

---

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

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

O REAKCYI ZWYRODNIENIA

**MIĘŚNIA UNOSZĄCEGO POWIEKĘ GÓRNĄ,**

oraz

KILKA UWAG

o odosobnionem porażeniu urazowem

**NERWÓW OKORUCHOWEGO I BLOCZKOWEGO.**

PODAŁ

*Dr. med. L. E. Bregman.*

Ordynator szpitala.



W leczeniu porażień mięśni ocznych elektroterapia zajmuje miejsce bardzo ważne. Erb <sup>1)</sup> nazywa porażenia te wdzięcznym przedmiotem zabiegów elektroterapeutycznych i zaleca stosowanie prądu faradycznego, a głównie galwanicznego, *pośrednio*, celem wpłynięcia na locus morbi, przez obie skronie lub przez opuszczoną powiekę i kark, oraz *bezpośrednio* — pobudzenie porażonych mięśni ka-

---

<sup>1)</sup> Erb. „Handbuch der Elektrotherapie“, II-gie wydanie, 1886 r., str. 449.

tołą przyłożoną do powieki. Po każdej elektryzacji zauważyć można natychmiastową poprawę, ruchy gałki ocznej powiększają się, odległość obrazów dwoistych zmniejsza się. Leczeniu elektrycznemu poddają się nie tylko porażenia urazowe i reumatyczne, ale i pobłonicowe, oraz występujące w początkowym okresie władu rdzenia. — Watteville <sup>1)</sup> i inni autorzy zalecają podobne metody elektryzowania i również dobre otrzymali wyniki. Duchenne <sup>2)</sup> daje pierwszeństwo prądowi faradycznemu, a elektrody — obie lub jedną tylko — umieszcza na samej spojówce. Wreszcie Gowers <sup>3)</sup>, zajmując wogóle względem elektroterapii stanowisko dość sceptyczne, przyznać musi, że bezpośrednio po zastosowaniu prądu galwanicznego siła ruchowa porażonych mięśni okazuje się większą.

Aczkolwiek na podstawie tych wyników, z którymi osobiste moje doświadczenie jest w zupełnej zgodzie, nie ulega wątpliwości, że prąd elektryczny oddziaływać może na mięśnie oczne, to jednak działanie to nie da się dotąd uwidocznić w ten sam sposób, jak w innych mięśniach, t. j. bezpośrednio pobudzaniem do skurczu.

Najkompetentniejsi autorzy (Duchenne, Erb i inni) stwierdzają zgodnie wynik ujemny swych badań odnośnych. Jako przyczynę, dla której skurczu otrzymać nie można, wymieniono: mniejszy opór, a skutkiem tego lepsze przewodnictwo gałki ocznej, która tym sposobem zabiera największą część prądu, bliskość siatkówki i mózgu, oraz cienkość spojówki, uniemożliwiająca stosowanie prądów silniejszych, wreszcie (Wertheim-Salomonson <sup>4)</sup>) stałe napięcia mięśni ocznych, którego prądy zazwyczaj stosowane przemódz nie są w stanie. Prócz tego należy wziąć pod uwagę i tę okoliczność, że mięśnie oczne nasadzają się na gałce w odległości przeciętnej 5.5 — 7.7 mm. od brzegu rogówki (por. Fuchs, „Lehrbuch der Augenheilkunde“, str. 574) za pomocą ścięgien niepobudliwych, które dalej dopiero we właściwe brzusce przechodzą: przykładając zatem elektrody do samej

---

1) A. Watteville z Londynu. „Grundriss der Elektrotherapie“, tłóm. M. Weiss, 1886, str. 210.

2) Duchenne (de Boulogne). „De l'électrisation localisée“, II-gie wydanie, Paryż, 1861, str. 697.

3) Gowers. „Handbuch der Nervenkrankheiten“, tłóm. C. Grube, 1892, Tom II, str. 200.

4) Wertheim-Salomonson. „Zur Elektrodiagnostik der Oculomotoriuslähmungen.“ Neurologisches Centralblatt, 1898, № 2, str. 57.

nawet spojówki, nie dosięgamy jeszcze bynajmniej istoty pobudliwej mięśnia.

Lepsze nieco warunki przedstawia, jak się zdaje, *mięsień zwięrający źrenicę oka*. To też Ziemssenowi<sup>1)</sup> powiodło się pobudzić mięsień ten u zwierząt do skurczu, a Duchenne<sup>2)</sup> podaje, że i u człowieka — na trupach, natychmiast po śmierci, gdyż postępowanie jest zbyt bolesne, ażeby na żywym próbować można, — stosując prąd faradyczny i przykładając obie elektrody po obu stronach rogówki otrzymywał zwiężenie źrenicy, dochodzące do zupełnego jej zamknięcia.

Niemniej ciekawe i ważne pod względem klinicznym są badania Wertheima-Salomonsona<sup>3)</sup> z Amsterdamu, dotyczące *mięśnia unoszącego powiekę górną*. W warunkach zwykłych mięsień ten nie oddziaływa, również jak i inne, na prąd elektryczny. W niektórych postaciach porażenia obwodowego nerwu okoruchowego jednak *pobudliwość* jego, jak wykazał autor wyżej wymieniony, jest do tego stopnia *wzmoczoną*, że słaby prąd — około 1.0 mm. — wystarcza już do wywołania skurczu i widocznego podniesienia powieki górnej. Punkt ruchowy położony jest pod najwyższym punktem górnego brzegu oczodołu, t. j. mniej więcej na środku tego ostatniego; *skurcz jest wolny*, szybszy jednak niż w porażeniach analogicznych innych nerwów; najspierw następuje skurcz przy zamknięciu prądu na katodę, później przy przerywaniu go na anodę, po krótkim czasie zaś przeważać zaczyna skurcz przy zamykaniu na anodę. Cechy te właściwe są *reakcyi zwyrodnienia*, a mianowicie pierwszemu okresowi zwyrodnienia z wzmoczoną pobudliwością mięśni.

*Dyagnostyczne* znaczenie tej reakcyi jest w porażeniach nerwu okoruchowego to samo, jak i w porażeniach innych nerwów: brak jej w 2 — 3 tygodni po opuszczeniu się powieki (ptosis) dowodzi lekkiego stopnia porażenia, obecność zaś postaci średniej lub ciężkiej; szybkie zniknięcie jej towarzyszy zawsze, zdaniem W.-S., powrotowi do zdrowia, mogłoby jednak, według naszego mniemania, w niektórych przypadkach być następstwem drugiego okresu zwyrodnienia, w którym wzmoczenie pobudliwości ustępuje miejsce zmniejszeniu tejże.

1) Cytowana według Wertheima-S.

2) Duchenne, l. c., str. 699.

3) Wertheim-Salomonsen, l. c.

Praca autora holenderskiego oparta jest na 6-ciu spostrzeżeniach, które, niestety, [nie były mi dostępne w oryginale, gdyż ogłoszone zostały wyłącznie w języku holenderskim. Streszczenie swych wyników podał autor w „Neurologisches Centralblatt“, w numerze styczniowym 1898 r. Ponieważ w ciągu 2-ch lat ubiegłych nie znalazłem ani jednej pracy potwierdzającej faktu przezeń przytoczone, co, zdaniem mojem, tłumaczy się względną rzadkością stosownych przypadków, chcę podać w krótkości opis przypadku, w którym reakcyę powyższą otrzymać mogłem. Chorego i reakcyę demonstrowałem na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w d. 28 listopada 1899 r.

Piotr Wasiliew, 55 lat, robotnik, zgłosił się do ambulatoryum oddziału chorób nerwowych w d. 25/XI 99 r. Z wywiadów, zebranych u żony jego. dowiadujemy się, że chory przed 4-ma tygodniami w stanie podchmielonym *spadł ze schodów* do sutereny (około 20-tu schodków) głową w dół. Natychmiast *utracił przytomność*, lecz ni wymiotował. *Nad lewem okiem* była duża rana, z której sączyła się krew. *Krwotok z nosa* (z obu dziurek) trwający około kwadransa w tym samym czasie powrót do przytomności.

Lewe oko było *od początku zamknięte*, chory nie mógł go otworzyć. Nazajutrz przebudził się z silnym *bólem głowy*; okolica lewego oka była mocno *spuchnięta*. Ból głowy umiejscawiał się głównie w lewej połowie, pijawki za lewem uchem przyniosły ulgę. W kilka dni później udał się do szpitala, lecz pozostał tam tylko dni 5.

Bóle w nogach, po upadku bardzo nieznaczne, wzmogły się teraz do tego stopnia, że chory w ciągu 3-ch tygodni nie był w stanie ani stać, ani chodzić, obecnie bóle te znikły zupełnie.

*St. praes.* Chory silnej budowy ciała. Nad lewem okiem, nad wewnętrzną połową brwi *blizna* długości około 1 cm., nie zupełnie prosta. Na *lewym oku ptosis*; chory nie podnosi wcale powieki. Lewa gałka oczna zbacza na zewnątrz (*Strabismus divergens*). Żrenica jest średniej szerokości, o wiele szersza od prawej, która jest raczej zwężoną (*Myosis senilis*). Lewa żrenica *nie oddziaływa wcale na światło*, przy przystosowaniu zauważyć można *ślabe zwężenie się*, prawa oddziaływa dobrze.

Co się tyczy *ruchów* gałki ocznej, to ruch ku zewnątrz był prawidłowy, oko dochodziło do zewnętrznego kąta szczeliny ocznej; ku wewnątrz dosięgało ono niezupełnie do linii środkowej, we wszystkich innych kierunkach ruchy były zniesione.

Czucie na twarzy było zachowane, punkty nerwu trójdzielnego niebolesne. Słuch z obu stron jednakowy. Brak zaburzeń ze strony innych nerwów mózgowych, brak objawów rdzeniowych. Narządy wewnętrzne zdrowe.

Stosując prąd *galwaniczny* (faradyczny pozostaje bez wpływu), otrzymujemy *skurcz mięśnia unoszącego powiekę górną*: powieka ta podnosi się wyraźnie. Skurcz ten jest może nieco *wolniejszy* od skurczu m. okrążającego oko (*M. orbicularis oculi*), który to mięsień przy pewnej sile prądu z tego samego miejsca zostaje pobudzony. Najmniejszy (minimalny) skurcz otrzymujemy przy prądzie = 1.0 MA, zamykając prąd na katodę lub na anodę (Ka Z = An Z). Biorąc prąd = 2.0 — 2.5 MA, widzimy, jak już wspomniano, przy zamykaniu na katodę skurcz m. okrążającego, który zasłania zupełnie reakcję m. unoszącego powiekę; przy tej sile prądu otrzymujemy reakcję tą li tylko zamykając prąd na anodę, ewentualnie przerywając go na katodę lub anodę. Stosując prądy silniejsze, jeszcze otrzymać można skurcz tężcowy (*kathodendauertetanus*), ustępujący zwolna podczas przepuszczania prądu.

Elektrodę pobudzającą najlepiej jest umieścić *pod najwyższym punktem łuku brwiowego*, nieco na zewnątrz od środka brzegu górnego oczodołu <sup>1)</sup>. Radzimy *oprzeć* ją lekko o ten brzeg kostny, albowiem przy najslabszem choćby przesunięciu jej następuje skurcz m. okrążającego oko. Słabszą nieco, ale zupełnie wyraźną, reakcję m. unoszącego powiekę otrzymaliśmy również przykładając elektrodę *do zewnętrznego kąta oczodołu*.

*Stan chorego* w d. 27/XII 1899 roku: chory może podnieść nieco powiekę; źrenica daje reakcję na światło; ruchy gałki bez zmiany, reakcyja zwyrodnienia m. unoszącego powiekę mniej wyraźna.

Mamy zatem przypadek *porażenia urazowego nerwu okoruchowego* wraz z porażeniem *nerwu bloczkowego*. Porażenie należy do *postaci średniej*, gdyż obecnie po 2-eh miesiącach czynności mięśni zaczynają powracać, a reakcyja zwyrodnienia staje się mniej widoczną. Że ta ostatnia *nie we wszystkich* postaciach opuszczenia się powieki wykazać się daje, potwierdzić mogę na zasadzie własnego doświadczenia. Tak np. otrzymać jej nie mogłem w przypadku, łaska-

<sup>1)</sup> Elektroda powinna być możliwie mała; elektrody — przerywacza używać nie wolno z powodu wstrząśnienia udzielającego się powiece, przerywanie prądu winno się odbywać przy samej baterji.

wie mi przysłanym przez kol. B. Gepnera, w której ptoza była *rodzinna*, rozwinęła się u chorej w stopniu silniejszym po przebyciu ospy, a wzmagała się pod wpływem czynników psychicznych, zmartwienia, zmęczenia i t. d. Brak jej również było w innym, przez kol. G. adresowanym, przypadku ptozy stopniowo od roku się rozwijającej u panny 18-letniej, z lekkimi stigmatami histeryi (według słów chorej, oko w początku było w stanie zapalnym, obecnie stwierdzić można tylko lekki katar spojówki).

Co się tyczy powstawania opisanej tu reakcyi elektrycznej, nadmienić jeszcze muszę, że ona znacznie ułatwioną zostaje dzięki stosunkowi anatomicznemu, zachodzącemu między mięśniem unoszącym powiekę górną i skórą tejże powieki. Wiadomo bowiem, że *mięsień wysyła ku skórze dość znaczne pęczki włókien*, które, rzecz prosta, najłatwiej pobudzić się dadzą. Reakcyę natomiast, którą otrzymywaliśmy, przykładając elektrodę do *zewnątrznego kąta oczodołu*, tłómaczyć należy bardziej rozlanem działaniem prądu, przyczem możliwem jest, iż ściana kostna oczodołu, przedstawiając większy opór, przyczynia się do lepszego rozprzestrzeniania się prądu w najbliższych częściach miękkich, a zatem przedewszystkiem w mięśniu unoszącym powiekę.

Na zakończenie słów kilka o *umiejscowieniu* sprawy w opisanym powyżej przypadku. Zajęcie jąder porażonych nerwów lub ich korzeni w przebiegu przez odnogę mózgową (*paralysis nuclearis, fascicularis*) możemy wykluczyć z pewnością, gdyż w takim razie mielibyśmy *bardzo rozległe* ognisko urazowe, czemu przeczą lekkie objawy początkowe, oraz brak innych zaburzeń (ze strony kończyn, nerwu trójdzielnego, mięśni ocznych drugiej strony). Oddziaływanie źrenicy przy akomodacyi, a brak reakcyi na światło (a zatem objaw Argyll-Robertsona), stwierdzony przez nas przy pierwszym badaniu chorego — w 4 tygodnie po urazie, uważać należy, zdaniem naszym, jako objaw *rozpoczynającej się poprawy*. To samo spostrzegał Uthoff<sup>1)</sup> w przypadku porażenia obwodowego nerwu okoruchowego.

<sup>1)</sup> Zob. Moeli. „Weitere Mittheilungen über die Pupillenreaction.“ Berliner klinische Wochenschrift, 1897, № 18, str. 374. W syfilitycznych porażeniach nerwu okoruchowego częściej jeszcze po ustąpieniu bezwładu mięśni ocznych zewnętrznych pozostaje zwrotna nieruchomość źrenicy (objaw Argyll-Robertsona), jako objaw odosobniony — tu jednak pochodzenie obwodowe porażenia jest wątpliwem.

Zgodnie z tem przypuszczeniem, obecnie po upływie dalszych 4-ch tygodni reżekya na światło również widoczną się stała.

Przyjmując zatem porażenie obwodowe, uraz umiejscowionym być może *popierwsze* w tem miejscu, gdzie nerwy okoruchowy i bloczkowy wstępują do opony twardej. Otworki obu nerwów (*porus oculomotorius*, *porus trochlearis*) są, jak wiadomo, bardzo do siebie zbliżone: pierwszy położony jest w ścianie środkowej fałdy skałowatopochylonej bocznej (*plica petro-clinoidea lateralis*), drugi zaś około 5 mm w tył, w bliskości kąta, tworzonego przez fałdę tę z fałdą skałowatopochyloną środkową (*plica petro-clinoidea medialis*).

Przy złamaniach na podstawie czaszki okolica ta zostaje często uszkodzoną, a co zatem idzie nerwy wyżej wymienione łatwo ulegz mogą zgnieceniu. Doświadczenie kliniczne jednak pokazuje, że w tych warunkach najczęściej sparaliżowanym bywa *nerw odwodowy*, położony bardziej ku tyłowi, po za wierzchołkiem pyramidy kości skałowatej. Porażenia te nie są zbyt rzadkie <sup>1)</sup>, a w kilku przypadkach (Lagrange <sup>2)</sup>, Schröder <sup>3)</sup>, Köhler <sup>4)</sup>, Herr <sup>5)</sup> i in.) były one jedynym, *odosobnionym* objawem, powstałym po złamaniu na podstawie czaszki. Nie znaleźliśmy natomiast *ani jednego spostrzeżenia* <sup>6)</sup>, w któremby, podobnie jak w naszym, same tylko nerwy okoruchowy i bloczkowy porażeniem dotknięte zostały.

1) Zob. Anna Herr. „Ueber Schädelbasisbrüche. Beiträge für klinischen Chirurgie.“ Tom IX, 1892, str. 23. Na 58 przypadków, spostrzeganych w klinice chirurgicznej w Zurychu, nerw twarzowy był porażony w 11, nerw słuchowy w 9-ciu, odwodowy w 5-ciu. W 2-ch przypadkach spostrzeżano ptozę, oględziny pośmiertne jednak nie wyjaśniły dostatecznie sposobu jej powstania.

2) F. Lagrange. „De la paralysie du nesf. moteur oculaire externe censémentire à la fracture du rocher.“ Archiv. cliniques de Bordeaux, 1894, T. IV, p. 209.

3) Schröder. „Ueber 3 Fälle von traumatischer Abducenslähmung in Folge von Basisfractur.“ St.-Petersbur. med. Wochenschrift, Neue Folge, VIII, № 44, 1891.

4) Köhler. „Ein Fall von Bruch der Schädelbasis mit einseitiger Abducenslähmung.“ Berliner Klin. Wochenschrift, 1891, № 18.

5) l. c.

6) Przypadek odosobnionego porażenia urazowego nerwu bloczkowego opisał Klein w „Wiener klinische Wochenschrift“, 1899, № 12.

Z drugiej strony możliwem również jest uszkodzenie obu nerwów w przejściu ich przez *szczelinę oczodołową górną*, gdyż tu również położone one są jeden przy drugim w środkowym kącie szczeliny. Gdybyśmy chorego zaraz po upadku badać mogli, to prawdopodobnie łatwo byłoby orzec, w którym z dwóch punktów wskazanych uraz umiejscowić należy: obecnie jednak z tak niedokładnych i niepewnych (chory i otoczenie mało inteligentne) wywiadów wyrokować o tem trudno. Położenie blizny nad górnym brzegiem oczodołu, obrzęk w okolicy oka nazajutrz po wypadku (czy był krwotok pod spojówką, nie mogliśmy się dowiedzieć), krwotok z nosa przemawiają, być może, bardziej za złamaniem ściany oczodołu, nie pozwalają jednak wykluczyć złamania w miejscu wyżej opisanem, w średniej jamie mózgowej.



## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

50. Dr. A. v. Bergmann. Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych. (St. Petersb. med. Woch., № 43—44, 1899).

Zapopatrywania na wybór zabiegów leczniczych, właściwych dla cierpień ustroju żółciowego, są do dziś dnia jeszcze pomiędzy lekarzami tak sprzeczne, że wyrobienie na sprawę tę poglądu rzetelnego jest niezbędnem zwłaszcza przy istniejącej ze strony praktyków niektórych nieufności co do pożytku, wynikającego z zastosowania chirurgii na terenie, w mowie będącym. W pracy swej dr. B. uwydatnia strony ujemne i dodatnie interwencji chirurgicznej, po ścisłem uwzględnieniu których można dopiero rozwiązać zasadniczo sprawę wskazań do operacji.

Z rękoczynów, podejmowanych wobec cierpienia dróg żółciowych, wymienić przedewszystkiem należy cystotomię, t. j. rozcięcie pęcherzyka żółciowego, którą wykonywa się na dwóch posiedzeniach tylko wobec bardzo niekorzystnych warunków; tu należą głównie spostrzeżenia tego rodzaju, w których pęcherzyk zawiera ropę i nie może być spojony, jak należy, z poziomem rany brzusznej. W przypadkach innych pęcherzyk otwierać trzeba zaraz, a po usunięciu zawartości wszyć tenże do rany powłok brzucha dla ułatwienia przesunięcia drenu. Ten ostatni jest bardzo użyteczny wobec mniej lub bardziej wydatnego nieżytu pęcherzyka, ułatwia nadto znakomicie opróżnienie kamyków przeoczonych i takich, które mogłyby się doń przedostać



zgóry następczo. Dalej, zabiegiem, który zdobywa sobie uznanie coraz większe, jest cholecystektomia, t. j. usunięcie narządu całkowite, wskazane tam, gdzie ten ostatni uległ zmarszczeniu się lub zwyrodnieniu natury nowotworowej, w przypadkach, wreszcie, zatkania na skutek uwężgnięcia złożeń w przewodzie pęcherzykowym (ductus cysticus). Do rękoczynów chirurgicznych zalicza się nadto cystikotomia i choledochotomia (przecięcie żółciowodu), za pomocą których kamyk, zaciśnięty na drodze swej do jelita, oswobadza się po otwarciu przewodu chorego, poczem, o ile to jest możliwem, ranę zamyka się szwem, dla zabezpieczenia którego pęcherzyk wypadnie drenować. Niekiedy w celu tym rozcinano również i przewód wątrobowy (ductus hepaticus) i drenowano drogi żółciowe z wynikiem dobrym. Cholecystenteroanastożoza jest zabiegiem, polegającym na połączeniu jelita z pęcherzykiem dla utorowania żółci drogi nowej do kiszki w razie zawarunkowanej przez zwięzające guzy rozległe niedrożności żółciowodowej. Jak widać, wszystkie te, wyszczególnione powyżej operacye, podejmowane są w szeregu cierpień, powstających głównie na skutek kamicy (cholelithiasis).

Dla określenia czasu, kiedy należy operować, który z zabiegów będzie w danym przypadku najbardziej odpowiednim i jakich z nich można spodziewać się następstw, niezbędnem jest wyrozumieć dobrze istotę i charakter przebiegu kamicy. Miejszem wytwarzania się prawdziwych kamyków jest sam pęcherzyk żółciowy, z przewodów zaś wątroby, zgodnie z zapatrywaniem Naunyn'a, Langenbuch'a i innych przedostaje się żwir jedynie, t. j. małe kamyeczki bilirubiniowe. W jaki sposób kamyki te powstają w pęcherzyku, są to jeszcze pytania, do dziś nierozstrzygnięte, rzecz ta jednak, rozumie się, pozostaje bez wpływu na wybór postępowania leczniczego. Kamienie, gnieźdzące się w omawianym narządzie mogą być nader niewielkie i wówczas nie wywołują przypadłości, nadto dających znać o sobie; niejednokrotnie też zdziwić się można podczas oględzin pośmiertnych, jak wielką ilość złożeń osobnik zmarły dźwigał w sobie bezwiednie za życia. W pewnych warunkach jednak, zwłaszcza pod wpływem zmian nieżytowych w błonie śluzowej, pęcherzyk zdradza chęć pozbycia się swej zawartości chorobliwej, przyczem powstają mocne bóle, t. zw. kolki, występujące bądź ostro, bądź z więcej lub mniej wyraźnemi przerwami. Okolica pęcherzyka staje się wówczas bardzo na ucisk wrażliwą, a podczas badania narząd daje się wymacać jako twór mocno wypełniony i napięty. Jeżeli złoży owe siłami natury dadzą się przepchnąć szczęśliwie, wtedy w czas jakiś po napadzie w stolecu stwierdza się obecność kamyków, a napadowi takiemu towarzyszyć może żółtaczką, nie zależną, właściwie, od zamknięcia żółciowodu, lecz zawarunkowana utrudnieniem odpływu żółci przez obrzmiałą nieżytowo błonę śluzową. Tego rodzaju pomyślnie przebiegające napady kolki kamicowej z żółtaczką lub bez niej wchodzi, rzecz prosta, w zakres terapii, to też kuracya karlsbadzka działa tu zwykle szybko i skutecznie.

Inaczej jednak rzecz przedstawia się, jeżeli kamica z okresu skrytości przechodzi w stan zapalny, co, według spostrzeżeń Riedel'a,

napotyka się bynajmniej nie często (5% przypadków); w tych razach napady nie kończą się tak pomyślnie, t. j. przez oddanie złogów wraz z kałem nazewnątrz. W przypadkach takich średnica kamyka jest dla przewodu pęcherzykowego zazwyczaj zbyt wielką i kamień powraca bądź do pęcherzyka, w którym czas jakiś pozostaje bez wywoływania objawów aż do okresu kolki najbliższej; bądź też ulega uwięzieniu w przewodzie (ductus cysticus). W tym stanie rzeczy wskazana jest najprostsza i najmniej niebezpieczna metoda operacyjna — cystotomia. Jeżeli rękoczynu nie wykona się w porze właściwej i nie usunie kamyków tą niewinną, względnie, drogą, wówczas na skutek zamknięcia dostępu dla żółci, w pęcherzyku powstają zmiany takie, jak otok wodny (hydrops) lub zmarszczenie się narządu, w razie zaś infekcyi dodatkowej nastąpić może zapalenie pęcherzyka ostre wraz ze zropieniem zawartości i następczym otokiem pęcherzyka ropnym. Zapominać nie trzeba, że jednym z poważniejszych i do podjęcia operacyi naglących momentów jest ból, tak gwałtowny i tak wyczerpujący chorego, że na tle takim nader łatwo powstawać może morfinizm, a nadto, że podejmowane w przypadkach zadawnionych cystiktomia lub cholecystektomia stanowią już rękoczyn o wiele mniej niewinny, niż cystotomia zwykła. Jakkolwiek w razie dalszego z operacją zwlekania wyzdrowienie samoistne nie jest jeszcze wykluczonem, na skutek bowiem wytworzonych pod wpływem umiejscowionego zapalenia otrzewny zrostów z kiszka lub ze ścianą brzucha zawartość pęcherzyka lub wielkich dróg żółciowych może być opróżnioną, najczęściej jednak powstaje w tym stanie rzeczy zamknięcie żółciowodu przez kamień zupełne. I wówczas jednak może nie być żółtaczki, gdyż pozostaje niekiedy przejście dla odpływu żółci wystarczające. Zgodnie z poglądem wszystkich prawie autorów najlepiej będzie przeczekać okres niedrożności żółciowodowej ostrej, gdyż i w tym wypadku pomódz mogą jeszcze woda karlsbadzka i odpowiednie środki wewnętrzne, kamyk zaś — przedostać się przez brodawkę Vater'a i przesliznąć do jelita. Dalej, co do pytania, jak długo można zwlekać z zabiegiem, zdania są podzielone wciąż jeszcze, w każdym jednak razie choledochotomia jest operacją niebezpieczną, oraz bardzo pod względem technicznym do wykonania trudną. Należy pamiętać, że chorzy na żółtaczkę przewlekłą są materiałem operacyjnym niewdzięcznym ze względu na wielką do krwotoków skłonność i wyczerpanie, to też, gdy śmiertelność po cystotomii jest dziś żadną prawie, gdy po wycięciu pęcherzyka dochodzi do 10%, choledochotomia daje odsetkę 25. To też zawsze należy mieć na względzie, że cała masa ludzi nosi w sobie kamyki żółciowe bez żadnych lub z mało przykreimi objawami całe lat dziesiątki i że kuracja karlsbadzka jest dla osobników tych nader skuteczną. Zgodnie z obliczeniami Riedel'a, w samych Niemczech tylko cierpi na kamieć żółciową około dwóch milionów, ludzi, z których, wszelako, 5% tylko doświadcza przypadłości, bardziej wyraźnych. Operować za to należy zawsze w przypadkach cierpień pęcherzyka zapalnych, a zwłaszcza wobec otoku ropnego, przychem wczesne rozpoznanie właściwe jest koniecznem z uwagi na

łatwość przedziurawienia. Powikłanie to, napotykané dość często zależne jest w stopniu znacznym od rozpowszechnionego szeroko zapatrywania błędnego, że do rozpoznania kamicy konieczną jest żółtaczka.

Pouczającemi są w tej mierze przytoczone przez autora przypadki odnośnie.

W spostrzeżeniu pierwszym operowano kobietę chorą od dwóch miesięcy i wyczerpaną przez istniejącą trzy tygodnie gorączkę oraz wymioty. Po otwarciu rozległego ropnia zatokowego powłok brzusznych wydobyto z przedziurawionego i zrośniętego ze ścianą brzucha pęcherzyka 25 kamyków. Przypadek drugi dotyczył chorej z objawami zapalenia otrzewny i zaciśnięcia przepukliny udowej; wywiady nie nasuwały, bynajmniej, myśli o kamicy, tymczasem z rozciętego podczas operacji worka przepuklinowego wyciekła, ku zdziwieniu otaczających, mętna ciecz żółciowa; wobec tego, wzdłuż brzegu mięśnia prostego poprowadzono cięcie ku górze, poczem doszło się do przedziurawionego szeroko pęcherzyka, który zawierał dwa kamyki wielkości orzecha włoskiego. Oba te spostrzeżenia zakończyły się niepomyślnie, dobrym za to wynikiem uwieńczoną została operacja trzecia, którą właśnie zdołano wykonać jeszcze przed wystąpieniem perforacji. Chodziło tu o chorą, miewającą od dziewięciu miesięcy napady nader bolesnych kolek i od siedmiu tygodni przykutą do łóżka przez gorączkę, dreszcze wstrząsające, gwałtowne bóle i żółtaczkę. W danym przypadku miano do czynienia z obostrzonym cierpieniem dawniejszem, pierwszych bowiem dolegliwości kobieta owa zaczęła doznawać jeszcze przed siedmioma laty. Operację wykonano tu w ciągu dwóch posiedzeń; wyosobniono więc przedewszystkiem pęcherzyk, potem zaś dopiero otworzono tenże wtórnie; z narządu wylało się po przecięciu do 100.0 cm. ropy, usunięto zaś nadto ilość znaczną żwiru, jeden duży, jak orzech laskowy, kamyk, oraz odłamy większego jeszcze kamienia. We wszystkich tych trzech przypadkach z podjęciem zabiegu zwlekano zbyt długo, co było, wobec zupełnej jego nieszkodliwości, całkiem niepotrzebne. Autor też mniema, że zadaniem lekarza winno być zawsze usilne namawianie chorego do poddania się cystotomii w tym razie, gdy napady kolek powstają coraz częściej i bóle nieustępujące czynią nieprawdopodobnym powrót do zdrowia na drodze wyleczenia samoistnego lub terapii wewnętrznej. I inne rękoczynny na pęcherzyku autor zmuszony był wykonywać przeważnie już po przejściu najdogodniejszej dla operacji chwili. Z ogólnej liczby, obejmującej 6 takich przypadków, w 3-ch znaleziono pęcherzyk na tyle zmieniony lub przewód jego tak zamknięty, że stała się konieczną cystektomia; ostatni zabieg ten wykonano i w przypadku czwartym, do czego zniewalała istniejąca przetoka; wszyscy ci operowani wyzdrowieli.

Rozpoznanie kamicy różniczkowe nie jest, bynajmniej, zadaniem łatwym, tam zwłaszcza, gdzie żółtaczki nie ma zupełnie lub gdzie ta ostatnia bywa przelotną tylko. Możliwym jest przyjęcie cierpienia za okołokątniczą sprawę zapalną (perityphlitis), z drugiej zaś strony następstwa zatrucia solą Bertholet'a (kali chloricum) przyjmowano za

ciężką dróg żółciowych infekcyę i, rzecz prosta, operowano w tych razach niepotrzebnie. Dla postawienia rozpoznania właściwego ważnemi są przedewszystkiem: *a)* wskazówki, które otrzymuje z wywiadów: chory opowiada wówczas o nawrotach kolki, przyczem upewnić się trzeba, czy u osobnika danego nie ma się do czynienia z kolką nerkową; dalej, *b)* powiększony i dający się wymacać wyraźnie pęcherzyk żółciowy jest drogowskazem dość pewnym w sprawie określenia natury bólów prawdziwej. Tu jednak wypadnie pamiętać, że większa część chorych, badanych po raz pierwszy ręką chirurga cierpi już na sprawy chorobowe w narządzie omawianym tak dawno, że pęcherzyk u osób tych bywa zwykle pomarszczony i, pomimo kamicy istniejącej, nie daje wcale uczucia guzowatości. To też niezadkami wcale są przypadki pomyłek rozpoznawczych i stwierdzenia kamicy tam, gdzie miało się do czynienia z zapaleniem wyrostka robaczkowego lub sprawą chorobową w pęcherzu moczowym. Objawy takie, jak częste i długotrwałe nudności oraz wymioty, nieznośnienie potraw pewnych, obrzmienie śledziony, usposobienie dziedziczne są pomocniczymi jedynie w kwestyi rozpoznania momentami. — Przekonywających co do istnienia kamicy objawów jest niewiele, z drugiej zaś strony zwlekanie z zabiegiem chirurgicznym aż dotąd, gdy dyagnozę postawić można na pewno grozi pominięciem chwili dla wykonania operacji dogodnej. Należy zatem wobec obostrzenia się objawów i uzasadnionych na kamice podejrzeń doradzać choremu poddanie się operacji bezwarunkowo, w razie zaś znalezienia ustroju żółciowego w porządku, przedsięwziąć co wypadnie dla ewentualnego zoperowania takich, mogących w błąd wprowadzić spraw chorobowych, jak: zapalenie zlepane otrzewny, wrzód żołądka lub dwunastnicy okrągły, zapalenie okołokatnicze i t. p.

*K. Niedzielski.*

51. Prof. dr. Poppert. **Cholecystotomia z zastosowaniem drenu nieprzemakalnego w pęcherzyku żółciowym.** (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 50, 1899).

Najprostszym z szeregu zabiegów chirurgicznych, stosowanych wobec cierpień dróg żółciowych, i najdostępniejszym bezwątpienia jest rękoczyn Courvoisier'a, według którego pęcherzyk żółciowy, po rozcięciu i usunięciu żeń kamyków, zaszywa się bezwzględnie i opuszcza do jamy brzusznej. Ponieważ jednak, w razie następczego w narządzie omawianym zastoju zawartości, szwy mogą puścić, metodę tę stosuje się obecnie rzadko kiedy, natomiast pęcherzyk, po nałożeniu nań szwów, wszywa się zwykle do rany brzusznej, niektórzy zaś, uwzględniając możność zakażenia otrzewny, wprzód obszywają pęcherzyk dookoła i otwierają tenże potem dopiero. Tym wszelako sposobem typowym postawić można dwa zarzuty: operując z zachowaniem największych nawet ostrożności, można przeoczyć pewną ilość kamyków, a powtóre, samo tylko wygarnięcie nie usuwa

właściwej przyczyny powstawania kamicy. To też dzisiaj większość operujących wyrzekła się natychmiastowego po dokonaniu zabiegu zaszywania pęcherzyka i, po przymocowaniu go do ściany brzucha, pozostawia przetokę otworem na czas dłuższy. W warunkach tych pozornie nie stoi na przeszkodzie stopniowemu i nieprzerwanemu wydzielaniu się zawartości na zewnątrz, co musi mieć wpływ dodatni na wyrównanie zmian zapalnych w chorej błonie śluzowej narządu. Operację tę, t. zw. cholecystostomię, podejmowaną dziś zazwyczaj w jednym tempie, przy czem otwór pęcherzykowy leży poza otrzewnowo, nietrudno jest wykonać tam, gdzie narząd ten jest duży i daje się wyciągnąć aż do poziomu rany powłok brzusznych wygodnie; niepospolite natomiast trudności powstają w tych razach, gdy ma się do czynienia z pęcherzykiem pomarszczonym i małym, pokrytym przez wystający wysoko brzeg wątroby, dalej — gdy ściany narządu rozpułchnione są zapalnie, przegnie, a więc dla szwu niepodatne lub gdy stwierdza się wyraźne przemieszczenie pęcherzyka. Trudnem jest wówczas niesłychanie lub nawet niemożliwem zupełnie przyszyć takiego pęcherzyka do ścian brzucha.

Różni chirurdzy projektowali drogi dla obejścia w mo-  
wie będących warunków, wszystkim tym atoli sposobom zarzucić  
można braki poważne, nie licujące, bynajmniej, z niedogodnościami  
technicznymi, które znamionują szereg metod owych. Za to wpro-  
wadzona w użycie przez d-ra P. pewna modyfikacja cystostomii jest  
rozystym i doskonałym środkiem, pozwalającym pokonywać wszelakie  
natury technicznej trudności. Za środek ten autor uważa drenowanie  
pęcherzyka „nieprzemakalne“ (wasserdicht), t. j. użycie rurki gumo-  
wej bez wycinania w teźże otworów. Wprowadzając w czyn ulep-  
szenie powyższe, miano zarówno na widoku i możność zabezpieczenia  
operowanych od wikłającego okres pozabiegowy zapalenia otrzewny.  
Już w pierwszych swych nad pęcherzykiem operacjach autor za-  
ważył, że szwy, zespalające ten ostatni z otrzewną ścienną, pękającą  
często podczas gwałtownych ruchów wymiotnych ze strony chorego  
lub ulegają rozluźnieniu, skąd łatwo powstawać może zakażenie jamy  
brzuszej; spróbowano zatem, w celu uniknięcia powikłania tyle groź-  
nego, zaszywać szczelnie ranę pęcherzyka dokoła wprowadzonego  
doń drenu i niebawem przekonano się, że tego rodzaju zamknięcie  
utrzymuje się trwale przez ciąg, co najmniej, dni 14. Wobec takie-  
go stanu rzeczy w przypadkach dalszych zaniechano zupełnie wszy-  
wania narządu do rany powłok zewnętrznych i opuszczano tenże opa-  
sający umieszczoną w nim rurkę gumową śmiało w głąb na miejsce  
właściwe; odgraniczenie zaś od jamy otrzewnowej osiągało za pomo-  
cą wprowadzenia dokoła drenu tamponu. Rękoczyn cały, nie nastre-  
czający sam przez się trudności bardziej poważnych, zasada się  
przedewszystkiem na otwarciu brzucha, uwolnieniu pęcherzyka od  
zrostów, o ile te istnieją i wypompowaniu ciekłej tegoż zawartości.  
Z kolei rzeczy pęcherzyk otwiera się i usuwa nagromadzone tamże  
kamiki, przy czem cięcie wykonać trzeba dosyć rozległe, ażeby moż-  
na było wymacać ukryte pomiędzy zmarszczkami błony śluzowej zło-  
gi. Po dokładnem opróżnieniu pęcherzyka i przekonaniu się, że

w wielkich drogach żółciowych kamyków nie ma, do narządu wprowadza się rurkę gumową, najlepiej gruby cewnik Nélaton'a, umocowany szwem w kącie rany dolnym w kierunku dna (fundus). Szw ten, przewleczony przez całą grubość ściany pęcherzyka i obejmujący cewnik, wykluczyć należy u drugiego brzegu rany, nakładanym zaś powinien być tak, by podczas ściągania kąta rany przylegał mocno dookoła cewnika. Końców nitek nie obcina się, lecz wyprowadza się je przez ranę brzuszną na zewnątrz. Gdy cewnik w sposób powyższy umocowany zostanie należyście, część rany pozostałą zaszywa się doszczętnie, jak również i ranę zewnętrzną, pozostawiając tu jednak rozparek na 2 ctm. długi, przez który wystaje na zewnątrz koniec cewnika wraz ze związanymi w pęczek nitkami. Przez otwór tenże wprowadza się również 2 — 3 paski gazy jodoformowej wązkie, która pokrywa dokładnie linię szwu pęcherzykowego, a cewnik otacza dookoła tak, że ten ostatni jest oddzielony zupełnie od otrzewny. Kateter umocować trzeba drugim szwem jeszcze na skórze, dalej igłą, przetkniętą przed raną skórną i naklejony plastrem lepkiem, przedziurawionym w środku. Z wierzchu nakłada się opatrunek, szczelnie przylegający, wzmocniony szerokimi paskami plastra, do cewnika, wreszcie, przytwierdza się rurę gumową (schlauch), z wylotem, w leżącym obok chorego naczyniu szklanem.

Opatrunek taki nie zmienia się prędzej, niż po upływie dni 5 lub 6, następne zaś po dwa razy w tygodniu, przyczem paski gazy skraca się stopniowo, najdalej zaś w końcu trzeciego tygodnia usuwa się ją całkowicie. W tym też mniej więcej czasie staje się i dren niepotrzebny, na skutek bowiem podrażnienia, zależnego od gazy, powstaje dookoła niego zamknięcie trwałe i możliwość zakażenia jamy brzusznej zawartością pęcherzyka jest wykluczona stanowczo. Przed usunięciem, wszelako, cewnika na stałe należy raz jeszcze pęcherzyk przemyć i zbadać wewnątrz, bądź za pomocą łyżeczki, bądź zgłębnika, na obecność kamieni: Po wyjęciu kateterów żółć wydzielą się jeszcze z rany przez dni kilka, wydzielina ta jednak zasycha, kanał wypełnia się ziarniną coraz więcej, aż wreszcie zabliznia się zupełnie. W sposób analogiczny postępować wypadnie i co do żółciowodu, a drenowanie kanału tego niezbędnem jest tam, gdzie podejrzewać można, iż w górnych drogach żółciowych zatrzymują się kamyki, lub jeżeli ma się do czynienia z niezłym dróg tych natury zakaźnej (cholangitis).

Na przedostatnim zjeździe chirurgów niemieckich dr. P. przytoczył takich z drenowaniem przypadków własnych 57; obecnie liczba ta wzrosła do 162, z tych u 128 chorych wykonano cystostomię, u 5 zaś tenże zabieg wraz z cystyktomią. Ponieważ we wszystkich spostrzeżeniach powyższych dren za każdym razem zadaniu swemu odpowiadał godnie, można zatem modyfikację tę polecić śmiało w chirurgii dróg żółciowych. Jako przykład doniosły użyteczności w mowie będącego cewnika, autor opisuje obszerniej przypadek, dotyczący pewnej kobiety, którą przez dni kilka dręczyły zależne od chloroformu wymioty, napady zaś kaszlu, wywołanego przez zajęcie oskrzeli były tak gwałtowne, że rana brzuszna rozwarła się, prze-

puszczając wypadającą na zewnątrz kışkę. Pomimo powikłania tego, ani kropla żółci nie przedostała się do otrzewny dzięki szczelnemu dokoła drenu zabezpieczeniu pęcherzyka. Dren nieprzemakalny zabezpiecza nadto od wytwarzania się następczego przepuklin brzusznych, których też autor nie stwierdził ani w jednym przypadku swoich cholecykostomii, a które przy starych sposobach operowania z wszywaniem pęcherzyka tworzą 20% liczby ogólnej przypadków, co zrozumiałem jest łatwym, zważywszy kruchość blizny w miejscu owego wszycia.

Autor stosował z powodzeniem metodę swoją w tego rodzaju przypadkach, gdzie pęcherzyk żółciowy nie był większy od członeczka paznokciowego palucha i gdzie wycięcie byłoby nader trudne lub nawet przeciwwskazane zupełnie; lecz osobiście cennym ten łatwy technicznie sposób uwydatnił się w tych razach, w których, prócz pomarszczonego narządu, trzeba było otwierać przewód pęcherzykowy (ductus cysticus) i żółciowód (choledochus) dla usunięcia kamyków. Przypadki takie tracono dawniej ryczałtem, nie udawało się bowiem nigdy zabezpieczyć jamy otrzewnowej dostatecznie; dalej, drenowanie w mowie będące zapobiega wytwarzaniu się uporczywych, długo nie gojących się przetok. Opuszczony do jamy brzusznej pęcherzyk łączy się zawsze z raną powłok zewnętrznych brzucha za pomocą wąskiego i długiego względnie kanału ziarninowego, który zarasta łatwo i prędko. To też ani w jednym ze swych spostrzeżeń dr. P., na skutek stosowania nieprzemakalnego drenu, nie był zmuszony do wykonywania rękoczynów następczych dla zamknięcia niezarastającej przetoki.

O ile, wreszcie, konieczna przy drenie takim tamponada prawidłowa jest pewną, co do uniknięcia zakażenia otrzewny, rękojmiami, przekonywa najlepiej następujący pouczający bardzo przypadek. — Pewna kobieta, chora od czasu dłuższego na kamicę, trapiąca przez gorączkę i dreszcze wstrząsające, poddana została laparotomii; z rozciętego żółciowodu usunięto tu, oprócz kamyków, ilość pewną piennej z gazami śmierdzącymi pomieszanej żółci posokowatej. Wydzielina, badana na drobnoustroje, dała w hodowlach, oprócz prątków gnilnych, ilość znaczną gronkowców i paciorkowców. I w tem, wszelako, spostrzeżeniu, dzięki użyciu drenu nieprzemakalnego i tamponady dokładnej, niebezpieczeństwo zapalenia otrzewny zostało zażegnane szczęśliwie, poczem operowana wyzdrowiała na dobre.

*K. Niedzielski.*

52. Dr. J. Wiesner (z Insbruku). **O usypianiu za pomocą aethylchloridu.** (Wien. Med. Woch., № 28, 1899).

Na klinice w Insbruku zaczęto stosować w celach narkozy środek, wyszczególniony w nagłówku, od końca roku 1898 go i autor pracy powyższej, należący do ciała lekarskiego kliniki owej, rozporządza obecnie 400 spostrzeżeniami odnośnemi. Aethylchloryd znie-

czuła zdumiewająco szybko, operowani pod narkotykiem tym budzą się natychmiast prawie po odstawieniu maski, wobec czego środek ten powinien znaleźć zastosowanie nader szerokie, zwłaszcza w chirurgii polowej.

Aethylchloryd (aethylum chloratum)  $C_2H_5Cl$ , wyrabiany przez firmę Gilliarda et C<sup>o</sup>, jest płynem łatwo ruchomym, o mocnym swoistym zapachu eteru, wrzącym przy  $+12\frac{1}{2}^{\circ}C$ . i obniżającym ciepłość skóry do  $-35^{\circ}C$ .; preparat otrzymuje się drogą nagrzewania wysokoku z kwasem solnym pod ciśnieniem atmosfer 40 i podniesieniem temperatury do  $150^{\circ}C$ . W wodzie rozpuszcza się mało, łatwo w wysokoku, ulatnia się już przy ciepłocie pokojowej, nie wytwarzając pozostałości.

Czynione ze środkiem w mowie będącym doświadczenia przekonały, że, zależnie od wieku osobnika i jego do wysokoku przyzwyczajenia się, występuje po upływie  $\frac{1}{2}$  — 2 minut znieczulenie zupełne; okres pobudzenia, rzadko zresztą wybitny zauważano wyłącznie u nałogowców tylko, odruchy żrenie i rogówek utrzymywały się zawsze, objawów wyczerpania serca, zaburzeń w oddechu, zapadania się języka nie stwierdzono nigdy. Jeżeli kiedykolwiek miano tu do czynienia z niepożądanem budzeniem się chorego podczas operacyi, było to zawsze winą czuwającego nad przebiegiem narkozy lekarza. W wielu bardzo przypadkach osoby, usypiane aethylchlorydem były w stanie udać się do domu bezpośrednio po wykonaniu zabiegu; rzadko kto z tego rodzaju osobników narzekał wówczas na ból głowy lub odurzenie. Przy tak wybitnych zaletach środek ten nie jest wszelako wolnym i od stron ujemnych; z tych główną jest występujące w stopniu niedostatecznym tylko zwiótczenie mięśni, wskutek czego narkoza w mowie będąca nie nadaje się w zabiegach, dla których konieczne jest zgładzenie napięcia mięśni zupełne.

Narkozę powyższą podejmowano na klinice w Insbruku nietylko w przypadkach operacyi krótkotrwałych, lecz i tam, gdzie usypianie chloroformem lub eterem nie było wskazane, a więc u chorych, u których, prócz cierpienia natury chirurgicznej, wykryto wybitne w krwiobiegu zaburzenia, otłuszczenie serca, dalej — cierpienia narządów oddechowych lub charłactwo po wielkiej krwi utracie; nie stosowano, wreszcie, aethylchlorydu u osobników, pozostających pod wpływem wstrząsu. W czasach ostatnich podejmowano narkozę tę i podczas wykonywania operacyi rozległych, które trwały po godzinie niemal czasu i nigdy nie zauważano w razach tych powikłań w przebiegu usypiania. Ze statystyki swej autor przytacza 22 spostrzeżenia ciekawsze, z tych 17 dotyczyło mężczyzn w wieku lat od 12 do 69; operowano tu pod aethylchlorydem w przypadkach próchnienia kości, gruźlicy stawów, przepuklin, ropni opadowych, złamań, ran, ropówek i t. d. Z tych w jednym tylko przypadku cewnikowania, dotyczącym starca, cierpiącego na przerost gruczołu krokowego, zauważyć można było wydatne, od aethylchlorydu zależne podniecenie. Miano tu, wszelako, do czynienia z faktem wyjątkowym tylko, gdyż w pozostałych przebiegach narkozy był zupełnie od powikłań wolny



i wymioty nawet występowały nader rzadko, chorzy zaś sami nie zdradzali owej do etylchlorydu niechęci, co do chloroformu.

Autor, jako lekarz wojskowy, kładzie nacisk szczególnie na wielką użyteczność narkotyku tego podczas podejmowania operacji na punkcie opatrunkowym; środek ten wydaje się być nader dogodnym tam, gdzie np. trzeba trepanować bezzwłocznie czaszkę wobec złamań tejże lub podwiązać krwawiące obficie naczynia, amputować porwane lub zgniecione członki, wykonać tracheotomię i t. p. Tacy ranni nie mogą czekać, aż ich zawiozą do lazaretu, trudnoby też było bez dania wystarczającej pomocy wozić ich tamże transportem, a, jak słusznie powiada Habart, nie opatrunek pierwszy, lecz przewóz, t. j. warunki, w jakich tenże został uskuteczniony, rozstrzygają o losie uszkodzonego. Takich rannych niedosyć jest opatrzyć doraźnie, należy im na punkcie opatrunkowym wykonać operację, bądź dla usunięcia życia zagrażającego niebezpieczeństwa, bądź dla ułatwienia następczego przewozu. Wobec zaś tłumy poszwankowanych żołnierzy i niedostateczności personelu lekarskiego nie jest bynajmniej pożądanem operowanie pod eterem lub chloroformem, gdyż zasypianie za pomocą środków powyższych chirurgowi zabrać musi, licząc średnio 15 minut czasu w każdym przypadku, nie mówiąc już o różnym wpływie obu tych narkotyków ujemnym na osłabionego raną i utrudnieniem człowieka. Jak wielce niedogodnym jest przewożenie rannych i operowanych w narkozie chloroformowej, przyzna każdy, zważywszy, że ci ostatni w okresie pooperacyjnym potrzebują najwięcej właśnie opieki i spokoju, u chloroformowanych bowiem odruchy powracają zazwyczaj późno. Niedogodnościom tym zapobiegamy skutecznie, operując pod etylchlorydem, tą bowiem drogą zyskuje się wiele na czasie i uwalnia rannego od powikłań następnych odrazu.

*K. Niedzielski*

## II. Choroby skórne.

53. H. Goldschmidt. Przyczynek do leczenia łuszczycy. — (Dermatologisches Centralblatt, Octobr., 1899).

Łuszczycę, a zwłaszcza niektóre jej postaci, jest cierpieniem niesłychanie upartem i dlatego z zapałem powitano wprowadzone niedawno do leczenia chorób skórnych przez Kromayer'a octowe związki pyrogallolu i chryzarobiny.

Autor próbował wyżej wzmiankowanych związków na całym szeregu przypadków łuszczycy i przyszedł do wniosku, że zastarzałe, twarde nasięki łuszczycowe nie poddają się tym nowym lekom. Uwagę autora zwróciła wtedy praca Paula Grüneberga „Doświadczalne i kliniczne badania nad odtleniającą własnością pyrogallolu i lenigallolu“, gdzie autor radzi szczególnie eugallol w takich właśnie upar-

tych przypadkach. — Grüneberg po całym szeregu ciekawych bardzo badań doszedł do wniosku, że istnieją pewne związki chemiczne, które zwiększają odtleniające własności octowych związków pyrogallolu, i do takich związków należy tlenek cynku, który silnie wzmacnia odtleniające działanie eugallolu. — Autor poszedł za radą Grüneberg'a i miejsca zajęte łuszczycą bez uprzedniego usunięcia łusek smarował eugallolem, rozpuszczonym w acetonie (eugallol 66<sup>2</sup>/<sub>3</sub>%, aceton 33<sup>1</sup>/<sub>3</sub>%), a w pół godziny po posmarowaniu pokrywał posmarowane miejsca ciastem cynkowym, poczem nie używał żadnych opatrunków. Już po jednorazowym albo dwukrotnym posmarowaniu można było łuski czarno zabarwione z miejsc łuszczycą zajętych łatwo usunąć, a pod nimi znajdowała się błyszcząca, czerwona powierzchnia. Po sześciokrotnym, przeciętnie, posmarowaniu znikła czerwoność i na miejscu łuszcycowych wykwitów autor otrzymywał ciemno zabarwione, gładkie powierzchnie.

W pewnej małej liczbie przypadków naokoło miejsc posmarowanych tworzyła się wazka, zapalna otoczka i chorzy uczuwali lekkie pieczenie, ale objawy te po zaprzestaniu pędzlowań w parę dni znikły. Przy obfitych wykwitach łuszcycowych leczenie eugallolem, a mianowicie pędzlowanie każdego wykwitu oddzielnie i pokrywanie go następnie ciastem cynkowym, zbyt wiele zajmuje czasu, pomijając już wysoką cenę omawianego leku. Co się tyczy objawów zatrucia, to w jednym przypadku przy obszernym stosowaniu eugallolu autor wykrył ślady białka w moczu, a w drugim cylindry bez obecności białka w moczu, ale ponieważ objawy powyższe znikły, pomimo że stosowanie eugallolu nie było przerwane, przypuszczać więc można, że były to przypadkowe objawy całkiem niezależne od stosowanego leku.

Ponieważ eugallol barwi skórę na czarno, należy przeto tę ujemną jego stronę mieć na uwadze przy leczeniu łuszczycy na skórze twarzy i głowy, aczkolwiek między włosami zabarwienie to nie wydaje się tak wyraźnem. W końcu autor przychodzi do następujących wniosków.

1) Eugallol stosowany w wyżej wzmiankowany sposób wywołuje szybkie i pewne działanie na wykwity łuszcycowe w każdym okresie.

2) Przetwór ten szczególnie nadaje się do leczenia oddzielnych, a upartych wykwitów, gdyż przy rozlanych postaciach leczenie byłoby zbyt kłopotliwem.

3) Objawów otrucia, nawet przy stosowaniu na obszernych powierzchniach, autor nie zauważył.

4) W pewnych przypadkach eugallol wywołał mało znaczące objawy miejscowego podrażnienia.

Rzecz naturalna, że eugallol, tak jak i inne przeciw-łuszcycowe leki, nie zapobiega nawrotom choroby.

Na zakończenie autor nadmieniam, że z pomyślnym skutkiem stosował eugallol z cynkiem w cierpieniach skóry, zależnych od

grzybka trichophyton tonsurans i w przewlekłej łuszczącej się pryszczycy z silnem nacieczeniem, co zachęca do dalszych prób w tym kierunku.

*Edmund Kwella.*

54. J. Neuberger. **Leczenie przewlekłej pryszczycy u dzieci.** — („Ueber die Heilung von chronischen Eczemen des Säuglings- und Kindesalters durch Arsenik.“ — Arch. für Dermat. und Syphilis. Band XLVII, Heft 2).

Jak wiadomo, leczenie przewlekłej pryszczycy u małych dzieci przedstawia znaczne trudności ze względu na uporczywość choroby w tym wieku. Dr. Neuberger leczył 30 przypadków tej choroby wyłącznie arsenikiem z niezwykłym, jak zapewnia, powodzeniem, pomimo że w tym szeregu trafiały się dzieci dotknięte gruźlicą, żółtami i t. p. Dzieciom w wieku do lat 2-ich dawał autor solutionem Fowleri pół-na-pół z wodą po 1 kropl. w mleku, po jedzeniu, raz na dobę w przeciągu 8 — 14 dni. Po dwóch lub trzech tygodniach dawkę zwiększano do 2 — 3 kropli, a wreszcie do 6 — 7 przy wolnem stopniowaniu. Lek dawano jeszcze jakiś czas po wyleczeniu, tylko już w mniejszych ilościach. — U dzieci bardzo małych, młodszych niż dwuletnie, stosowano 1 — 5 (nie więcej) kropli raz na dobę z mieszanki 1.5 solutionis Fowleri i 3.5 wody. Wogóle nie dało się zauważyć (oprócz jednego przypadku gastro-enteritidis), ażeby dzieci źle znosiły ten sposób leczenia, pomimo że wypadła stosować go długo, gdyż przez dwa pierwsze tygodnie zwykle żadnego jeszcze skutku nie daje; poprawa następuje dopiero po 3 — 5 tygodniach, a całe leczenie trwa od 6 do 8 tygodni, w uporczywych przypadkach dłużej nawet niekiedy. Nawroty choroby lub pogorszenia nie są wykluczone. Stosowanie środków miejscowych np. ung. Hebrae może niekiedy przyspieszyć leczenie.

*Fr. G — yć.*

### III. Choroby oczu.

55. Dr. J. Bistis. **O trądzie oka.** („Sur la lèpre de l'oeil.“ Archives d'ophtalmologie, 1899, № 5, Mai).

W Skutari i w Konstantynopolu autor miał sposobność obserwować trąd u 19 chorych i wyniki swych badań nad objawami ocznymi streszcza w swej pracy pod powyższym nagłówkiem.

Brwi i powieki już na początku choroby podlegają zmianom, których wyrazem jest wypadanie włosów resp. brwi i rzęs (mada-

rosis) i tworzenie się gruzelków w okolicy łuków nadbrownych i u brzegów rzęsowych powiek. Skóra powiek na przestrzeni pomiędzy brwiami a rzęsami w większości wypadków pozostaje niezmienną. Niekiedy jednocześnie z wystąpieniem powyższych zmian zauważyć się daje niedomykalność powiek (lagoptalmus), będąca w związku z nacieczeniem drobnokomórkowym i rozluźnieniem tkanki mięsni obrączkowego powiek. Odnosnie jednak do niedomykalności powiek zaznaczyć należy, że bywa ona również w przyczynowym związku z porażeniem nerwu twarzonego wówczas, kiedy mamy do czynienia z postacią znieczulającą (forme anesthésique) trądu. Jako już bezpośrednie następstwo niedomykalności powiek niejednokrotnie spotykamy u trędowatych zeskrócenie łącznicy i rogówki (xerosis). Wskutek owrzodzeń, powstałych na miejscach nacieczenia trędowatego powiek i następczego zwyrodnienia bliznowatego występować może także odwinięcie lub zawinięcie powiek wraz z nieprawidłowym kierunkiem rzęs.

Łącznica powiek i gałki ocznej udziału w sprawie chorobowej nie przyjmują.

Drogi łzowe, jeżeli okazują jakie zmiany, to te pochodzą albo wskutek odchylenia punktu łzowego, albo wskutek zapalenia błon śluzowych nosa i zmian patologicznych w muszlach, powstałych na tle trądu.

U brzegu spojówkowego rogówki autor niejednokrotnie spostrzegł gruzelki znacznej wielkości, bo dochodzące niekiedy do objętości orzecha laskowego. Gruzelki te zwykle są spłaszczone i łączą się ściśle z podłożem. Przechodząc na rogówkę, nigdy się nie rezorbują, a najczęściej się rozpadają i tworzą głębokie wrzody, prowadzące do zapalenia głębokich części oka (iridocyclitis et panophthalmitis), a ostatecznie do zaniku gałki ocznej (phthisis bulbi).

Zmiany na rogówce bywają bardzo częste i polegają na tworzeniu się niewielkich punkcikowatych ognisk szarej barwy, leżących w istocie właściwej błony rogowej, podczas gdy pozostałe części rogówki zachowują zupełną przezroczystość, a nabłonek na całej powierzchni rogówki bywa niezmienny. Jednakże, pomimo braku zmian anatomicznych w nabłonku rogówki, ta ostatnia zdaje się być mniej wrażliwą przy dotykaniu. (Keratitis leprosa punctata).

Niekiedy na rogówce w górnym i zewnętrznym jej wycinkach rozwijają się naczynia i tworzą łuszczkę (pannus leprosus). Innym znów razem nacieczenie rogówki jest do tego stopnia wybitnem, że przejrzystość jej na całej przestrzeni bywa zniesiona, a siła widzenia spada do 0.

Błona tęczowa w przebiegu trądu przedstawia cały szereg zmian, a więc: nastrzyknięcie naczyń tęczówkowych, zrosty tylne z torebką soczewki, złogi na błonie Descemeta, niekiedy nawet zupełne zarosnięcie źrenicy (occlusio pupillae); gruzelków wszakże autor nie mógł zauważyć w swoich przypadkach.

Dno oczne było badane tylko u 12-tu chorych, ponieważ u 7-ju zmiany rogówkowe uniemożliwiły badanie wziernikowe. Rezultaty badania były ujemne.

Wogóle mówiąc, zmiany oczne w przebiegu trądu, za wyjątkiem zmian na powiekach, występują w późniejszym dopiero okresie niekiedy w 8, 10, a nawet w 15-ym roku choroby, przytem przy postaci znieczulającej (forme anesthésique) oczy podlegają zmianom rzadziej, aniżeli przy postaci gruźliczkiej (forme tuberculeuse). Zwyczajnie zmiany oczne występują je'nocześnie w obydwu oczach w stosunku 66% do 75% ogólnej liczby trędowatych.

Przy badaniu drobnowidzowem gruźlica, autor znajdował, że składa się on z nagromadzenia komórek okrągłych bogatych w jądra i z komórek trędowatych Virchowa; przy znacznem powiększeniu można było dostrzedz wakuolizację wewnątrzkomórkową, wskutek rozrzedzenia protoplazmy (Neisser).

Badania bakteryologiczne co do obecności prątka Armauer Hansen'a dawały autorowi zawsze wyniki dodatnie.

*Wł. Garliński.*

56. Dr. Félix Lagrange. **Guzy pierwotne błony rogowej oka.** — („Des tumeurs primitives de la cornée.“ Archives d'Ophthalmologie, 1899, № 4, Avril).

Guzy pierwotne rogówki należą do zjawisk bardzo rzadkich, a Wecker w wydaniu pierwszym swego znakomitego podręcznika wyraża powątpiewanie co do możliwości istnienia pierwotnego raka rogówki i w tej mierze popiera zdanie Schweigger'a i Graefe'go. Jednakże prace, które się zjawily w ostatnich 20 — 30 latach przekonywają nas, że nowotwory pierwotne rogówki istnieją, a wyczerpująco opracowane przypadki są w obecnej chwili wprawdzie nie liczne, lecz zasługują na to, ażeby się pomiędzy nimi rozpatrzyć i systematycznie je ugrupować.

Autor odrzuca klasyfikację nowotworów rogówkowych, podaną przez niektórych autorów i krytykuje klasyfikację Gayet'a (patrz artykuł „Cornée“ w Dictionnaire encyclop., str. 569, T. XX, Część I-sza), a wzamian proponuje podział nowotworów błony rogowej na 2 grupy: I. Guzy pochodzenia łączno-tkankowego; II. Guzy pochodzenia nabłonkowego.

Do grupy I-ej należą: 1) torbiele (przypadek Justa); 2) śluzaki (przypadki Mitwalsky'ego; 3) włókniaki (przypadki Benson'a, Falehi i Gallenga); nakoniec 4) mięsaki (przypadki Rumszewicza, Blanquinque'a, Chatinier'a, Donnadson'a i Gonina). Wszystkie zaś inne przypadki, opisywane pod mianem torbieli, śluzaków, włókniaków i mięsaków rogówkowych, autor nie zalicza do rzędu nowotworów pierwotnych rogówki, ponieważ bezsprzecznie pochodzą one z łącznicy gałki ocznej, lub z twardówki.

Do grupy II-ej należą: 1) enteliomata, 2) papillomata i 3) epitheliomata.

Do rzędu „*eutheliomata*“ autor zalicza blaszki łuszczkowate Desmarres'a, zmętnienia brodawkowe Bowman'a i blaszki naskórkowe Hocquarda — wszystkie te rodzaje nie są złośliwe.

Do rzędu „*papillomata*“ autor zalicza przypadki Gayet'a i Ayres'a, które co do swej złośliwości leżą pomiędzy *eutheliomata* i *epitheliomata*.

Wreszcie do rzędu „*epitheliomata*“, reprezentowanego bardzo liczenie przez wypadki o charakterze bardzo złośliwym, autor zalicza także i swój przypadek, którego streszczenie podaje.

Dotyczył on 70-letniego starca, który przybył do szpitala Ś-go Andrzeja (Bordeau) w celu dokonania operacji raka na dolnej wardze. Podczas badania chorego okazało się, że na prawem oku cała powierzchnia rogówki jest zajęta przez narośl wypukłą, o wejrzaniu kalafioru. Narośl ta ma charakter nowotworu szybko rozrastającego się, jest względnie pulchną i miejscami owrzodzoną.

Ze strony łącznicy gałki ocznej odczyn nieznaczny; rąbek rogówkowo-twardówkowy zdaje się być wolnym od narośli. Wywiady nie dały żadnego rezultatu; ponieważ chory mówi narzeczem (patois laudais), którego w Bordeaux wcale nie rozumieją.

Podczas operacji na dolnej wardze dokonana była również operacja wyluszczenia prawej gałki ocznej.

Na przekroju poprzecznym oka, przechodzącym przez tarczę nerwu wzrokowego widać wyraźnie, że łącznica i twardówka żadnego udziału przy tworzeniu się nowotworu nie przyjmowały, przytem narośl siedzi na rogówce na szerokiej i krótkiej podstawie w postaci grzyba. Błona Descemeta zniszczona zupełnie przez nowotwór. — W jagodówce zmian żadnych dostrzedz nie można; kął filtracji nie-naruszony; komora przednia oka zachowana; śródki oczne przezroczyste; siatkówka prawidłowa. Tym sposobem, na zasadzie badań makroskopowych można twierdzić, że w mowie będąca narośl jest wyłącznie pozagałkową (*epibulbaire*).

Przy badaniu drobnowidzowem autor przeważnie zwracał uwagę na unaczynienie nowotworu, na warstwy łączno-tkankowe, przecinające nowotwór i na rozrost (*proliferatio*) tkanki nabłonkowej.

Oдноśnie do unaczynienia autor zauważył, że naczynia są bardzo obfite u podstawy nowotworu, a prócz tego znaczna ich ilość przebiega wśród wspomnianych wyżej warstw łączno-tkankowych.

Tkanka łączna wewnątrz nowotworu jest bardzo rozwinięta i sprawia, że guz pod drobnowidzem ma wejrzanie brodawkowe.

Elementy nabłonkowe rozrastają się głównie w powierzchownych warstwach nowotworu i zniszczyły zupełnie błonę Descemeta, w głębiej leżących częściach nowotworu tkanka nabłonkowa nie nosi znamion, właściwych spotęgowanej proliferacji komórek.

Widzimy więc, że w sprawie tworzenia się nowotworu największy udział przypada tkance nabłonkowej; pomimo to jednak autor nie może się zdecydować nazwać opisany przez siebie nowotwór, wy-

raża wszakże przekonanie, że jest on bardziej zbliżony do epithelioma, aniżeli do papilloma. Zdaniem autora, epithelioma corneae sensu stricto jest niezmiernie rzadkie.

Wł. Garliński.

#### IV. Choroby kobiece.

57. Simmonds. O krwotokach w błonie śluzowej macicy przy stwardnieniu tętnic macicznych. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1900, № 2).

W zwłokach starych kobiet napotyka się często zmiany narządu płciowego, jak np. blizny w pochwie i szyjce macicy, zarosnięcie szyjki z następczem rozdęciem jamy macicy przez śluz, krew, ropę, torbiele, mięśniaki niewielkich rozmiarów i t. p. Częstszą jednakże jeszcze od tamtych zmianą są wybroczyny w obrębie błony śluzowej i powierzchniowych warstw mięśnia pod nią leżącego, t. zw. „apoplexia uteri“, zdarzającą się w co trzecich lub czwartych zwłokach kobiecych powyżej 60 lat. Na zmiany te niewiele zwracano uwagi, aż do niedawno ogłoszonej pracy Kahldena. W przypadkach takich gołym okiem dostrzega się ciemne czerwono-brunatne zabarwienie gładkiego zresztą wnętrza macicy; na tem tle rozrzucone są żywiej czerwono zabarwione plamy. Na przekroju mięśnia macicy dostrzedz można, że warstwa wybroczynowa sięga zazwyczaj dość głęboko pod błonę śluzową w sam mięsień. Czasami wybroczyna nie zajmuje całego wnętrza, lecz tylko tylną ścianę, lub też występuje wysepkowato. Błona śluzowa szyjki macicznej jest prawie zawsze nie zajęta. Uderza przytem okoliczność, że bardzo rzadko spotyka się w jamie macicy wolną krew lub śluz krwawo zabarwiony.

Ponieważ w przypadkach podobnych nie można, oczywiście, myśleć o krwawieniach miesięcznych z powodu podeszłego wieku osobników, i ponieważ we wszystkich prawie przypadkach nie było ani ostrych chorób zakaźnych, ani zatrucia, ani długotrwałych zastojów żylnych, które to sprawy w pewnych razach mogą być przyczyną wybroczyn w błonie śluzowej macicy, należało przeto szukać przyczyny miejscowej; a za taką uważa Simmonds wykazane przez siebie w głębszych warstwach mięśnia macicy znaczne zmiany w naczyniach tętnicznych. Naczynia te przedstawiają obraz stwardnienia; ściany ich są bardzo silnie zgrubiałe, głównie wskutek niejednostajnego bujania błony wewnętrznej, — gdziegdzie częściowo lub nawet całkowicie, okrężnie — zwapniałe; światło tych tętnic jest silnie zwężone. Bardzo często okazuje ściana w otoczeniu takich tętnic obraz martwicy, nieraz na rozległej nawet przestrzeni.

Zważywszy rozległość i stopień tych zmian, sądzi autor, że w pewnych warunkach, mianowicie przy osłabieniu akcji serca i ob-

nizeniu się parcia, jakie powstaje w ostatnich dniach lub godzinach życia, mogą one być powodem krwotocznego zawału błony śluzowej macicy, powstającego na krótki czas przed śmiercią. Brak krwawienia do wnętrza jamy macicy, ograniczanie się wybroczyn do utkania błony śluzowej, ich obraz drobnowidzowy, wszystko to przemawia, zdaniem autora, za powyższem przypuszczeniem i nadaje t. zw. „apoplexia uteri“ cechy zmiany agonicznej, nie posiadającej zazwyczaj żadnego znaczenia klinicznego. Zdaje się jednak rzeczą prawdopodobną, że w pewnych warunkach mogą podobne znaczne zmiany tętnic macicznych być przyczyną krwotoków, w szczególności gwałtownych krwotoków, zjawiających się niekiedy w okresie przejściowym (*climacterium*). Wszak doświadczenie poucza, że właśnie tętnice maciczne są ulubioną siedzibą stwardnienia, a badając starannie przy sekcyach zwłok te tętnice, nader często napotyka się znaczne nawet zmiany już u kobiet około czterdziestu lat liczących, przyczem nieraz inne części układu tętniczego nie okazują jeszcze żadnych zmian, lub bardzo nieznaczne. Ginekologowie rzeczywiście w nowszych czasach dopatrują się związku pewnych krwotoków macicznych w wieku przejściowym ze stwardnieniem tętnic. Reinicke ogłosił przed 2-ma laty 4 przypadki wycięcia macicy z powodu niepowstrzymanych krwotoków; badanie drobnowidzowe nie wykazało w tych przypadkach żadnych zmian w błonie śluzowej macicy, natomiast we wszystkich istniały wybitne zmiany w naczyniach. W podobnych przypadkach powstawać mogą krwotoki w sposób o tyle odmienny od napotykaney u starych kobiet „apoplexia uteri“, że łatwiej wytlómaczyć je, jako skutek nawału krwi w czasie miesiączkowania do niepodatnych i kruchych naczyń, niż jako następstwo osłabienia akcji serca przy znacznem zwięzieniu światła tętnic macicznych. — Jeden taki przypadek, w którym również w końcu musiano usunąć macicę, badał drobnowidzowo Simmonds i znalazł, podobnie jak Reinicke, jako jedyną przyczynę krwotoku silne zmiany w tętnicach macicznych. Oznaczenie za życia, że one są właśnie przyczyną krwotoku, jest przed usunięciem macicy bardzo trudne. Badanie wyskrobanych strzępów błony śluzowej nie może tu dostarczyć żadnych wskazówek; raczej postużyć się można stwierdzeniem stwardnienia w innych tętnicach ciała, brak jednakże tej zmiany nie dozwala na wniosek przeciwny, bo może się zdarzyć odosobniona zmiana samych tylko tętnic macicznych. W każdym razie wobec uporeczywych krwotoków macicznych u kobiet starszych bez wyraźnej przyczyny należy pamiętać o stwardnieniu tętnic.

Ciechanowski



## V. Wiadomości terapeutyczne.

### = 58. (hk) Ichtyol.

Müller zaleca ichtyol w oparzeniach. Oparzone miejsce pokrywa się grubą warstwą ichtyolu, poczem zasypuje się talkiem. W oparzeniach pierwszego i drugiego stopnia usuwa się opatrunek dopiero po trzech, pięciu dniach. W ciężkich przypadkach stosują się okłady z ichthyolasogenu, które zmieniają się dwa razy na dzień. Schütze zaleca w ciężkich przypadkach oparzenia okłady z gazy wyjałowionej, przepojonej 50% wodnym roztworem ichtyolu.

(Deut. Med. Woch., № 12, 1900).

### = 59. (jz) Jodoformium.

Dla zniszczenia zapachu jodoformu świeżo Ricketts zaleca po umyciu rąk mydłem zmyć je octem winnym.

(M. Med. Woch., 6).

### = 60. (hu) Naftalon.

Rohleder poleca naftalon przy takich cierpieniach skórnych, gdzie wskazanem bywa użycie dziegieci. Działanie tego środka jest oprócz tego redukujące, winien być przeto wypróbowany również tam, gdzie zalecają ichtyol i siarkę. Dalej naftalon przyspiesza wessanie w epididymitis, periphlebitis, tendovaginitis, struma i przy przewlekłych synovit'ach. Sposób zastosowania: po rozsmarowaniu na płótnie i przyłożeniu na chore miejsce, przykrywa się ceratka i bandażuje się.

(Therap. Monatsh., № 7, 1899).

### = 61. (hk) Naftalon w oparzeniach.

Dr. Petrasko gorąco zaleca naftalon <sup>1)</sup>, jako jedyny środek przeciw oparzeniom różnego stopnia. Autor, jako lekarz fabryczny wielkich hut żelaznych, ma prawie codziennie do czynienia z oparzeniami rozmaitego rodzaju. Na podstawie 70-ciu przypadków P. utrzymuje, że nie zna drugiego środka równie prędko kojącego bóle po oparzeniu, jak naftalon. Robił on następujące porównanie: Trzech robotników oparzonych w jednakowym stopniu i jednego dnia płynnem żelazem opatrzył jednego gazą jodoformową, drugiego maścią cynko-bizmutową, trzeciego naftalonem, każdego oddzielnie. Dwaj pierwsi skarżą się na niestęchane bóle, gdy tymczasem trzeci leży zupełne spokojnie. Po kilku dniach u wszystkich trzech zastosowano opatrunek naftalonowy i każdy czuje się dobrze, i pod żadnym pozorem nie da sobie zamienić naftalonu na jaki inny środek. — Drugą bardzo ważną cechą naftalonu jest lekka i prędka wchłoniwość, wskutek czego skóra pozostaje sprężysta, opatrunek nie zasycha i nie przykleja się do ciała. — Wreszcie naftalon posiada własności odwaniania, co szczególnie na uwagę zasługuje przy ranach wywołanych przez oparzenie. — Działania u-

<sup>1)</sup> Patrz „Kron. Lek.“, 1898 r., str. 582, 919 i 969.

jemnego autor nie widział nigdy. Oparzenia leczone naftalonom pozostawiają piękne, gładkie blizny. (Deut. Med. Woch., 1899).

— 62. (hu) **Nowe „vehiculum“ do maści.**

Według Unny mieszanina żółtka od jaj i olejku z migdałów słodkich w stosunku 2:3, przygotowana według prawideł przyjętych przy sporządzaniu dobrego majonezu, tworzy doskonałą maść, z którą łatwo można zmieszać aż do 10% większej części środków, używanych w dermatoterapii (siarka, ichtyol, dziegieć, krochmal etc.). Maść ta, wysychając szybko na skórze, przestająca się w mocno doń przylegającą powłokę. Nadaje się ona w szczególności w pryszczycy, trądziku i świerzbie. W celu zapobieżenia rozkładowi, dobrze jest dodać 1% balsamu peruwiańskiego.

(La Sem. Méd., № 45, 1899).

— 63. (k) **Żelatyna jako środek tamujący krwotok.**

Dr. W. Banermeister podaje kilka przypadków krwotoków rozmaitego pochodzenia, gdzie stosował żelatynę z doskonałym wynikiem. Pomiędzy przypadkami tymi są trzy krwotoki z przewodu pokarmowego, kilka krwotoków z nosa, jeden z płuc i jeden z macicy. W przypadkach krwotoków z żołądka i kiszek stosował autor żelatynę do wewnątrz w roztworze 10:100 lub 10:150 po łyżce stołowej. W krwotokach nosowych tamponowano jamę nosową paskami gazy, zmoczonymi w żelatynie sublimatowej. — W przypadku krwotoku płucnego podawał żelatynę do wewnątrz w roztworze. W przypadku krwotoku macicznego stosował żelatynę do wewnątrz oraz tamponowanie macicy gazą sublimatowo-żelatynową. W jednym z przytoczonych przypadków krwotoku krwotoku kiszkiowego, oprócz stosowania żelatyny do wewnątrz, robił autor podskórne wstrzykiwania żelatyny.

(Deut. Med. Woch., № 12, 1899).

— 64. (k) W tymże samym zeszycie Deut. Med. Woch. dr. G. Freudenthal opisuje przypadek groźnego krwotoku z nosa, zatrzymanego miejscowym zastrzyknięciem żelatyny. Zabieg ten opisuje wspomniany autor temi słowami: Przestrzyknięto krwawiącą jamę nosową ciepłym, fizyologicznym roztworem soli kuchennej, aby ją ze strupów krwi oczyścić. Bezpośrednio potem wstrzyknięto do nosa około 20—30 cm. płynnej, ciepłej żelatyny. W tym celu rozpuszczono 6 kawałków białej żelatyny w filiżance gorącej wody. Gdy roztwór ostygł nieco, wciągnięto go do ogrzanej, szklanej strzykawki z szerokim otworem. Zastrzykiwanie odbywało się z wolna pod niewielkim ciśnieniem, przyczem przyciskano nozdrza do końca strzykawki, by zapobiedz wyciekaniu żelatyny z nosa. Po wyjęciu strzykawki zastrzyknięta żelatyna tężała pod wpływem zimnego powietrza, wciągniętego do nosa. Krwotok zatrzymał się w mgnieniu oka.

— 65. (jz) **Gastralgia.**

Stare zaleca w nerwobólu żołądkowym następującą mieszaninę:  
Rp. Chloralhydrat. 1.0  
Natri subsulfur. 2.5  
Aqua menth. pip. 30.0.  
MDS. Łyżeczka od kawy na dawkę.

(M. Med. Woch., 6).

— 66. (hu) **Enuresis.**

Haren w 2-ch przypadkach uporeczywego nietrzymania uryny

u 18-letnich dziewcząt otrzymał trwałe wyleczenie od systematycznego rozciągania pęcherza. W tym celu zastrzykiwał co drugi dzień za pomocą kateteru i szprycy 4% roztwór kwasu bornego w ilości stale się zwiększającej (200—600 grm.).

(Boston med. a. surg. Journ., Juni, 1899).

= 67. (hu) *Pustula maligna.*

W przypadkach czarnej krosty, umiejscowionej na powiekach lub też wargach, trudno jest stosować zastrzykiwania środków antyseptycznych, wycięcie zaś lub też przyżeganie mogą przyczynić

się do wytworzenia się blizny szpecącej lub wytwarzającej odwinięcie (ectropion). W przypadkach tych Reina stosował maść rtęciową. W celu wzmocnienia działania maści, R. nieraz przed jej zastosowaniem nalewał na krostę kilka kropli kwasu azotowego. Wszyscy chorzy leczeni w ten sposób szybko przychodzili do zdrowia, blizna zaś po zniknięciu krosty zaledwie była dostrzegalna. Według R. maść rtęciowa w przypadkach czarnej krosty jest więcej skuteczna, niż zastrzykiwania karbolu lub termokauter.

(La Sem. Méd., № 45, 1899).

## VI. Korespondencya Kroniki Lekarskiej.

### Listy z Wiednia.

#### IV.

Wiedeń, w grudniu 1899 r.

Z ważniejszych wypadków zasłanych w Wiedniu, a mogących interesować koła lekarskie, wspomnieć wypada, że 2-go grudnia poświęcono uroczystie kamień węgielny pod budowę szpitala dzieciniego. W sprawie tej już w poprzednich listach wam donosiłem, a mianowicie, że z okazji 50-letniego jubileuszu panowania cesarza Franciszka Józefa I-go gmina miasta Wiednia uchwaliła milion złr. na budowę szpitala dla dzieci; do dziś dnia bowiem właściwie dla całej półtoramilionowej ludności wiedeńskiej istnieje jeden tylko mały szpital dla dzieci i to szpital utrzymywany z prywatnych fundusów. Ponieważ szpitale wiedeńskie są w zarządzie namiestnictwa dolno-austriackiego, więc też i fundusz milionowy oddano namiestnictwu, które, uważając kwotę przez gminę przeznaczoną za zbyt małą na wybudowanie i utrzymanie szpitala, połączyło fundusz gminy i fundusz t. zw. Kellermana i postanowiło wybudować szpital na 180 — 200 łózek. Stanie przyszły szpital na gruntach, należących do szpitala Wilhelminy w „Ottakringu“, obejmować będzie 23 pawilony

i osobny pawilon operacyjny. Poświęcenia dokonano w obecności cesarza i wybitnych osobistości. Budowa szpitala rozpocznie się w roku 1900-ym, a w r. 1901-ym ma być oddany do użytku cierpiącej dziatwy.

Po dokonaniu poświęcenia zwiedził cesarz tuż obok leżący szpital Wilhelminy, wybudowany przez ks. Montleart, mieszczący 117 — 145 łóżek specjalnie dla chorób wewnętrznych. Cesarz, któremu przedstawiono wszystkich lekarzy i urzędników szpitalnych, zwiedził wszystkie sale chorych, rozmawiał i pocieszał chorych, i uznał szpital za wzorowo pod każdym względem urządzone i prowadzony.

Dnia 10-go grudnia odbyła się uroczystość 500-letniego istnienia fakultetu medycznego „acta facultatis medicae Vindobonensis.“ Akta te przechowywane są w kolegium medycznym lekarzy wiedeńskich; uroczystością też zajęło się owo kolegium. Obchód przybrał nadzwyczaj uroczysty charakter. Przed południem w sali towarzystwa lekarskiego odbyło się uroczyste posiedzenie, na które, prócz licznych lekarzy, profesorów, przybył także arcyksiążę Reiner, protektor nauk i sztuk w Austrii, dalej wzięli udział w uroczystości przedstawiciele państwa, kraju i miasta. Akta facultatis medicae Vindobonensis sięgają r. 1399, i wszelkie sprawy lekarskie oddawane były według powyższych aktów kolegium doktorskiemu. Aż do r. 1873 tworzyło kolegium doktorskie z fakultetem medycznym jedno ciało, od którego to czasu towarzystwa te się rozdzieliły, a kolegium doktorskie zostało spadkobierczynią owych sławnych aktów. Prezes kolegium prof. Reder powitał zgromadzonych krótką mową, poczem dr. Svetlin dał obraz rozwoju uniwersytetu wiedeńskiego, a w szczególności rozwój wydziału lekarskiego i podał treść aktów. Wieczorem odbył się bankiet, w którym wzięło udział, oprócz lekarzy, liczny zastęp profesorów i reprezentantów instytutów naukowych. Również z tego samego powodu wydano książkę pamiątkową, ozdobioną licznymi rycinami i obejmującą ciekawe prace. I tak Scharda określił dzieje kolegium doktorskiego w XV-em stuleciu; Schrauf „zbiór legatów z archiwów uniwersyteckich“; Töply „Recepty Piotra Quarina“, „Rodziny lekarzy wiedeńskich z czasów teresjańskich“; „Dżuma w Wiedniu w XVII-em stuleciu“. Reitter „Przyczynki do historii towarzystwa wdów i sierot“, obok skreślenia rozwoju tego towarzystwa. Neuberger omawia szczepienie ospy; Adler zebrał publicystykę medyczną wiedeńską; wreszcie Kronfeld: „o lekarzach i sztukach pięknych w XIX-em stuleciu“. Wybito też pamiątkową monetę, którą rozdano uczestnikom uroczystości. Książka pamiątkowa, jak również moneta, stanowiąc będą ważny dokument, dotyczący rozwoju uniwersytetu wiedeńskiego, a w szczególności wydziału medycznego. Z okazji tej uroczystości prezes kolegium doktorskiego, prof. Reder, otrzymał tytuł rady dworu, wiceprezes dr. Svetlin tytuł rady rządowego, a sekretarz dr. Batsy zamianowany został radcą cesarskim.

Ministryum wyznań i oświaty wydało dosyć dziwne rozporządzenie dla klinik uniwersyteckich, według którego nie wolno na kli-

niki pod żadnym warunkiem przyjmować do leczenia i obserwacji chorób zakaźnych (tyfusu, zapalenia płuc i t. d.), tak, że obecnie kliniki lekarskie zmieniły się na kliniki chorób serca, żołądka i na kliniki nerwowe. Ciekawa rzecz, gdzie przyszli eskulapi znajdują sposobność widzieć ostre choroby zakaźne, gdyż dotychczas kliniki dla chorób infekcyjnych nie ma. Dyrektorzy klinik słusznie też wnieśli protest przeciw temu rozporządzeniu.

Z drugiej strony z przyjemnością należy zanotować fakt, że ministeryum wyznań i oświaty wydało nowy plan dla studyów lekarskich i rygorozów. Plan ten jest dalszym ciągiem reorganizacji fakultetu medycznego, względnie studyów lekarskich, rozpoczętej jeszcze w r. 1872. Plan dzieli studia lekarskie niejako na dwie części. Pierwsza część do ukończenia pierwszego rygorozu, druga część do otrzymania stopnia doktora wszech nauk lekarskich. Uczniom, którzy w przepisany terminie pierwszego rygorozum (egzaminu) nie złożyli, nie wolno zapisywać się i uczęszczać na kolegie do drugiego rygorozum należące. Trzecie rygorozum może być najpóźniej w 6 tygodni po drugim rygorozum złożone. Jeżeli po upływie 5-ciu lat drugie rygorozum nie zostało złożone, traci pierwsze rygorozum swoją wartość.

Bardzo ważne zmiany spotykamy w tym nowym planie ze względu na przedmioty, jakie wymagane są od studenta medycyny. Przedmioty: botanika, zoologia i mineralogia, które do dziś dnia były obowiązujące i z których słuchacze medycyny składać musieli egzamin, w nowym planie odpadają, na ich zaś miejsce przychodzi ogólna biologia, która wykładaną będzie naprzemian przez profesora botaniki i zoologii, i z której składać trzeba będzie egzamin, ściśle do pierwszego rygorozum należący; w ten sposób uzyskany wolny czas poświęcony ma być gruntownym studyom z zakresu anatomii, fizjologii, histologii, fizyki i chemii, z których też przedmiotów składać będą słuchacze medycyny egzamin, do pierwszego rygorozum należący. Egzamina dotyczyć będą tak wykształcenia teoretycznego, jako też i praktycznego. Drugie rygorozum składać będą — egzamin ogólny z anatomii i fizjologii, a więc niejako powtórzenie rygorozum pierwszego z tych przedmiotów. Dalej do drugiego rygorozum wchodzi egzamin praktyczny i teoretyczny z anatomii i histologii patologicznej (do czego według dawnego planu słuchacz nie był obowiązany), dalej wchodzi, jak dawniej, farmakologia i sposób przepisywania recept (nowy), a wreszcie jako nowy przedmiot wchodzi higiena, do dziś dnia u nas niewzględniona. Trzecie rygorozum obejmuje medycynę wewnętrzną, chirurgię, ginekologię i położnictwo, choroby oczów, medycynę sądową i wreszcie, jako nowe przedmioty, wchodzi choroby dzieci, choroby skórne i przymiot i psychiatrya. Medycyna wewnętrzna i chirurgia będą miały zupełnie odrębny egzamin praktyczny i egzamin teoretyczny, a egzaminowanie z zakresu medycyny wewnętrznej, nie jak do dziś dnia wynosić ma  $\frac{1}{4}$  godziny, ale dwa dni, a jako egzaminatorzy pytać mogą także i docenci, dla ułatwienia pracy profesorom. Nowy plan kładzie główny nacisk na wykształcenie praktyczne przyszłych lekarzy i całkiem słusznie, tak że spo-

dziewać się należy, że przyszła generacja będzie miała sposobność bardzo łatwego wykształcenia się praktycznego przy łóżku chorego, co nie tylko przez nowo przepisany plan łatwo osiągnąć się daje, ale skutkiem mniejszej frekwencji na wydział medyczny ułatwienie to samo przez się każdemu słuchaczowi nasuwa.

Głośna swojego czasu sprawa profesora uniwersytetu wiedeńskiego, d-ra Schenka, zakończyła się temi dniami dla samego profesora niepomysłnie, a dla samej sprawy i honoru uniwersytetu wiedeńskiego w sposób godny. Jak wam zapewne wiadomo, przed dwoma dwoma niespełna laty prof. Schenk w szpaltach pism politycznych, a następnie i w obszernej książce, ogłosił tezę, że udało mu się wynaleść pewną metodę postępowania, przy pomocy której teoria Schenka znalazła dużo ciekawych i zapewne przyniosła mu niemałe korzyści materialne. Pisma lekarskie i powagi uniwersyteckie potępiły zgóry teorię Schenka, uważając go za szarlatana. Kolegium profesorów uniwersytetu wiedeńskiego udzieliło Schenkowi nagany, że do celów niegodnych używa powagi profesorskiej, a ministerium wyznań i oświaty kazało się prof. Schenkowi podać się o urlop, po skończeniu którego prof. Schenk otrzyma dymisyę. W tym wypadku więc i powaga profesorska nie osłoniła profesora Schenka przed zasłużoną karą.

J.

## KRONIKA BIEŻĄCA.

*Dnia 15-go lutego 1900 r.*

### O byt lekarzy.

Odbieramy od kol. Edwarda Jaworskiego z Siedliszcza list następujący:

Artykuł kol. Józefa Zawadzkiego w zeszycie 23-im „Kroniki“ z roku zeszłego nasuwa mi parę uwag, któremi pragnąłbym podzielić się z kolegami warszawskimi, gdyż dla kolegów z prowincyi to, co powiem, jest rzeczą dobrze znaną. Otóż autor powyższego artykułu, utyskując słusznie na nadmiar lekarzy w Warszawie, doradza młodszym lekarzom, aby wyjeżdżali na prowincyę, gdzie jakoby „brak lekarzy“ i gdzie „lekarz energiczny w osadzie zdobywa po kilku latach 1,000 — 2,000 rb.“

Na poparcie swojego dowodzenia autor przytacza cyfry: w Warszawie jeden lekarz wypada na 820 ludności, na prowincyi 1 na 11,000. Sądząc z tych cyfr, zdawałoby się, że autor ma za sobą

zupełną słuszność. Tymczasem należy wziąć pod uwagę choćby jedną tylko okoliczność: w Warszawie cała prawie ludność leczy się u lekarzy, na prowincyi zaś zaledwie pewien jej procent.

Odrąciwszy inteligencyę, której mamy niewiele, odrąciwszy żydów, cała pozostała olbrzymia większość z tych 11,000 przypada na ludność wiejską, z której zaledwie pewien procent leczy się u lekarzy. Procent ten waha się w dość szerokich granicach w zależności od poziomu rozwoju umysłowego ludności, odległości od większych miast, krótszego lub dłuższego pobytu lekarza w danej okolicy i t. p.; w każdym razie nie przesadzę, twierdząc, iż istnieją miejscowości, gdzie procent ten nie przewyższa 10, chociaż są i takie, zwłaszcza w pobliżu większych miast, gdzie dosięga 50, a może i więcej. Gdzież się leczy pozostała ludność? Część wcale się nie leczy, część zaś leczy się u bab, znachorów, owezarzy, a w najlepszym razie udaje się do księży i felczerów (bliższe szczegóły w tej kwestyi znaleźć można w artykule: „Jak i u kogo lud się leczy“, pomieszczony w N. N. 22, 23 i 25 „Głosu“ roku zeszłego).

Wobec tego na prowincyi stosunek ilościowy lekarzy do ludności, korzystającej z ich usług, będzie wyglądał zupełnie inaczej. Gdy weźmiemy nadto pod uwagę, że w Warszawie i wogóle w większych miastach chory zasięga kilkakrotnie porady lekarza w danej chorobie, na prowincyi zaś poprzestaje najczęściej na poradzie jednorazowej, to przekonamy się, że różnica pomiędzy stosunkiem ilościowym lekarzy do liczby porad w Warszawie i na prowincyi nie jest bynajmniej tak rażąco wielka, jak się wydaje na razie. Bez wątpienia, Warszawa posiada lekarzy zawieliu, ale i na prowincyi jest nas już w *dzisiejszych* warunkach ilość wystarczająca, i gdyby tak wysłać na prowincyę te trzy setki lekarzy, zbywających w Warszawie, to przynajmniej połowa z nich musiałaby szukać środków utrzymania z innych źródeł, a nie ze swojego fachu, i zaledwie druga połowa znalazłaby, a raczej wywalczyła sobie po długich wysiłkach jakie takie skromne utrzymanie.

Wprawdzie oświata wśród ludu postępuje powoli, a zarazem wzrasta zrozumienie potrzeby racjonalnego leczenia się, a co za tem idzie i ilość leczących się u lekarzy. Jednakże wzrost popytu jest bez porównania powolniejszy, aniżeli wzrost podaży. Ileż jest dziś tych osad, choćby mniejszych, gdzie jest apteka, a niema lekarza? w całej gub. Lubelskiej zliczyłbym je na palcach jednej ręki, a i te mają bardzo niedaleko do osad i miast sąsiednich, posiadających lekarzy i mogłyby dać w najlepszym razie na jaknajskromniejsze utrzymanie dla człowieka pojedynczego. W każdym prawie numerze „Kuryera Warsz.“ spotykamy ogłoszenie o tych osadach: „lekarz potrzebny“ i t. p., i można zauważyć, że ogłoszenia te powtarzają się peryodycznie co parę miesięcy, czyli że młodzi lekarze jeden po drugim próbują tam szczęścia i uciekają, nie znajdując utrzymania. A ci lekarze, którzy dawniej osiedli po osadach, czy tak świetnie się mają? Praktykujący w danej osadzie najmniej od 10-iu lat zdążyli wyrobić sobie szerszą praktykę jeszcze za czasów, gdy lekarzy było mniej, to też zarabiają przecięciowo po 2,000 rb. rocz-

nie, choć i im konkurencya daje się już we znaki. Młodzi natomiast lekarze, którzy posiadali później w osadach mniejszych, muszą się zadawałniać, z małemi wyjątkami, najwyższej połową tej sumy.

A iluż jest takich, którzy nie zarabiają wcale na utrzymanie i przenoszą się z osady do osady, próbując, może lepiej pójdzie, i wszędzie spotykając zawód.

Faktem jest, że obecnie na wypadek śmierci lub wyjazdu lekarza z miasteczka lub osady natychmiast przybywa na jego miejsce dwóch, albo nawet trzech; zaczyna się walka konkurencyjna, prowadzona nieraz nawet z lekceważeniem zasad etyki zawodowej, i w końcu jeden zwycięża (najczęściej ten, kto posiadał jakiś fundusik i mógł przeczekać kolegę), drugi zaś wynosi się po kilku miesiącach, lub też obadwaj wiodą marną egzystencyę.

Po miastach powiatowych jest już lekarzy prawie zawiele, zwłaszcza że i lekarze wojskowi (a bywa ich nieraz po kilkunastu w jednym mieście) zajmują się praktyką, a niektórzy nawet usilnie ubiegają się o nią. Po osadach, liczących przecięciowo 1,500 do 4,000 ludności i odległych wyjątkowo tylko o 3 mile, a zwykle o 1 do 2-eh od sąsiednich miejscowości, posiadających lekarzy, mamy prawie wszędzie jednego lekarza, mającego się stosunkowo nieźle (przeszło 1000 rb. rocznie), albo i dwóch, ale już wtedy zaledwie zarabiających na najskromniejsze utrzymanie (500 do 1000 rb. maximum). Jakież los czeka tych ludzi na stare lata, gdy o odłożeniu czegokolwiek z dochodu nie może być mowy, a zdrowie i siły wyczerpują się przy ciężkiej pracy. A przytem wisi nad niemi ciągle jak miecz Damoklesa — perspektywa, że lada dzień jeszcze z jeden lekarz przybędzie do osady, z którym będą musieli podzielić się praktyką i szczupłymi dochodami. Niestety, położenie lekarzy na prowincyi bynajmniej nie jest wesołe: „wdzięczne tu pole do pracy“, byle nie pod względem materyalnym. Piękne to zadanie uzyskać wpływ na lud, zapoznawać go z zasadami higieny, nieść pomoc i ratunek w potrzebie i czuć się pożyteczną jednostką, ale każdy człowiek musi mieć przedewszystkiem zapewniony byt dla siebie i dla rodziny, a gdy tego niema, trudno wymagać od niego filantropii. A i tak komu jak komu, ale lekarzom nie może społeczeństwo zarzucić chyba braku uczuć altruistycznych; lekarze robią często więcej, niż ich stać na to.

Wobec tego wszystkiego sędzę, że gremialna emigracya lekarzy z Warszawy na prowincyę nie zaradzi złemu, zmniejszy się proletaryat lekarzy bez praktyki w Warszawie, powiększy się natomiast na prowincyi.

Warszawa na tem nie straci, prowincya nawet zyska, gdyż będzie miała za bezcen pomoc lekarską, ale położenie lekarzy prowincjonalnych pogorszy się jeszcze, a i ci nowoprzybyli wpadną z deszczu pod rynnę. Jakież wyjście z tego błędnego koła? Sądziłbym, że przedewszystkiem należałoby starać się wszelkiemi siłami uwiaśdomić nasze społeczeństwo, że kto szuka w dzisiejszych czasach kariery w zawodzie lekarskim, dozna smutnego rozczarowania.



Dotychczas ogół ma zupełnie fałszywe pojęcie o zyskowności fachu lekarskiego. Wciąż jeszcze słycać zdania: „bodaj to być lekarzem! jaki pewny i niezależny kawałek chleba! jeszcze żaden lekarz nie umarł z głodu i t. p. Publiczność rachuje zawsze lekarza najmniej na dwa razy tyle dochodu, ile on ma w istocie, a lekarze sami nie wyprowadzają jej z błędu, sądząc, że opinia o ich wielkich dochodach wpłynie dodatnio na powiększenie klienteli. Dlatego też choć już tu i owdzie, a nawet w prasie, dają się słyszeć narzekania na nadprodukcję lekarzy, ogół uparcie wierzy w „pewny kawałek chleba“ na tem stanowisku, i wydział lekarski w uniwersytecie jest po dawnemu przepełniony. Dopiero gdy ten ciągły napływ kandydatów na wydział lekarski zmniejszy się co najmniej o połowę, gdy z drugiej strony odnośne władze postarają się ukrócić rozpanoszone dziś na prowincyi felezerstwo, znachorstwo i wszelakie partactwo w dziedzinie lecznictwa, a prawo przestanie traktować nasz zawód po macoszemu, wówczas może dopiero stan lekarski wróci do równowagi, naruszonej ogromnie w ostatnich latach. Tymczasem jednak nie zanosi się na lepsze, a projektowane reformy co do utworzenia posad lekarzy gminnych, nie poprawią bynajmniej sytuacji, przynajmniej o ile można sądzić z dotychczasowych prób. Powtórzy się historia bezpłatnych ambuatoryów w Warszawie.

\* \* \*

(J. Z.) Kwestya emigracyi lekarzy z miast większych do osad oraz wsi większych, jest jednym z tych postulatów ekonomicznych i społecznych, które nie mogą ulegać dyskusyi. Dzieje się to w zakresie pracy t. zw. wolnej wszędzie i wynika wprost z konieczności szukania pracy na nowych polach, skoro dawne nie są w możności jej dostarczyć. I ani dowodzenia kolegi E. Jaworskiego, ani filipiki kol. Rzętkowskiego z „Krytyki lekarskiej“ nie mogą jej przeszkodzić, ani w innym kierunku popchnąć.

Trudno wymagać, aby roślina, która głębokie zapuściła korzenie w glebę, dała przesadzać się na grunt inny, ale świeże pędy, młode latorośle zawsze się ku temu nadają i one właśnie stanowią o rozprzestrzenianiu się danej rośliny po świecie. Kol. Rz. chce, aby emigrowali nie „młodzi“, ale „starsi“ lekarze na prowincję, oczyszczając w ten sposób miejsce młodym, którzy, zdaniem kol. Rz., jedynie tylko dźwigają na swych barkach filantropię lekarską. Nie będę wdawał się z nim w polemikę, bo dla mnie podział kol. Rz. nie istnieje ani w życiu, ani w teorii.

Dla mnie jest jeden stan lekarski, jako jeden z czynników społecznych, stan, który wysoko niósł sztandar miłości bliźniego, czy składał się z młodych, czy ze starych lekarzy; ale tak jak dobroczynność, dostarczająca środków utrzymania próżniakom, jest raczej karygodnem przestępstwem, niż cnotą, tak samo owa rzekoma filantropia lekarzy młodych i starych na gruncie lekarskim, jest raczej wrzodem społecznym, który toczy ciało lekarskie, niż zasługą godną uwieńczenia.

Uniewinnić jeszcze można nawet źle pojętą filantropię, jeżeli dobra wiara jej przyświeca, jeżeli jednak myśl postronna zachwascza jej drogę, jeżeli filantropia ma być nie celem, a środkiem do zdobycia dóbr materyalnych w przyszłości — staje się wstrętną i niepomernie szkodliwą robotą społeczną. Stokroć wolę tego, co jawnie głosi myśl zdobycia tylko chleba, niż tego, co, obwijając się w płaszczyk dobra innych, myśli o własnem tylko ja.

Dlatego też wybaczy mi kol. Rz., ale nie zachwyca mnie wcale podniesiona w jego artykule filantropia i, godząc się z kol. Grodeckim, sądzę, że raczej należy myśleć o filantropijnem dostarczeniu racjonalnej pomocy lekarskiej 9 milionom ludzi na prowincyi, niż obdarzać nią 1/2 milionową Warszawę.

Że ta ostatnia filantropia jest trudniejszą, zupełnie godzę się z kol. E. J., ale że jest potrzebniejszą, o tem wątpić nie mogę ani na chwilę.

Kol. E. J. pisze, że prowincya ma już dziś wystarczającą liczbę lekarzy, ale gdyby tak rozumował przemysł, handel i różne czynniki społeczne, nigdyby się rozwinąć nie mogły. Cobyśmy powiedzieli o fabrykancie, któryby produkcję ograniczał do potrzeb Warszawy; niewątpliwie jego wytwórczość skazana byłaby w krótkim czasie na zastój. Wszędzie w każdej robocie społecznej wytwórca szuka zbytu na swój towar wszędzie i dotąd kołacze, dopóki towar nie znajdzie odbytu.

Tak samo jest i z lekarzami, zdobycie popytu na racjonalną, sumienną i dobrą pomoc lekarską wśród ludu nie uważam za rzecz łatwą, przeciwnie, jest to rzecz trudna, wymaga wielu poświęceń, ale jest racjonalną robotą społeczną, bo szerzy wśród ludu zdrowe ziarna nauki i kulturę.

Mówi kol. J., że trudno wymagać filantropii od jednostki, jeżeli nie zdobyła bytu dla siebie i swej rodziny, zupełnie się z nim godzę, ale mnie bynajmniej nie o filantropię chodzi.

Dziś może trudno lekarzowi bez zasobów przeczekać chwile ciężkie, ale w tym celu należy tworzyć instytucje samopocy, które pionierom ułatwiałyby pracę, a nie uznawać pracy za rzecz nieurzędywistnioną.

W tym celu stworzono kasę oszczędnościowo-pożyczkową lekarzy. Skoro wszyscy lekarze do niej należeć będą, będzie ona mogła dostarczyć funduszów na ciężkie chwile każdemu, kto, pojmując uczciwie swe posłannictwo, zechce nieść pomoc w najodleglejsze zakątki. Rozwój tego rodzaju stowarzyszeń jest rzeczą pożądaną, a nie wątpię, że kasa da im początek, że stanie się ogniwem między lekarzami i na sztuczne podziały młodych i starych nie pozwoli.

Kol. E. J. widzi inny środek zaradzenia złemu: zmniejszenie liczby studentów na wydziale lekarskim, niewątpliwie, byłby to środek, ale czy skuteczny, a co ważniejsza, czy społecznie dobry — wątpię. Nadmiar jest rzeczą szkodliwą, ale brak jeszcze szkodliwszą, bo na długie lata rzuciłby lud w szpony szarlatanów. Ogólna liczba lekarzy w Królestwie nie jest za wielką, przeciwnie — za małą, nie zdołali sobie jednak lekarze wywalczyć pola do pracy, w tym więc

kierunku należy pracować i skierować usiłowania, a zostawiając Warszawę, Łódź i większe miasta na boku, szukać pracy gdzieindziej.

Próby z lekarzami gminnymi, według projektów towarzystwa łódzkiego, lubelskiego i innych, dotąd wcale podejmowane nie były, że rozwiążą kwestyę, o tem nie wątpię ani na chwilę i pod tym względem powtarzać się nie będę, gdyż moje uwagi skryształizowałem w artykule odnośnym w „Ateneum“ z r. 1898.

Na inne uwagi kol. E. J., poczerpnięte z życia, zgodzić się należy i zasługują one na baczna uwagę nie tylko lekarzy.

—h.— Kol. B. Chrostowski mianowany został starszym ordynatorem szpitala Dz. Jezus, na wakującą po nim posadę ordynatora w szpitalu Ś-go Rocha mianowany został kol. J. Pruszyński.

—h.— Dotychczasowy docent przy katedrze anatomii patologicznej w uniwersytecie krakowskim i nasz współpracownik stały, dr. Ciechanowski, mianowany został profesorem nadzwyczajnym.

—k.— Prof. dr. Ehrlich z Berlina mianowany został zarządzającym nowego zakładu dla lecznictwa doświadczalnego we Frankfurcie nad Menem.

—h.— W Berlinie wydane zostało rozporządzenie policyjne, zabraniające ogłoszeń, reklam i wystawiania w miejscach publicznych przedmiotów i środków etc., mających na celu zapobieganie poczęcia oraz pobudzania namiętności płciowych. Toż samo rozporządzenie zabrania reklamowania oraz wystawiania i rozdawania (przez automaty) środków dla zapobiegania i leczenia chorób płciowych. — (Wracz, 4).

—h.— W dniu 25 lipca będzie miał miejsce w Paryżu zjazd międzynarodowy prasy lekarskiej (Congrès International de la presse médicale). Dotąd postawione zostały dwa pytania: 1) założenie związku międzynarodowego prasy lekarskiej i 2) określenie prawa własności na artykuły drukowane w wydawnictwach lekarskich, oraz obmyślenie środków ochraniających to prawo. Przewodniczącym komitetu urządzającego jest prof. Cornil, wiceprezesami dr. Lucas Championnière i Laborde; sekretarzem dr. Blondel (8, rue de Castellane, Paris).

—h.— Znana firma wydawnicza F. C. Vogel w Lipsku przystępuje do olbrzymiego i nader ważnego wydawnictwa: „Encyklopädie der Medizin“. Każda specjalność będzie przedstawiona w oddzielnym słowniku, zestawionym przez licznych specjalistów. Dotąd wyszła dopiero: Encyklopädie der Ohrenheilkunde (cena 23 marek). W roku bieżącym mają wyjść encyklopedye chorób skórnych i płciowych, higieny, akuszerii, ginekologii, chorób ocznych i całej chirurgii. (Wracz, 4).

—h.— Syndykat lekarzy w Bordeaux wyraził swą solidarność z wnioskiem Astier, aby starać się o zmianę prawa, uwalniającego

lekarzy od pełnienia służby wojskowej, ponieważ prawo to narusza równość obywateli wobec daniny krwi, zarówno obowiązującej wszystkich. Syndykat dodaje ze swej strony, że wyjątkowa owa ulga, służąca lekarzom, jest przyczyną, dla której tylu młodych ludzi zapisuje się na medycynę, a stąd prawo owo staje się pośrednio źródłem obecnego przeludnienia i biedy wśród stanu lekarskiego.

—h.— Dr. J. W. Ogle na podstawie heksametrów z książki Serenus Samonicus „De medicina praecepta“ przyszedł do przekonania, że w wyrazie greckim angina „i“ jest krótkie i że przeło grecy musieli kłaść w tym wyrazie akcent na pierwszej zgłosce, a więc ángina. (Wracz, 4).

—k.— Heller z Kielu wyliczył, że tuberkulik przy jednorazowym wypłuciu płwociny wyrzuca z siebie około 300 milionów laseczników, na dobę zaś, spluwając raz jeden na godzinę, 7,200 milionów. (Berl. Klin. Woch., № 12, 1899).

# SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

- I. O reakcyi zwyrodnienia mięśnia unoszącego powiekę górną, oraz kilka uwag o odosobnionem porażeniu urazowem nerwów okoruchowego i bloczkowego — Dr. med. L. E. Bregman — str. 129.

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

50. Dr. A. v. Bergmann — Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych — str. 136.  
51. Prof. dr. Poppert — Cholecystotomia z zastosowaniem drenu nieprzemakalnego w pęcherzyku żółciowym — str. 140. 52. Dr. J. Wiesner — O usypianiu za pomocą adthylchlorynu — str. 143.

### II. Choroby skórne.

53. H. Goldschmidt — Przyczynek do leczenia łuszczycy — str. 145. 54. J. Neuberger — Leczenie przewlekłej pryszczycy u dzieci — str. 147.

### III. Choroby oczu.

55. Dr. J. Bistis — O trądzie oka — str. 147. 56. Dr. Félix Lagrange — Guzy pierwotne błony rogowej oka — str. 149.

### IV. Choroby kobiece.

57. Simmonds — O krwotokach w błonie śluzowej macicy przy stwardnieniu tętnic macicznych — str. 151.

V. Wiadomości terapeutyczne — str. 153.

VI. Korespondencja „Kroniki Lekarskiej“ — str. 155.

Kronika bieżąca — str. 158.

---

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

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

---

Дозволено Цензурою. Варшава, 3 Февраля 1900 года.

# APTEKA E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska № 27, róg Kruczej w Warszawie.

*Poleca następujące środki:*

## Granulæ c.

à 0,0005

Atrop. sulfur. Merck.  
Digitalin. pur Germ. Merck.  
Strichnin. arsenicos. Merck.  
" nitric Merc.  
" Strophanfin. Merc.

à 0,001

Acid. arsenicos. pur. alb. e<sup>t</sup>  
ros.  
Apomorphin. muriat. Merc.  
Cocain. muriat. Merck.  
Codein pur.  
Chinin arsenicos. pur.

à 0,001

fer. arsenicos. pur.  
Kali arsenicos. pur.  
Nart. arsenicos. pur.  
" arsenicos. pur.  
Morphin. acetic. pur.  
" muriatic pur.

à 0,001

Podophiliini pur.

à gutt 1

Liquor. arsenic. Fovleri  
" " Pearsoni.  
Tinc. Strophanthi.

## Pilulæ

Extr. Cascar sagrad. fl. 0,5  
c. Cacao obd.

ferri Carbonic. Valleti c.  
argent obd.

ferri Carbonic. Valleti c.  
Cacao obd.

Kreosoti fagi 0,05 c. Cacao  
obd.

ferri Carbonic. Blaudii mino-  
aa 10, — 100 c. arg.  
obd.\*)  
" Carbonic. Blaudii minor  
aa 10,0 — 100 c. Cacao  
obd.\*)  
" Carbonic. Blaudii major  
aa 15,0 — 100 c. arg.  
obd.\*)  
" Carbonic. Blaudii major  
aa 10,0 — 100 c. Cacao  
obd.\*)  
pepsini 0,05 c. Cacao obd.

Drages i granulki cukrem powlekane, zarobione są zupełnie obojętnemi środkami, jak korzeniem ślazowym i wyciągiem lukrecyowym.

Wszelkie zamówienia na draże i granulki z żądaną kompozycją jaknajchętniej przyjmują, lecz w ilości nie mniejszej jednego funta, ponieważ powlekanie cukrem (drażowanie), a tem samym staranne wykończenie mniejszych ilości tak pigulek jak i granulek jest niemożliwym.

\*) Zielone w rozłamie.

# Potrzebny LEKARZ

do osady blisko Warszawy, pensya roczna rb. 300.  
Wiadomość u p. Pozowskiego apteka p. Gessnera  
Jeruzolimaska 27.

## NAJSTRAWNIEJSZA

ze wszystkich wód mineralnych zawierających arsen.

Natürliches arsen-  
und  
**Guber Quelle**  
eisenhaltiges  
Mineralwasser  
SREBRENICA IN BOSNIEN.

Według chemicznego rozbioru  
uskutecznionego przez c. k. Profe-  
sora Chemii Lekarskiej, Rady  
Dworu Ernesta Ludwig'a woda  
ta w 10.000 części zawiera  
na wagę:

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

wyłączne prawo wysyłki posiada firma

*Heinrich Mattoni*

Francensbad, Wiedeń, Karlsbad.

## PRACOWNIA PATOLOGICZNA

*Dr. Juliana Steinhaus*

ul. Wspólna Nr. 15.

Analizy mikroskopowe i bakteryologiczne guzów, wyskrobin, plwo-  
ciny, krwi, nasienia, wysięków, przesięków, i t. p. dla celów dya-  
gnostyki lekarskiej.

# OJCÓW

Zakład Lecznicy dla chorych nerwowych.

Ścisły internat, dwóch stałych lekarzy. Wodolecznictwo, gabinet elektryczny,  
mechanoterapia, gimnastyka, wody mineralne.—Poczta i telegraf na miejscu.—  
Ceny mieszkań i stołowania w czasie zimowym niższe.—Chorych umysłowo  
Lecznica nie przyjmuje.

Dyrektor Zakładu **Dr. Stanisław NIEDZIELSKI.**



# INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY OCHRONNEJ

*D-ra K. Sierpińskiego*

WAŃSZAWA, Marszałkowska 99.

Posiada zawsze świeży materiał szczepienny i rozsyła takowy natychmiastowo po otrzymaniu zażądania. Rurka limfy na 2 szczepienia kop. 75, detryt we flakonach począwszy od 10 szczepień po kop. 5 za jedno szczepienie. Na przesyłkę dołączyć należy kop. 25. Aptekom i biorącym w większych ilościach, odstępuje się odpowiedni rabat.

**UWAGA.** Dla powiatów i wogóle dla szczepień massowych ekspeduje się detryt we flakonach pipetowych po 25 i 50 szczepień zawierających.

Skład Główny w Aptece Magistra Farmacyi H. Kucharzewskiego

Nr. 4. Miodowa Nr. 4.

