części chrząstkowej przegrody nosa.

Bars widział przedziurawienie u tabetyka, nie ustępujące pod działaniem leczenia przeciwprzymiotowego. Tego rodzaju zmiany, prawdopodobnie, znajdują się w zależności od zaburzeń troficzych.

Jak widzimy, bardzo są liczne przyczyny, mogące spowodować utratę przegrody nosa; dla prawidłowego rozpoznania cierpienia i zastosowania odpowiedniego leczenia muszą one koniecznie być brane w rachubę.

J. Wojciechowski.

IV. Z towarzystw lekarskich francuskich.

221. Balzer. **Powstawanie guzików włóknistych zależne od zastrzyknięć podskórnych związków wazeliny z eukalyptolem i jodoformem.** Balzer przedstawił młodą kobietę z włókniakami powyżej sutek, na ramionach i udach. Punktem wyjścia dla guzów tych były miejsca, w których chorej zastrzykiwano podskórnie środek wyszczególniony w nagłówku dla zwalczania gruźlicy płuc. W czas jakiś istniejące po iniekcjach owych obrzęki przekształciły się w typowe guzy włókniste, wobec czego staje się oczywistem, że wazelina płynna nie jest środkiem do zastrzykiwań podskórnych dogodnym, zwłaszcza w ilości przewyższającej 1,0.

W dyskusyi zauważył Darier, że bardzo często zastrzykuje olejek wazelinowy w dawkach od 1 do 2,0 i nigdy nie zauważył wynikających ztąd powikłań, a powstające po iniekcjach guziczki ulegały wessaniu w ciągu kilku miesięcy. Preparat, używany do zastrzyknięć, winien być czystym, bo drażniąco działać tu mogą właśnie domieszki. Odwrotnie, mówca stwierdzał nieraz guziki podskórne u chorych na gruźlicę, którym nic nie zastrzykiwano. Milian widywał włókniaki po zastrzyknięciu podskórnem olejku gwajakolowego, przypominające zupełnie sutkę dodatkową. Wreszcie, twory te rosną u chorych na zołzy i otyłość, jako tłuszczaki włókniste dokoła ognisk zapalnych; komplikacyi tej można uniknąć, o ile iniekuje się ściśle śródmięśniowo, przyczem rodzaj preparatu jest wówczas rzeczą obojętną. (Soc. de dermatologie et syphiligraphie, 7 stycznia, 1904 r.).

222. Merklen. **Objawy mózgowie w przebiegu wchłaniania obrzęków.** Obserwacya dotyczy 5 osobników ze zwapnieniem naczyn, niedomogą nerek i serca, cierpieniami wątroby oraz istniejącymi na tem tle obrzękami. Z objawów chorobowych zauważono: oddech Cheyne-Stokes'a, bredzenie, podniecenie wraz z uczuciem przestachu, ogólne zeszywnienie mięśni, częściową zwieraczy paręzę i śpiączkę. Jeden z chorych tych umarł, trzech wyzdrowieli, przyczem objawy niepokojące przeszły bez śladu po kilku dniach lub tygodniach; w przypadku piątym — ustąpiły jednocześnie z nawrotem obrzęków. Przełomowego wzmoczenia się ilości moczu nie zauważono tu nigdy, należy więc przypuścić, że nie było zgodności pomiędzy dwiema, stanowiącemi treść przełomu sprawami: wessaniem się i usunięciem przez mocz; nadto wodnistość krwi, która bywa tu etapem pośrednim, musiała trwać dłużej, niż zwyczajnie wobec niedostateczności nerek. Należy mniemać, że przypadłości natury nerwowej zależą od dłuższego krążenia we krwi pierwiastków zużytych, które uległy rezorbcyi, lecz nie zostały jeszcze wyeliminowane na zewnątrz; teorią tą tłumaczą się napady płasawicy, występujące po wsysaniu się obrzęków u osobników z chorobą Bright'a i poprzedzające zwykle wyzdrowienie.

Bądź co bądź, zatrzymanie takie należy zwalczać za pomocą krwi-upustów i środków czyszczących wraz z moczopędnymi. Eichhorst w przypadkach takich stosował z powodzeniem wielkiem napatrnicę i teobrominę. Rokowanie bywa niezłem. Według Dupré działa również dobrze odciągnięcie pewnej ilości cieczy mózgodzeniowej. (Soc. méd. des hopitaux, 15 stycznia, 1904).

223. Lannelongue. **Zastrzykiwania wewnątrzstawowe w przypadkach gruźlicy.** Odpowiednio do wymiarów stawu, L. zastrzykuje niejednakową ilość mleczańki jodoformowej i kreozotowej—przeciętnie 90,0 gliceryny, eteru 40,0, jodoformu 10,0, kreozotu 2,0—poczem po upływie 3-ch lub 4-ch dni przystępuje pod znieczuleniem, do zastrzyknięć zewnątrzstawowych, Obrzmienie, zależne od zawartości cieczy wstrzykniętej, czyni łatwiejszem dokonywanie nowej tej seryi zastrzyknięć, do których bierze się 10% chlorek cynku, zapuszczany na zewnątrz od zwyrodniałej maziówki; cieczy tej zastrzykujemy od 3 do 5 kropel w różnych miejscach stawu. Gdy chory obudzi się, dokonać wypadnie nadto iniekcji morfiny celem uspokojenia bólów. Po upływie kilku miesięcy, 3-ch do 4-ch, zmiany gruźlicze ulegają wyrównaniu się, poczem przystąpić należy do mięsienia i gimnastyki.

224. Cadiot. **O raku zwierząt.** Autor przekonał się o względnej nowotworu tego częstotliwości u konia, psa i wołu. Obcowanie długie starych psów z chorymi na owrzodzenia rakowate psami nie wywołało ani razu zakażenia; również nie powiodły się próby przeszczepienia raka. Odwrotnie, można było dość łatwo przenieść drogą tarcia brodawczaki z jamy ustnej i inne nowotwory natury łagodniejszej. (Acad. de médecine, 2 lutego, 1904).

225. Lucas-Championnière. **Złamanie kości promieniowej skutkiem uderzenia przez korbę automobilu.** Korba, za pomocą której puszcza się w ruch motor samochodu, może niekiedy swym ruchem wstecznym wymierzyć cios w przedramię osoby manewrującej i wywołać pęknięcie kości promieniowej tak samo, jak uderzenie korby, służącej do spuszczenia kurtyny żelaznej przed wystawą sklepową. Uraz powstawać tu może i na drodze innej, gdy np. maszynista nie zdąży cofnąć ręki podczas ruchu korby; wywrócona ku tyłowi ręka ulega wówczas mocnemu szarpnięciu, w następstwie czego odrywa się dolny koniec promienia. Tym razem jest to złamanie pośrednie, którego mechanizm bywa ten sam, co podczas upadku na dłoń.

Spostrzeżenia odnośnie przytaczają również Lyot, Demoulin, a Walther zwraca uwagę, że istnieje typ trzeci urazów, dotyczący napięstka i również zaważony przez korbę. W. spostrzegł przypadek, dotyczący chorego, który miał dłoń wyrwaną w dosłownem wyrazu tego znaczeniu, lecz bez uszkodzenia skóry. Wszystkie przyczepy więzadeł napięstka pękły zupełnie, a, prócz złamania kości promieniowej, stwierdzono nader wybitne wyciągnię-

cie nerwów. Zdolność ruchliwa i czucie zaczęły powracać dopiero po upływie 18 miesięcy.

Przyp. sprawozd. Przypadek, nader do odmiany Walther'a podobny, miałem sposobność zauważyć niedawno. W d. 22 marca r. b. na stację Pogotowia Ratunkowego zgłosił się 19-letni G. F., uderzony korbą od samochodu w prawe przedramię. Już na pierwszy rzut oka można było stwierdzić pewne od $\frac{1}{2}$ do 1 ctm. wydłużenie uległej urazowi dłoni. W danym przypadku, obok wewnątrzstawowego złamania kości promieniowej, znalazłem wybitne rozciągnięcie stawu napięstkowego, powikłane rozdarciem więzów bocznych od wewnątrz.

226. Mignon. **Wodo- i roponercze podostre, symulujące sprawę zapalną w wyrostku robaczkowym.** Umiejscowione w prawym dole biodrowym ognisko chorobowe nasuwało przypuszczenia co do sprawy zapalnej wyrostka robaczkowego, tem więcej, że za dyagnozą tą przemawiały objawy. Po wykonaniu cięcia odnaleziono istotnie zbiorowisko ropne, które przedrenowano. Ponieważ materiał opatrunkowy przesiąknięty był stale moczem, mniemano, że na skutek przeżarcia moczowodu nastąpiła przetoka. Po jakimś czasie autor miał sposobność oglądać chorego. Badanie wykryło głębokie zmiany w nabłonku nerki prawej; nerka lewa była zdrową. W przebiegu operacji wtórnej przekonano się, że nerka chora opuszczoną była znacznie ku dołowi, sięgając dołu biodrowego, przyczem znaleziono w niej hydro-pyonefrozę. Nerkę wycięto, operowany wyzdrowiał. Nerka lewa uległa w jakiś czas przerostowi i stała się bolesną, a jednocześnie stwierdzono w gruczole krokowym obecność nacieków. Należy mniemać, że zapalenie przewlekłe gruczołu tego (prostatitis chronica) było tu źródłem zakażenia nerki. (Soc. de chirurgie, 27 stycznia, 1904 r.).

K. Niedzielski.

V. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

227. Stein. **Leczenie rzeżączki Chinolin - Bizmutrodatm Edinger'a (Crurinum pro injectione).** (Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 12, 1903 r.). Crurinum jest to proszek Chinolinbizmutrodatu, którym Max Joseph w 50% przysypywał owrzodzenia goleni. Jacoby używa go w emulsji glicerynowej do leczenia rzeżączki.

Działa on w następujący sposób: przy połączeniu z wodą wydzieła się kwas rodanowy, chinolinrodanat i bizmutrodanat, które działają silnie dezynfekująco. Bizmutrodanat na błonie śluzowej oddaje kwas rodanowy i przechodzi w bizmuthydroxyd (B i O₂ H). Rp. Crurini puri 1,0, contere cum Aq. destill., Glycerini ana 5,0 adde paulatim Aq. dest. q. s. ad. 200,0. Ds. ad injectionem.

Wedle autora Crurinum zabija gonokoki i jest dobrym środkiem ściągającym, który w 1/2—1% roztworze nie drażni. Nie zostawia plamy po sobie, ani na ciele, ani na bieliznie i już po pierwszych wstrzyknięciach znacznie zmniejsza ilość wydzielin, nawet zupełnie wstrzymuje. W ostrej rzeżączce wyzdrowienie następuje prędzej i pewniej niż przy użyciu innych środków. (Gonokoki znikają we wszystkich przypadkach najpóźniej w 4 tygodnie, po większej części zaś już w pierwszym tygodniu). *W. Biehler.*

228. Schwalb. **Leczenie rzeżączki Chinolin-Bizmutrodanatem Edinger'a (Crurinum pro injectione).** (Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 12, 1903 r.). Jacoby i jego asystenci przez trzy lata stosowali Chinolin-Bizmutrodanat, który, jakobu, świetnie działa przy leczeniu owrzodzeń goleni i dla tego nazywa się Crurinum, do leczenia rzeżączki. W przypadkach, które leczono tylko kruryną, ginęły gonokoki przeciętnie w przeciągu 20 dni; wydzieliną zniknęła po 30 dniach. Przy wstrzykiwaniu występowały nieznaczne bóle. Z 34 przypadków 19 wyleczono zupełnie tylko kruryną. Liczba powłok była bardzo nieznaczna. Używano 1/3% roztworu kruryny w wodzie wedle następującej recepty: Crurini 1,0, contere cum Aq. destill., Glycerini ana 5,0, adde paulatim Aq. destil. q. s. ad 200,0. Mikstura powinna być prawie że zupełnie białą po zmieszaniu.

W. Biehler.

229. Rosenbaum. **Fomitinum**, nowy środek przeciwko zaburzeniom w chorobach pęcherza, w krwawnicach i w miesiącach. (Der praktische Arzt, Nr. 7, 1903). Autor badał środek, który często spotyka się po wsiach jako dobry środek przeciwko zaburzeniom w chorobach pęcherza. Są to pasorzyty *Fornes cinnamoneus* i *fornes ignavius*, rosnące na drzewach śliwkowych. Autor przyrządził płynny wyciąg zimnym sposobem i nazwał go Fomitinum. Fomitinum jest brązowo-czerwonym płynem przezroczystym, zapachem przypominającym grzyby o smaku gorzkim. Chorzy znoszą fomitynę dobrze w dawce po 1—2 łyżek stołowych pro dosi nawet przez czas dłuższy. Działa fomityna prędko, już po użyciu 150,0. Gdy zaś po użyciu 300,0 nie daje się zauważyć polepszenia, to takie przypadki nie nadają się do leczenia fomityną.

Fomityna działa na wszelkiego rodzaju nieżyty pęcherza, najlepiej zaś na nieżyty, spowodowane przez podrażnienie otrzewny w najrozmaitszych chorobach dolnej części brzucha. Daje się fomitynę co dwie godziny, w więcej przewlekłych postaciach trzy razy dziennie po łyżce stołowej.

Przy bólach podczas miesiączki fomityna działa świetnie i bez zawodu. Najlepiej daje się fomitynę w tych przypadkach zaraz przy pierwszym napadzie łyżkę stołową, w 15 minut potem drugą, gdyby bóle nie ustąpiły natychmiast.

Nawet w menorrhagiach fomityna okazała się środkiem dosyć dobrym. Silne krwotoki po 2 do 3 dniach zupełnie ustawały, za wyjątkiem kilku przypadków. Zaczyna się leczenie zaraz pierwszego dnia miesiączki, lecz nie wcześniej, nim się ona rozwinęła w zupełności. Daje się co dwie godziny łyżkę stołową. Jeżeli nie następuje polepszenie, to zaraz na drugi dzień daje się co godzinę łyżkę stołową.

Między środkami przeciwko krwawieniom fomityna tem się różni od innych, że działanie jej nie zależy wcale od środków przeczyszczających. Najlepiej nadawały się do leczenia fomityną przypadki w ostrym lub podostrym okresie, to jest te, które najczęściej spotykamy w praktyce. Daje się, jak zwykle, co dwie godziny łyżkę stołową, a w przewlekłych postaciach co trzy godziny łyżkę.

W. Bichler.

230. Gaducheau. **O antyseptycznem przeczyszczaniu przy infekcyach kiszek.** (Sem. méd., Nr. 7, 1904). Autor we wszystkich zaburzeniach kiszkowych pochodzenia infekcyjnego stosuje prócz środka przeczyszczającego jeszcze i antisepticum w postaci chininy. Środek przeczyszczający ma na celu, wywołując silną transsudację rozpuszczenie śluzu, który pokrywa błonę śluzową kiszek, spłukuje tym sposobem powierzchnię jej i ułatwia działanie środka dezynfekującego, ten ostatni tym sposobem lepiej tu działa na mikroby uwiecznione w śluzie. We wszystkich przypadkach zaburzeń żołądkowych, dysenteryi lub biegunki, przepisuje autor silną dawkę chininy (np. chinini sulfurici) 2 gramy w proszku lub 5 gr. pod postacią ławatywy poczem natychmiast daje 35 do 45 gr. np. Natrisulfur. We wszystkich przypadkach, w których leczył tym sposobem, otrzymywał doskonale rezultaty, raz tylko zauważył pewne podrażnienie, dęcie, bóle i wypróżnienie zabarwione krwią. Objawy te, które szybko wreszcie ustępowały, przypisuje autor strącaniu się soli chininy w środowisku alkalicznem. Ażeby tego uniknąć, wystarcza wypić

po przyjęciu chinu napoju kwaskowego np. szklanke lemoniady z acid. tartaricum.

Matylda Biehler.

231. **Vioform** poleca autor do dezynfekcyi ran zamiast jodoformu. Autor badał ten środek i przekonał się, że vioform może zupełnie zastąpić jodoform przy leczeniu ran. Jest to proszek, który silniej działa na drobnoustroje, niż jodoform, nie drażni skóry i nie wywołuje wysypki, bez zapachu, usuwa przykry zapach z ran, może być użyty w wielkich dawkach, nie wywołując żadnych objawów zatrucia, i nakoniec nadaje się dobrze do sterylizacyi. Do wstrzykiwań nie należy go używać. Bardzo dobrze działa gaza vioformowa. (Supplement zum Korespondenzblatt für Schweizer Aerzte, Nr. 20, 1904).

W. B.

232. Do leczenia **Psoriasis** podaje *Dremv* następującą maść, którą *Lassar* (Derm. Zeitschr. X 5) wszystkim poleca: Rp. Acidi salicyl. 10,0, Chrysarobini 20,0, Ol. Rusci 20,0, Vasel. flavi 25,0, Sap. virid. 25,0, M. f. ungt. Po użyciu tej maści wytwarza się na chorej skórze gruba czarna skorupa, na którą smaruje się ciągle na nowo maść. Powoli skorupa odpada i pod nią mamy zdrową skórę. Ten sposób leczenia odznacza się świetnym działaniem i wcale nie rozdrażnia skóry.

W. B.

233. **Urotropinę** poleca *Widowitz* jako środek zapobiegawczy przeciwko zapaleniu nerek po szkarlatynie. Osiąga to urotropina, wedle zdania autora, dzięki swym własnościom przeciwnie, gdyż, jak wiadomo, w organizmie wydziela formalinę, szczególnie w drogach moczowych. Zapalenia nerek po szkarlatynie nie wywołują drobnoustroje, użycie zatem środka, który dezynfekuje drogi moczowe, może ochronić od anatomicznych zmian w nerkach. Autor używał urotropiny w 102 przypadkach z dobrym wynikiem. Zaraz przy początku choroby i na początku trzeciego jej tygodnia, w którym to czasie najczęściej występują zapalenia nerek, daje się przez trzy dni po trzy razy 0,05 — 0,5 urotropiny, stosując się do wieku chorego. W żadnym z tych 102 przypadków nie zauważył autor zapalenia nerek, z tego powodu poleca on ten sposób, który należy wypróbować na większym materiale, aby wyrzec ostatnie słowo. (Wiener klinische Wochenschrift, Nr. 40, 1903 r.).

W. B.

234. **Cerolinum**. Już od lat kilku używa się drożdży do leczenia najrozmaitszych chorób, jak to: furunkulozy, trądzika (acne), pewnych zaburzeń kiszki, szkorbutu i innych. Działają dro-

źdże, jak wiadomo, rozwalniająco. Ross i Hinzberg starali się substancję, która wywołuje rozwolnienie, odosobnić i znaleźli cerolinę. Cerolina jest tłuszczem, znajdującym się w suchych drożdżach do 3%, działa ona w dawkach po 0,1—0,2 w pigułkach trzy razy na dzień rozwalniająco bez trudności i nie zostawia po sobie skłonności do zatwardzenia. Dalej zauważono pewien wpływ ceroliny na choroby skórne, wyżej wymienione. Wrzodzianki prędko zasychały i nie bolały, przekrwienia rzadko kiedy następowały. W trzech przypadkach trądzika zauważono znaczne polepszenie. Daje się cerolinę w pigułkach także po 0,3—0,6 dziennie w chorobach skórnych. Jak działa, jeszcze nie wyjaśniono: albo kwasy, lekko drażniące kiszki, wysysając, wydzielając się przez skórę, dobrze działają na odżywianie takowej, albo one, zmieniając zawartość kiszek, wstrzymują wdychanie szkodliwych produktów trawienia i tem ochraniają organizm, w szczególności skórę. (Therap. Monatshefte, Nr. 12, 1903).

W. B.

235. **Ester-Dermasanum.** W tym jeszcze roku Zeigen polecił nowy preparat salicylowy reumazan, który jest przetłuszczoną maścią mydlaną, zawierającą 10% wolnego kwasu salicylowego.

Preparat ulepszono i puszczono w świat pod nazwą Ester-Dermasanum. Zawiera on oprócz wolnego kwasu salicylowego jeszcze eter kwasu salicylowego, przez dodanie którego powiększono zawartość kwasu salicylowego i jednocześnie przyspieszono wchłanianie kwasu salicylowego.

Preparat stosuje się, jak i reumazan przeważnie zewnątrz. Raz lub dwa razy dziennie smaruje się chore części ciała 5,0—10,0 gramami Ester-Dermazanu i zawija się potem takowe nie wytłuszczoną watą. Działa drażniąco i odciągająco, wywołując przyjemne uczucie ciepła. Oprócz tego dzięki wchłanianiu prędko i intensywnie zaczyna działać kwas salicylowy. Ubocznych nieprzyjemnych zjawisk po użyciu Ester-Dermazanu jeszcze nie zauważono.

W dwie godziny po użyciu tego środka występują zwykle poty, ale te nie przeszkadzają. Większe podrażnienie skóry następuje, gdy się preparat wicera w skórę masując, jednakże i to podrażnienie skóry prędko ginie pod wazeliną z kwasem bornym.

Środek ten znalazł zastosowanie we wszelkich zaburzeniach gośćcowych, w arthritis deformans, ischias, bólach tabetycznych i stawów, które to bóle wywołują się wysiękami. (Therap. Monatshefte, Nr. 10, 1903).

W. B.

236. Doyen. **Leczenie nowotworów rakowatych.** (La Se-

maine Méd., Nr. 8, 1904). Autor przypomina o zaznaczoném już przez siebie istnieniu w tkankach rakowatych drobnoustroju „micrococcus neoformans“, którego szczepienia zwierzętom wywoływały występowanie rozmaitych guzów (tumeurs), otóż zastrzykowaniami hodowli lasecznika tego i jego toksyn, od r. 1901 było leczonych 126 chorych z nowotworami złośliwymi. Z liczby powyższej 58 nie odniosło żadnego polepszenia; 47 znajduje się jeszcze pod opieką autora, 21 zaś można uważać za zupełnie wyleczonych.

Jakkolwiek z wymienionych 47 chorych o 29 nie można jeszcze nic stanowczego orzec o wynikach leczenia, doznali oni jednak już znacznego polepszenia. Pozostałych zaś 18 z tej grupy chorych nie zaliczono do wyleczonych, gdyż guzowatości rakowate niezupełnie znikły.

Wyleczeni zupełnie chorzy mieli następujące nowotwory: lymphadenoma jąder z rozszerzeniem się sprawy na fałdy pośladowe mięsak mięśni uda, rak żołądka, rak macicy z guzami rozsianymi w małej miednicy, rak języka, nabłoniak twarzy z zajęciem gruczołów chłonnych, mięsak migdałków, nabłoniak piersi i t. d.

J. Wojciechowski.

237. A. Stenczel. **Leczenie szankra i jego powikłań.** („Zur Therapie des weichen Geschwürs und seinen Complicat.“. Wiener Med. Wochen., Nr. 34, 35, 1903). Ze wszystkich sposobów leczenia szankra, przedewszystkiem pelzającej jego postaci (Ulcus vener. serp.), najlepiej działa przyżeganie Pacquelinem, po przedwstępnem znieczuleniu płynem Schleich'a, następnie przeciwważny opatrunek, poczem zabliznienie następuje szybko i unika się tworzenia dymienic.

Za drugi sposób leczenia, po stopniu przynoszonej poprawy, autor uważa przykładanie na wacie 25% roztworu siarczanu miedzi (Cuprum sulphur.). Sposobu jednak tego nie należy stosować przy szankrach, umiejscowionych na powierzchni napletka, gdyż spowodowany przypaleniem obrzęk łatwo może rozwinąć stulejkę (phimosis), nie używa się również tego środka przy zaczynającej się wrażliwości gruczołów chłonnych.

Półgodzinne miejscowe kąpiele z 1% roztworu Cupri sulphurici 2 razy dziennie oddają dobre usługi przy owrzodzeniach pelzających, którym towarzyszą słabo rozwinięte stulejki.

Zastosowanie w powyższych przypadkach półtora-chlorku żelaza (Liquor ferri sesquichlor.), nie ustępuje w działaniu poprzednim środkom, przedewszystkiem przy istnieniu obszernych owrzodzeń, nie pozwalających na przyżegania.

Przysypek autor nie zaleca, np. *przy stulejkach i owrzodzeniach już oczyszczonych używa natomiast przeciwważających maści.*

W początkach rozwijających się dymienic zaleca spokój i pęcherz z lodem, jeżeli polepszenie nie następuje, to termoforowe okłady. Przejście dymienic w ropnie wymaga leczenia operacyjnego.

J. Wojciechowski.

238. Lianc. **Leczenie szankrów.** (Russkij żurnał kożnych i wener. bolezniej. T. VI, 1903). Wszystkie sposoby, prowadzące do zamiany swoistego owrzodzenia na niezakaźne, autor dzieli na 2 grupy; do pierwszej zalicza: wycinanie, zrzynanie powierzchni, wyłyżeczkowanie, przypalanie, działanie wysokiej i niskiej temperatur: w drugiej pomieścił rozmaite środki, zastosowywane w postaci przysypek.

Wyłyżeczkowanie należy do bardzo dzielnych czynników, powinno jednak być bardzo starannie wykonane, jeżeli chcemy uniknąć nawrotu cierpienia.

Ze środków przyżegających—kwas karbolowy roztopiony (acid-carbol. liquefactum) oddaje najlepsze usługi; do zupełnego oczyszczenia owrzodzenia wystarcza zazwyczaj 3 do 4 posmarowań, robionych w odstępach dwudniowych.

Lapis działa zbyt powierzchownie i sprowadza stwardnienie dna owrzodzenia, co bywało powodem późniejszego brania owrzodzenia za przymiotowe.

Przypalanie termo- lub galwanokauterem wymaga ogólnej narkotyzacji chorego i pozostawia po sobie nieforemne blizny.

Autor, na podstawie swych doświadczeń, zaleca w celu powyższym sposób Andry'ego; termokauter rozgrzany do czerwoności trzyma się w ciągu 10 do 15 sekund w oddaleniu 1 do 4 milim. od powierzchni przedtem osuszonego owrzodzenia.

Leczenie ciepłem autor wykonywa za pomocą miejscowych kąpiei o temperaturze 32 — 35 — 40° R.

W ostatnich czasach zaczęto stosować zraszania owrzodzeń rozczynami środków lekarskich; wpływ tychże zależy nietylko od ciepła i mechanicznego działania strumienia płynu, ale także odkażającego wpływu roztworu Kalii hypermang., sublimatu i t. p. Tu również zaliczyć należy sposoby leczenia szankrów parą i oziębianiem.

Ze środków 2-jej grupy pierwsze miejsce zajmuje jodoform, dalej jodoformogen i eurofen, nakoniec woda utleniona. Przy umiejscowieniu się szankra w otworze kanału moczowego najlepiej

działa jodoform w postaci wałeczków z Ol. Cacao (Jodoformii 1,0, Ol. Cacao 10,0), lub też wacików z jodoformowej maści. W celu zabezpieczenia otworu cewki od zwożeń, autor używa sączków kauczukowych, stopniowo coraz grubszych.

Szankry wewnętrznej powierzchni napletka, powikłane stulejką, leczą się przemywaniem z roztworu nadmang. potasu i zastrzykiwaniami zawiesiny jodoformowej. Przy umiejscowieniu szankra w okolicy wędzidelka to ostatnie należy przeciąć.

Wogóle, najlepsze wyniki dają środki, należące do 1-ej i do 2-ej grupy.

Przy owrzodzeniach gangrenowatych napletka, połączonych ze stulejką, autor nie rozcina tegoż, lecz przemywa worek dwutlenkiem wodoru za pomocą rurki kauczukowej, zastrzykuje zawiesinę jodoformową i zaleca miejscowe ciepłe kąpiele prącia.

J. Wojciechowski.

239. Dr. Dubar. **Leczenie woła zwykłego za pomocą wstrzykiwań oleju jodowego.** (Le Progrès Médic., Nr. 4, 1904). Preparat oleju jodowego pierwszy przygotował Lafay we Francji; olejki, przygotowane przez niego, bywają 15%, 20% i 40%, stosownie do zawartości czystego jodu.

Dubar pierwotnie stosował olejki jodowe z bardzo dobrymi wynikami u dzieci z cierpieniami nosa, uszu i krtani w postaci miejscowych pędzlowań. Następnie próbuje autor leczyć wole za pomocą wstrzykiwań oleju jodowego 40% w miąższ gruczołu. W dwóch podanych przypadkach otrzymał niezłe wyniki, zachęcające do dalszych badań w tym kierunku. Wstrzykiwania robiono raz na tydzień w ilości jednego ctm. sz.

W pierwszym przypadku po 9-ciu wstrzyknięciach wole zmniejszyło się o 2 ctm. W drugim przypadku po pierwszej seryi 6-ciu wstrzykiwań o 2 $\frac{1}{2}$ ctm., następnie po 4-ch jeszcze o 1 ctm. Olejek jodowy, zdaniem autora, wzmaga wchłanianie i zmniejsza przekrwienie; organizm bardzo dobrze znosi nawet większe dawki. Dr. Julien w ciągu dziesięciu dni zastrzykiwał po 5 ctm. sz. oleju jodowego dziennie. Porównywając działanie dotychczas zastrzykiwanej jodyny z działaniem oleju jodowego, autor jest zdania, że ten ostatni powinien wyrugować jodynę, ponieważ, po pierwsze działanie jego jest energiczniejszym dzięki dużej zawartości czystego jodu: 1 szprycka Prawaz'a zawiera 0,54 jodu, takąż ilość jodyny zaledwie—0,06; po drugie, wstrzykiwania oleju nie są bolesne, gdyż jod stanowi tu związek chemiczny z tłuszczem.

Jedynie, co mogłoby przemawiać na niekorzyść olejku jodowego, to powstawanie w miejscach zastrzyknięć guzowatości, które jednak, dodać trzeba, ulegają szybkiemu wessaniu.

H. Jastrzębski.

VI. ODCINEK.

Pomoc doraźna na wojnie i w czasie pokoju.

Dwie mamy organizacje do udzielania doraźnej pomocy lekarskiej — jedną, działającą w czasie pokoju — t. zw. Pogotowie ratunkowe, drugą w czasie wojny: Tow. Czerwonego Krzyża. Inicytatorami obu tych instytucji byli lekarze Dunant — dla Czerwonego Krzyża, Mundy dla Pogotowia ratunkowego. Krzyż Czerwony stał się dziś godłem, przyjętem przez świat cały, a z chwilą jego powstania dola rannych i chorych na wojnie stała się łżejszą i, aczkolwiek ostatnie wojny wykazały wiele jeszcze braków w organizacji służby polowej lekarskiej, braki te z postępem nauki coraz więcej ustają i nie należy wątpić, że duch ludzki, pracując z jednej strony nad ulepszeniem techniki wojennej, starać się będzie równolegle o zmniejszenie okropności wojny.

Ponieważ wojny zazwyczaj długo dziś nie trwają, czerpać więc muszą ci, którzy wydziałem zdrowia na nich kierują, doświadczenie z działalności pokojowej towarzystw, pomoc lekarską mających na celu. W ten tylko sposób może rozwijać się postęp na tem polu.

Wypadki nagłe, szczególnie, urazy w czasie pokoju właściwie nie różnią się niczem od urazów w czasie bitwy, bo jeśli w czasie pokoju rzadziej zdarzają się rany postrzałowe, uszkodzenia, które te rany powodują, są takie same, jak od przyczyn działających w czasie pokoju: złamania, zmiżdżenia, oparzenia zawsze w jednaki będziemy leczyć sposób czy z tej czy z innej powstały przyczyny, a ponieważ nadto w czasie pokoju zdarzają się niekiedy wypadki zbiorowe, obejmujące znaczną liczbę ludzi, jak np. zderzenia pociągów, towarzystwa więc pomocy lekarskiej mają wtedy możność wypróbowania swej organizacji.

Wobec powyższego nie będzie rzeczą zbyteczną przyjrzeć się dziś zblizka temu arsenałowi środków, jakiego do ratunku używają Tow. dor. pom. lek. wogóle, a warszawskie w szczególności.

Przed 4-ma laty na zjeździe w Krakowie przedstawiłem kufry do narzędzi i opatrunków, zawierające wszystko, co jest lekarzowi niezbędne, dziś uważam za konieczne przypomnieć to czytelnikom „Kroniki“, odsyłając po szczegóły do pracy mojej, drukowanej w r. 1901 w „Kronice Lekarskiej“ (Z. 14 i 15).

Ponieważ otrucia na wojnie zdarzają się wypadkowo, zbyteczną będzie rzeczą używanie „kufra dla odtrutek“, natomiast t. zw. „kufer wyjazdowy“ z pewnemi zmianami jest rzeczą nieodzowną na 1-szym punkcie opatrunkowym, zawiera bowiem wszystko, co lekarzowi może być potrzebne; podaję więc jego zawartość z pewnemi zmianami, zastosowanemi do okoliczności.

a. *Kufer wyjazdowy*. Fornierów wyścielanych 8; szyn tekturowych 10; trójkątów 4; ścierek 2; pudełko nikl. z wyjąłowaną watą hydr.; pudełko nikl. z wiórkami sterylizowanemi, zawierające na dnie: termometr maks., słuchawkę 1; pudełko nikl. z gazą hygrosk. sterylizowaną 1; pudełko nikl. z gazą zapasową 2; pudełko nikl. z 3 serwetkami sterylizowanemi; pudełko nikl. z plastrzem lepkiem; pudełko nikl. ze szprycą kauczuk. 1; pudełko nikl. do iniekcji, zawierające gotowe iniekcye wyjąłowane kofeiny, ergotyiny, morfiny, kokainy, apomorfiny 1; pudełko nikl. z agrafkami; nożyczki; grajcarek; brzytwa; łyżka stołowa 1; kieliszek 1; słoik z wodą lawendową 1; szprycek Pravaz'a 2; flaszka z wodą czystą; flaszka z wodą Burowa 2% 1; flaszka z bromkiem potasu; flaszka z płynem do oparzeń 1; flaszki w kapslu nikl. z eterem, benzyną, waleryaną, mydłem płyn., makowcem, amoniakiem, mydłem w proszku, tasiemką; słoików z ligaturami 2; szlauch Esmarcha, bandaży 30; ceratka opatrunkowa; słoik z pastylk. sublimat. *Trzos mały metalowy podręczny niklowany* zawiera: Iglotrzonek Reinera; pudełko do igieł; pincety anatomiczne; pincety chirurgiczne; zgłębnik rowkowany; zgłębnik okrągły; nożyczki proste; szpateł. *Trzos duży niklowany* zawiera: pudełko nikl. z 3 bisturami; ekarterów ostrych 2; ekarterów tępych 2; szczypczyków Pean'a 6; rurkę Belloque'a; rurek tracheotomijnych 2; rozszerzacz; zgłębnik Graefe; kleszcze do ciał obcych w gardzieli, pancerz na palec ochronny, rozszerzacz Roser'a, klamp do języka.

b. W oddzielnej *torbie* powinny być: 2 fartuchy dla sanitariuszy, 1 fartuch dla lekarza; miednica gumowa 1; pudełko z mydłem 1; pudełko ze szczotką 1; prześcieradeł w workach gumow. 2; podstawka czarna 1; irygator aseptyczny 1; rękawiczki gumowe 2; flaszka z płynem do oparzeń; mały aparacik do wyjąławiania z lampką spirytusową.

Zamiast oddzielnego kufra i torby, można połączyć je w jedną całość t. zw.

c. *Kufer posterunkowy*, który zawiera co następuje; szyn tekturowych 6, wyściełanych 6, drewn. wyściełanych 6; trójkątów 4; ścierek 3; pudełko nikl. z watą hygroskopijną; pudełko nikl. z watą zwyczajną; podstawka emaliowana; podstawka czarna; sekator; pudełko z plastrem lepkiem; miednica gumowa; ceratka opatrunkowa; łyżka stołowa; pudełko blaszane; 2 serwetki sterylizowane; rozwieracz do zębów; nożyczki; grajcarek; klamp do języka; brzytwa; pudełko z mydłem; pudełko z gazą jodoformową; pudełko z jodoformem steryliz.; pudełko z gazą borną; pudełko z agrafkami; pudełko z iniekcjami gotowymi (j. w.); słoik z ligaturami; bandaż Esmarch'a; 2 szpryce Pravaz'a; sól lawendowa. flaszki z eterem, mydłem, benzyną, waleryaną, opium, amoniakiem; pancierz na palec; kieliszek; szczotka do rąk w pudełku blaszanym; waselina; pastylki sublimatowe; flaszka z bromem; flaszka z płynem Burowa; flaszka z płynem do oparzeń; flaszka z wódką; Bandaży 30; rękawiczek 6; sonda żołądkowa; 2 Trzosi: większy i mniejszy jak w kufrze wyjazdowym, oraz fartuchy dla lekarzy i sanitaryuszy; mały sterylizator z lampką spirytusową.

Nie było dotąd w ciągu 7-letniego istnienia Pogotowia ratunkowego w Warszawie wypadku, aby kufrы powyższe okazały się niedostatecznymi, w katastrofach nawet, gdy było 50 osób ciężko poszwankowanych, trzy takie kufrы wystarczyły zupełnie do opatrzenia wszystkich.

Obok tych kufrow lekarz powinien być zawsze zaopatrzony w kilkanaście litrów wody wyjałowionej, która u nas przechowuje się w zamkniętych naczyniach miedzianych wewnątrz grubo bielonych.

Kufrы te zajmują małą przestrzeń, są lekkie i z łatwością mogą być przenoszone przez jednego sanitaryusza, torbę zaś sanitaryusz może mieć przewieszoną przez ramię.

Czytamy w pismach, jakoby lekarze mieli mieć na sobie torby z opatrunkami, pomysł ten uważamy za chybiony, Lekarz musi mieć wogóle jak najmniej skrępowane ruchy i jak najmniej wyczerpywać swe siły, niezbędne do pracy nadmiernej po walce.

Kwestya przenoszenia chorych jest niezmiernie utrudniona, dotąd posługują się przeważnie w tym celu noszami. Ponieważ odległość średnia placu boju od pierwszego punktu wynosi około 3 wiorst, chorego zatem przenosić by trzeba w czasie walki około godziny, co jest stanowczo za długo. Siłę więc ludzką należałoby

zastąpić końską, gdyż rowery nie na każdym terenie walki mogą być użyte. W tym celu najlepiej byłoby używać furgonów z 6-ma noszami każdy, furgon taki, gdzie można by 4 nosze wsuwać z obu boków, a 2 od tyłu, od razu przewieźć może 6 chorych przy użyciu 2 koni i 3 ludzi do obsługi, nosze w nim zawarte służyły by do przenoszenia rannych z placu boju na punkt nieco wysunięty dalej. Budowa takiego furgonu, a raczej przebudowa np. omnibusów może być dokonana względnie szybko, a w razie potrzeby można by przerobić na ten cel „tarantasy“ syberyjskie, doskonale nadające się do przewożenia rannych.

W Pogotowiu warszawskim każdy sanitaryusz ma torbę, zawierającą prócz sekatora do przecinania butów i ubrania przy rozbieraniu chorego, bandaż Esmarch'a do podwiązania kończyn krwawiących, nadto posiada świecę, zapalki i t. p. Sądzę, że i na wojnie torebki takie powinny być używane, a ponieważ każdy żołnierz ma przy sobie opatrunek jednorazowy, już na placu boju może być założony opatrunek pierwszy, a przy użyciu bandaża Esmarch'a uniknąć można śmierci z krwotoku.

Są to luźne uwagi, które nastęrczyły się mi z powodu wojny dzisiejszej; nie znam bliżej organizacji pomocy lekarskiej w czasie bitwy, sądzą jednak, że jeżeli nie w całości, to choć w części organizacja pomocy doraźnej w czasie pokoju musi być do niej podobną; piszę te słów kilka, sądząc, że koledzy więcej ze sprawą obeznani, zechcą sprostować moje poglądy, o ile są niesłuszne.

Dr. J. Zawadzki.

VII. Z TOWARZYSTWA LEKARZY GUBERNII LUBELSKIEJ.

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

1. Chodźko przedstawia chorego z rozpoznaniem następującym: **Porencephalia dextra. Imbecillitas et Insanitas moralis. Arteriosclerosis praecox. Hysteria.**

Chory, Jan N., lat 22, czeladnik rzeźniczy, oskarżony o usiłowanie zgwałcenia 7-0-letniej dziewczynki — po dłuższym pobycie w Tworkach pod obserwacją lekarską, odesłany zamtąd z ogólnikowym rozpoznaniem „zwyrodnienia“, decyzją Sądu Okręgowego

lubelskiego oddany został na oddział Ch. w szpitalu św. Jana Bożego na obserwację dodatkową w d. 5 czerwca 1903 r. i przebył tamże do d. 6 sierpnia 1903.

Chory jest najstarszym dzieckiem ubogiej rodziny mieszczańskiej Lublina — przyszedł na świat po bardzo długo trwającym porodzie, jednakże bez interwencji; podczas ząbkowania dostał po raz pierwszy napadu drgawek, które następnie powtarzały się dość często i ustały zaledwie około 5-go roku życia. Chodzić nauczył się bardzo późno, a mianowicie dopiero w piątym roku życia i do 7 lat chodził z wielką trudnością; oddany do szkoły elementarnej, został z niej wkrótce usunięty z powodu zbyt słabych postępów w naukach, następnie oddano go na naukę do rzeźnika, w tym okresie życia sprawował się bardzo naganie, często upijał się i wtedy wyprawiał awantury, rzucał się z nożem na swoich kolegów etc. Ostatnio w Janowie, będąc w stanie nietrzeźwym, usiłował zgwałcić 7-0-letnią córeczkę swojego gospodarza, na szczęście bez poważniejszych dla tej ostatniej następstw. Rodzice chorego są zdrowi.

Chory uskarża się stale na klucie w lewym boku i bicie serca. Badanie przedmiotowe: Chory wzrostu niskiego, źle rozrośnięty, miernego odżywienia. Błony śluzowe blade.

Głowa: czaszka rozwinięta nieprawidłowo; *obwód:* od gładyszki (glabella) do guzowatości potylicowej zewnętrznej (protuberantia occipit. ext.) — w połowie prawej — 27 cm., w połowie lewej — 26 cm.; guz czołowy z lewej strony nie istnieje.

Twarz niesymetryczna: *odległość* od grzbietu nosa do otworu zewnętrznego ucha przez kość licową: z prawej strony 12 cm. z lewej — 11,5 cm.; *odległość* od grzbietu nosa do linii środkowej kości licowej — z prawej strony 6 cm., z lewej — 5,5 cm.; *odległość najkrótsza* od linii środkowej szczęki górnej do dolnego brzegu kości licowej z prawej strony 6 cm., z lewej — 5 cm. Oczodół lewy mniejszy niż prawy.

Wobec tego stwierdzamy zanik (albo niedorozwój) lewej połowy czaszki i twarzy.

Obie tętnice skroniowe twarde, zmijkowate. Żrenice jednakowe, oddziałują na światło. Odruch rogówkowy lewy wybitnie osłabiony. Bardzo znaczne zwięźlenie pola widzenia lewego oka; nieznaczne zwięźlenie pola widzenia prawego oka. Drganie kloniczne mięśni zwieraczy powiek podczas zamykania oczu. Brak odruchu gardzielowego. Język drży en masse. Zęby przednie, szczególnie

siekacze górne, obsadzone bardzo krzywo, całkiem nieprawidłowej postaci. Uwłosienie twarzy niedostateczne.

Klatka piersiowa. Na lewej połowie klatki piersiowej z przodu daje się zauważyć prawie zupełny zanik tkanki tłuszczowej podskórnej oraz znaczny zanik mięśni: mięsień piersiowy wielki (pectoralis major) lewy jest grubości podwójnego arkusza papieru, podczas gdy odpowiedni mięsień prawy jest rozwinięty prawidłowo. Pierś lewa nie zaznacza się zupełnie wobec bardzo wydatnej piersi prawej. Brodawka lewa spłaszczona, biała; prawa — prawidłowo rozwinięta; średnica brodawki prawej 2 ctm., lewej—1,5 ctm.

Objętość wymagalna obojczyka prawego 4,5 ctm., lewego — 3,5 ctm. Kości żebrowe lewej strony znacznie cieńsze, niż z prawej, Wskutek zaniku mięśni i, zapewne, parcia narządów wewnętrznych, lewa połowa klatki piersiowej okazuje znaczne wydęcie wlewo i dlatego objętość lewej połowy klatki piersiowej jest większą, niż prawej.

Serce: wymiary prawidłowe, tony czyste, przerywane; akcentacja II tonu tętnicy głównej. Tętno 56 — 60 twarde, nierówne, przerywane. Badanie sfigmografem Dudgeona wykazuje (dr. Korczak); na lewej tętnicy promieniowej niższe podniesienie, słabsza elewacja powrotna i słabiej zaznaczone wahania elastyczne, niż na prawej tętnicy; wierzchołek fali wzniesienia powrotnego wyraźnie zaokrąglony na lewej tętnicy; wogóle tętno zbliża się do typu „tętna starczego“ (Arteriosclerosis).

Płuca: opukiwanie lewej połowy klatki piersiowej z przodu, wykazuje ton bardzo jasny, podczas gdy na całej prawej połowie znajdujemy dźwięk stosunkowo przytłumiony — granica obu tych dźwięków przechodzi mniej więcej przez linię środkową mostka; taką samą różnicę dźwięków znajdujemy w okolicach obu szczytów. Na przedniej powierzchni lewego płuca wysłuchujemy oddech zaostroszony, prawie oskrzelowy; w prawym płucu szmer oddechowy nie różni się niczem od prawidłowego. Tę różnicę dźwięków obu płuc objaśnić można zanikiem tkanki tłuszczowej i mięsnej na przedniej powierzchni lewej połowy klatki piersiowej. Na powierzchni lewego płuca wysłuchujemy tarcie opłucny u podstawy, tamże trochę suchych rzężeń. (Szczątki dawnego zapalenia opłucny).

Wątroba: granica górna na wysokości 7-go żebra, dolna pod łukiem żebrowym; bolesna. *Sledziona* bolesna. Stolce twarde. Łaźnienie nieznaczne.

Kończyny górne: długość od stawu ramieniowego (końca obojczyka) do wierzchołka 3-go palca po powierzchni wewnętrznej

ramienia i przedramienia: kończyna prawa 73 cm., kończyna lewa 71 cm. Objętość ramienia prawego — 24 cm., lewego — 23 cm. Objętość przedramienia prawego 19,3 cm., lewego — 17 cm.

Wybitny zanik mięśni lewego pasa barkowego oraz lewego ramienia i przedramienia, nieznaczny zanik mięśni lewej dłoni (szczególniej na kłębie paluszka). Siła mięśniowa kończyny lewej mniejsza, niż prawej. Odruchy cokolwiek silniejsze po stronie lewej. Drżenie rąk wybitne. W palcach lewej kończyny po uważniejszej obserwacji dostrzegamy zjawisko następujące: 4 palce zewnętrzne są stale zgięte w stawie dłoniopalcowym i międzyczłonowym, duży palec zaś wykonywa bezustannie jednostajny prawidłowy ruch obrotowy około swojego stawu — dłoniopalcowego po powierzchni wewnętrznej 4-ch zgiętych palców (atetoz). Ruchu chorego sam nie dostrzega.

Kończyny dolne: długość od kolca przedniego górnego (spina ant. sup.) do punktu środkowego między obu kostkami — kończyna prawa 75 cm., lewa — 74 cm. Wymiary objętości obu kończyn dolnych żadnej wybitnej różnicy nie okazują.

Zaników mięśniowych niema. Napięcie mięśniowe obu kończyn jednakowe. Siła mięśniowa kończyny lewej znacznie niższa, niż w prawej. Odruch kolanowy lewy znacznie silniejszy, niż prawy. Drgania stopowego niema. Odruchy podaszewowe z obu stron prawidłowe. Stojąc i chodząc, chorego przechyla się cokolwiek wlewo.

Odruchy brzuszne żywe. Czucie bólowe i dotykowe jest osłabione na całej powierzchni ciała: w szczególności na całej lewej połowie ciała stwierdzamy całkowite znieczulenie dotykowe i bólowe (Hemianaesthesia et Hemianalgesia sinistra). Punkty histerorodne wszystkie zaznaczone wyraźnie.

Stan psychiczny: Chorego orientuje się dość dobrze co do czasu, miejsca, osób otaczających — natomiast o osobie własnej może udzielić bardzo skąpych wiadomości, nie wie dokładnie, wiele ma lat, kiedy zaszły ważniejsze wypadki z jego życia etc. Wogóle chorego z trudnością przypomina sobie wszelkie zdarzenia z przeszłości, opowiada je niejasno, nie motywuje dostatecznie swoich postępów: o przestępstwie swoim mówi poprostu, że nic o tem nie wie, że nawet nie dojechał do Janowa, gdyż przedtem upił się i t. d. Twierdzi, że zawsze, jeżeli się coś stało, jego tylko oskarżano niewinnie o popełnienie przestępstwa. Dlaczego tak się dzieje, nie umie sobie tego wytłumaczyć, tembardziej, że, jak mówi, nie ma wcale nieprzyjaciół i nigdy nikomu żadnej krzywdy nie wyrządził.

Chorego opowiada, że od czasu do czasu widuje w nocy na

jawie ogromne masy prusaków na swoim łóżku i na ścianie obok; jednocześnie zjawia się biało ubrany mężczyzna bez wąsów, który, złożony głośno jakąś niezrozumiałą przysięgę przed obrazem Matki Boskiej, rzuca się na chorego i zaczyna go dusić. Chory nie znajduje żadnego związku między tym omamem, a swoją własną osobistością, nie wie, za co jest duszonym, mówi tylko, że ogromnie się boi tego duszenia i zawsze wtedy mocno krzyczy. Omam powyżej opisany ma charakter bardzo elementarny, jest całkowicie nieumotywowanym, w częściach składowych swoich niepowiązanym, w wysokim stopniu nielogicznym; ma treść stale jednakową, (może stoi on w związku z napadami sercowymi (angina pectoris?), występującymi u chorego w nocy od czasu do czasu).

Chory nie rozmawia prawie z nikim, nigdy nie zwraca się o nic do służby, całe dni spędza beczynn timer w łóżku: — zapytany, odpowiada wolno i jaknajkrócej — proszony o wyjaśnienie szczegółów swojego opowiadania, zwykle milczy. Najprostsze rachunki arytmetyczne wykonywa z trudnością i bardzo wolno. W usposobieniu jego przebija się zupełna apatya i obojętność na wszystko; obok tego silnie rozwinięta pobożność zewnętrzna: chory często się modli, obwiesza się medalikami, oburza się na to, że jego współtowarzysze nie modlą się rano i wieczorem.

Pod względem umysłowym stwierdzamy u chorego: stopień umysłu i zanik zmysłu moralnego (Imbecillitas et Insanitas moralis) — te nieprawidłowości psychiczne wynikają z istnienia jamy w prawej półkuli mózgu dawnego pochodzenia (Porencephalia dextra), na którą wskazuje: niedorozwój całej lewej połowy ciała z całkowitem lewostronnem znieczuleniem i ruchami atetotycznymi lewej ręki.

Na wniosek p. Prokuratora Sądu Okręgowego lubelskiego, Jan N., w d. 31 lipca st. st. 1903 r. został uwolniony i oddany pod opiekę i na polecenie rodziny. (Autoreferat).

Kronika bieżąca.

Aczkolwiek zjazd Lekarzy we Lwowie został odłożony, jednakże kol. S. Bronowski najusilniej prosi tych P.P. kolegów, którzy kwestyonaryusz w sprawie bytu lekarskiego otrzymali i nań jeszcze nie odpowiedzieli, jak również tych, którzy, dla rozmaitych powodów dotąd kwestyonaryusza nie otrzymali, aby pierwsi zechcieli w czasie jak najkrótszym nadesłać wypełniony kwestyonaryusz, drudzy zaś, aby listownie upomnieli się o przesłanie im kwestyonaryusza pod adresem: Warszawa, Żórawia 33, Dr. Med. S. Bronowski. Przytem nadmieniam kol. B., że prace, dla których za materyał mają służyć odpowiedzi na jego kwestyonaryusz, są w toku, a więc i wypełnione kwestyonaryusze potrzebne są w czasie jak najkrótszym.

Lekarze na Daleki Wschód. W dalszym ciągu powołani zostali poniżej wymienieni lekarze, zaliczeni do zapasu armii, do pełnienia służby lekarskiej na Dalekim Wschodzie i wszyscy już wyjechali do miejsca przeznaczenia:

Z Warszawy koledzy: Józef Piotrowski do Omska, Zamenhof (chirurg) do Chabarowska, Stan. Knaster, Józef Jaroszewski do Omska, Stan. Kramsztyk do Chabarowska, Stan. Witkowski do Chabarowska, Jan Rzepko do Chabarowska.

Z prowincyi zaś koledzy: Jerzy Gliński (z Łasku) do Omska, Jakób Lewensteyn (z Zawiercia), Rufin Wejssman (z Ozorkowa) do Irkucka, Zygmunt Kujawski (lekarz m. Płońska) do Omska, Jachniewicz (z Sosnowca) do Omska, Jan Caderski (z Noworadomska) do Omska, R. Nejmán (z Uniejewa) do Omska, Adolf Ossowski (z Błonia) do Irkucka, Smulski (z Żyrardowa), Miecz. Wasiewicz (z Brzezin) do Omska, Nowakowski (z Działoszyc).

— Skutkiem wypadków na Dalekim Wschodzie zjazd lekarzy we Lwowie został odroczoney.

— Ministeryum oświaty poleciło przyspieszyć egzamina dla studentów med. na stopień lekarza i ukończyć je przed lipcem w Uniwersytetach: Moskiewskim, Kijowskim, Kazańskim i Charkowskim.

— W akademii wojsk. lek. w Petersburgu otwarto kursa języka japońskiego dla lekarzy i studentów, trwające 100 dni.

— W Petersburgu otwarto Tow. opieki nad suchotnikami.

— W czasie wojny boerskiej było zabitych anglików 719 oficerów i 6863 żołnierzy, na tyfus zmarło 183 oficerów i 7801 żołnierzy; na inne choroby 223 oficerów i 4996 żołnierzy.

— Jak donosi „Rusk. Wracz“, z inicjatywy prof. Hoyer'a, Mitrofanowa i Kołosowa ma powstać w Rosyi towarzystwo anatomiczne.

— „Rusk. Med. Wiestn“. słusznie zaznacza, że lekarze, powoływani na plac boju, powinni być zawiadamiani o tem wcześniej,

trzymanie bowiem w napięciu całej rzeszy lekarzy zapasowych niekorzystnie odbija się na ich działalności lekarskiej.

— Z Petersburga wyjechało na plac boju 100 lekarzy, z Moskwy 200; wogóle, według otrzymanych wiadomości na placu boju jest obecnie 2000 lekarzy.

— Prof. Botkin został mianowany naczelnikiem służby zdrowia w armii Usuryjskiej.

— Według „Sib. wracz. wied.“, w znacznej ilości zboża w gub. Tomskiej znaleziono sporysz.

— Na głównego chirurga armii zamianowano docenta R. Wredena, a lekarzem korpusu na jego miejsce naznaczono W. Hubenet'a.

— Chirurgami korpusów mianowani: P. Toporkow ze szpitala Ujazdowskiego i J. Azarewicz z Odesy.

— Na utrzymanie chorego na placu boju wyznaczono dziennie 2 rb. 50 kop.

Rękawiczki gumowe. W ostatnim zeszycie „Rusk. Wracza“, prof. Zoega v. Manteuffel radzi na placu boju dla zachowania koniecznej aseptyki używać rękawiczek gumowych wyjałowionych i ułożonych w odpowiednie woreczki. Prof. Zoega v. M. nie radzi używać cienkich, ale grube rękawiczki i uważa za konieczne zaopatrzyć w nie lekarzy (po 6 sztuk w kieszeni oraz w workach do opatrunków).

Z piśmiennictwa. Wyszedł z druku 2-gi zeszyt „Ginekologii“ pod red. kol C. Stankiewicza. Zeszyt zaleca się zarówno treścią jak i formą. Nowemu towarzyszyszowi pracy życzyzny powodzenia.

Zmarli. Dr. Bogumił Paciorkowski, dnia 2 kwietnia r.b. w Gruszczycach (gub. Kaliska), w wieku lat 53.

— Dr. Fryderyk Wilhelm Rüdiger, prezes Kaliskiego Towarzystwa Lekarskiego, dnia 4 kwietnia r. b. w Kaliszu, w wieku lat 48.

— Dr. Leonard Głowiński, wychowaniec wszechnicy Jagiellońskiej, w drugiej połowie marca r. b. w Zamościu (gubernia Lubelska).



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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 1 Апрелья 1904 г.

Ogłoszenia

WYSZEDŁ Z DRUKU

Prof. Dieulafoy. „Podręcznik chorób wewnętrznych”

Tom II-gi Choroby narządów trawienia.

Tom pierwszy opuścił prasę w r. 1903.

Cena tomu I-go rb. 4, tomu II-go rb. 4.

Redakcyja „Biblioteki lekarskiej” — Orla №. 5.

Plastry smarowane

ZWYCZAJNE I KAUCZUKOWE

własnego wyrobu poleca;

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne

„MOTOR”

Marszałkowska № 23, Telefonu 1809.

KROWIANKA ☞ Ospa ochronna ☜

Daniłowiczowska 8. * Telefon 528.

Inst. D-ra TCHÓRZNICKIEGO