

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O ZNIECZULENIU MIEJSCOWEM

według metody SCHLEICH'A.

Napisał

Kazimierz Niedzielski.

Wprowadzona w użycie przez Schleich'a metoda t. zw. znieczulenia naciekowego (Infiltrationsanästhesie) odegra, o ile zdaje się, rolę przełomu w imponującym liczbą szeregu usiłowań, zmierzających ku pozyskaniu środka, który dawałby podczas operacji znieczulenie doszczętne, a jednocześnie byłby niewinnym dla ustroju zupełnie. Jeżeli bowiem postępowanie to nie jest dziś jeszcze ostatnim ideału wyrazem, to w każdym razie stanowi niewątpliwie śmiały i pewny krok naprzód na drodze do celu upragnionego wiodącej, choć droga to całkiem od szlaków tych odmienna, jakie chirurgii wytknął Simpson przed 50 laty, złożąwszy w darze cierpiącym tak cenny środek znieczulający, za jaki słusznie uchodzić winien chloroform.

Obok szacownych, wszelako, tego ostatniego własności, nie brak mu również wybitnych stron ujemnych, a tem też tłumaczy się, pomimo zabezpieczonej przez chloroform bezbolesności rękoczynów, mnogość usiłowań ku zastosowaniu narkotyków innych, mniej może działających na efekt, lecz mniej też od chloroformu niebezpiecznych. Stąd powstało operowanie pod kokainą, pentalem, morfiną, eterem chlorkiem lub bromkiem etylu, dwutlenkiem azotu, etylchlory-

dem ¹⁾ i t. p. środkami, których działanie jest jednak bardziej od chloroformu ograniczone i w skutkach swych mniej pewne. — Wielu z chirurgów zagranicznych trzyma się dziś jeszcze narkozy eterowej, większość, zawiedziona w nadziejach, powracała do chloroformu w uznaniu jego niezaprzeczonej nad wyszczególnionemi narkotykami wyższości, ten jednak tryumf usypiania chloroformowego przez wprowadzenie sposobu znieczulenia drogą nacieku zakwestyjonowanym został obecnie nader poważnie.

Trudno przewidzieć, czy kiedykolwiek chirurgia zdolną będzie bez chloroformu obejść się zupełnie, pewnikiem jednak staje się coraz większym, że ilość wskazań ku niemu, wobec wybitnych zalet metody Schleich'a, spadnie do minimum. Słabe strony chloroformu nie małą ku temu będą stale podniętą. Jak wiadomo, preparat ten działa przedewszystkiem bardzo ujemnie na mięsień sercowy i znane są wypadki, w których, wbrew rachubom wszelkim, osobnik, zdrowy na pozór, padał ofiarą narkozy. Wynik tak niepomysłny stwierdza się, według obliczeń Gurtl'a ²⁾ raz jeden na mniej więcej 2,039 usypiań. Nie można zatem nigdy zgóry być pewnym, czy przebieg usypiania będzie w danym przypadku pomysłny, co pouczony smutnem doświadczeniem chirurg zawsze ma w pamięci i co instynktem odgaduje, chory, poddający się operacyi. Że tego rodzaju obustronny brak pewności nie jest pożądany w chwili tak ważnej, jak wykonywanie zabiegu, jest rzeczą oczywistą. Prócz serca, chloroform działa szkodliwie i na inne narządy wewnętrzne, jak: wątroba lub nerki, a pouczającemi bardzo pod tym względem są przypadki Marthen'a ³⁾ i v. Bandler'a ⁴⁾. Ostatni ten autor dokonał szeregu doświadczeń odnośnych na psach i królikach i przyszedł do przekonania, że pod działaniem chloroformu wątroba zawsze ulega zmianom tego rodzaju, jak zatarcie zarysów komórek w mowie będącego narządu, zwyrodnienie tychże i rozpad. Według E. Fraenkel'a, który zebrał kazuistykę właściwą, działanie ujemne chloroformu trwa przez godzin, a nawet i dni kilka po odstawieniu preparatu tego, ten zaś ostatni, zgodnie z badaniami Desgrez'a ⁵⁾ i Nicloux'a,

¹⁾ Dr. Wiener. „Ueber Aethylchloridnarkose“ (Wien. med. Wochenschrift), 1899.

²⁾ Narkosenstatistik. Chir. Kongr., 1897.

³⁾ G. Marthen. Berlin. klin. Woch., № 10, 1896.

⁴⁾ v. Bandler. Mittheilungen aus den Grenz. der Med. u. Chir., Band I, Heft 3, 1896.

⁵⁾ La France Médicale, str. 807, 1899.

wpływać może zabójczo i drogą inną, chloroform bowiem w roztworach zasadowych ulega rozkładowi już przy ciepłocie zwykłej, przyczem wytwarza się tak zgubny w skutkach swych tlenek węgla, bo zasadowemi są przecie roztworami soki ustroju. Dalej, chloroform przeciwwskazany bywa stanowczo u osobników bezkrwistych, wyniszczonych przez posunięte daleko charłactwo nowotworowe lub długotrwałe sprawy posokowate, wady serca, nadużycie napojów wysokowych i t. p. Że po uspianiu takich chorych chloroformem otrzymujemy tak rzadko występujące nagle zejście niepomysłne, zawdzięczać to trzeba głównie pilnemu na przebieg narkozy zwracaniu przez operującego uwagi, co znów nie idzie w parze z nader słusznym postulatem, ażeby chirurg ześrodkowywał całą swą baczość tylko na operacyi. Lecz z drugiej strony przebieg narkozy chloroformowej obfituje aż nadto często w nader niemiłe dla obecnych przy operacyi powikłania, wielu bowiem z chorych uspiionych, jak wiemy to z doświadczenia wszyscy, tracą nagle na czas jakiś oddech, tętno, sinieją, zapadają, słowem, w stan śmierci pozornej, z objęć której gwałtem ich dopiero wyrwać należy, co wszystko, jako ewenement arcynieprzyjemny, harmonii pojedynczym etapom rękoczynu nie nadaje bynajmniej. Każdy też z lekarzy, co spędził na oddziale chirurgicznym lat kilka, wie dobrze, jaki to wówczas dokoła duszącego się pacyenta powstaje huczek, oraz ile nerwów i zdrowia kosztuje chwila taka operatora i czuwającego nad narkozą kolegę, którzy przecież nie winni są temu, że chloroform sfabrykowany był niedokładnie, że posiadał domieszki, lub że operuje się bądź na osobniku o nędznej odporności ustroju, bądź na skończonych histeryczkach, których ilość z dniem każdym wzrasta w sposób przerażający. Wielu znów ludzi, z inteligentniejszych kół zwłaszcza, stara się uniknąć chloroformu za jakąbądź cenę głównie ze względu na okrywający ich śmiesznością okres pobudzenia i gadatliwości, a lubo wzgląd ten jest dla lekarza obojętny zupełnie, dla operowanego posiadać może ważność niezwykłą — i oto w takim, kładącym się na stole operacyjnym człowieku walczą naprzemian lęk przed operacyą, niepewność jej wyniku, uczucie niejakiego zażenowania, poczem w stanie tak podnieconym każą mu zasypiać. Powstające na takim tle duchowym niespodzianki w przebiegu narkozy są całkiem na swoim miejscu i w porządku.

Z uwagi zatem na rozmaite, wynikające z użycia chloroformu niedogodności, a nadto z: względu, że w bardzo wielu przypadkach operacya, przy całej swej bolesności, nie wymaga zupełnie wykluczenia samowiedzy chorego, starano się oddawna już wynaleść metodę

znieczulenia taką, któraby operowanemu oszczędziła tylko, o ile możliwości, bólu, o co właściwie chodzić winno głównie podczas wykonywania rękoczynów chirurgicznych. Środek taki posiadamy też rzeczywiście od lat kilku.

W pracy swej p. n. „Schmerzlose Operationen.“ Oertliche Betäubung mit indifferenten Flüssigkeiten, 1894. Schleich ogłosił swój, oparty na szeregu doświadczeń, oryginalny i nowy sposób znieczulania miejscowego, który polega na wywołaniu w terenie operacyjnym nacieku sztucznego za pomocą zastrzykiwania w skórę środków niektórych, zastosowanych w pewnych, określonych ściśle roztworach. Za środki te uważać należy chlorki kokainy, morfiny i sodu, przy czem udowodnionem zostało, że kokaina nawet w 0.02% roztworze daje miejscowo znieczulenie zupełne z warunkiem jednak, że dana przestrzeń tkankowa roztworem takim nasyconą będzie dokładnie. Słuszność tu nakazuje wyznać, że twórca metody, w mowie będącej, skorzystał wiele z dokonanych uprzednio na zwierzętach doświadczeń Liebreich'a, który doszedł do przekonania, że nerwy czuciowe nawet po zastrzyknięciu wody stają się w czas jakiś na miejscu zastrzyknięcia na ból niewrażliwe zupełnie przez okres pewien. — Sprawdzając próby Liebreich'a, Schleich stwierdził, że istotnie woda przekroplona, użyta w sposób powyższy, jest wcale dobrym środkiem analgezyjnym, lecz że w razach tych przed zniesieniem uczucia występuje okres bólu mocnego, mianowicie w chwili wytwarzania się guzika; dodanie do wody przekroplonej chlorku sodu w roztworze 2:1000 lub morfiny 1:1000 usuwa w wielu przypadkach poprzedzającą bolesność ową, najskuteczniejsze, wszelako, usunięcie bólu otrzymuje się od kokainy, zwłaszcza gdy tę ostatnią stosować w obecności morfiny i soli kuchennej. Osiągnięta natychmiast pod działaniem środków tych anestezja miejscowa utrzymuje się przez okres czasu dostateczny dla wykonania rękoczynów, niezbyt rozległych. Dalej, doświadczenia odnośne wykryły, że roztwory kokainy muszą być słabe koniecznie, mocniejsze bowiem 5% np. wywołują przed znieczuleniem przykre dla chorego uczucie palenia. Dostateczny zupełnie wpływ znieczulający wywiera, według orzeczeń Schleich'a, kokaina, zastosowana w roztworze, od 0.2 do 0.01%, następnie roztwór 0.1% morfiny i 0.2% soli kuchennej. Tak zwany tej ostatniej roztwór fizyologiczny 0.6% zachowuje się w sprawie znieczulenia całkiem obojętnie.

Doszedłszy drogą doświadczeń do wniosków tego rodzaju, należało ustanowić takie, określone ściśle rozczyyny znieczulające, któreby, prócz swego wpływu dodatniego, nie podziały na ustrój trująco

nawet w tym razie, skoro użyte będą w ilości znaczniejszej. — Schleich sporządził trzy rodzaje takiego rozczyń, a mianowicie: 1) rozczyń № I mocny, do przygotowania którego bierze się cocaini muriatici 0.2, morphii muriatici 0.025, natrii chlorati 0.2, aq. destillatae 100.0; 2) roztwór № II właściwy: cocaini mur. 0.1, morphii mur. 0.025, natrii chlor. 0.2; 3) roztwór № III słaby: cocaini muriatici 0.1, morphii muriat. 0.005, natrii chlor. 0.2 używany tam, gdzie trzeba wprowadzić duże ilości płynu, jak np. do przekrwionych tkanek zapalnych lub w razie konieczności znieczulenia terytoryów rozległych. Prócz wpływu czysto chemicznego na nerwy, roztwory te znoszą uczucie bólu przez wystąpienie jednoczesne czynników takich, jak wywołanie w danem miejscu sztucznego obrzęku tkanek i bezkrwistości, ucisk, który wywiera płyn zastrzyknięty, wtłaczany w przestrzenie międzytkankowe gwałtownie, niska wreszcie ciepłota cieczy, nie przekraczająca temperatury pokojowej.

Odmierzone odpowiednio do rozpuszczenia następczego w 100.0 wody przegotowanej i sporządzone według przepisu powyższego proszki lub pastylki najlepiej jest nabywać odrazu w ilości większej, ażeby zapas ich mieć zawsze pod ręką; również właściwem będzie przechowywanie roztworów gotowych, lubo większe, litrowe np. zapasy tychże mogą po upływie niejakiego czasu ulegać rozkładowi i zanieczyszczeniu. Można wreszcie rozważyć sobie proszki Schleich'a w ten sposób, ażeby każdy z nich odpowiadał 50.0 roztworu. W razie potrzeby w kółbie miarkowanej gotuje się wodę przekroploną do 50.0 objętości, poczem proszek wsypuje się do kolbki, nakrywa otwór tejże gazą wyjałowioną szczelnie i ostudza. Niektórzy postępują jeszcze inaczej, a mianowicie ilość potrzebną przygotowanego uprzednio zapasowego odczynu wygotowują przed operacją na nowo; postępowaniu takiemu zarzucano niesłusznie, że kokaina wówczas ulatnia się, gdyż przekonały fakty, że znieczulenie, otrzymywane za pomocą tego wtórnie przegotowanego rozczyń, jest równie, jak i przy ad hoc przyrządzonym roztworze, wybitnem. Płynu takiego zastrzykuje się, stosownie do rozległości terenu operacyjnego od 10 do 50.0, a iniekcowanie samo dokonywa się za pomocą większej lub zwyczajnej strzykawki Pravaz'a i, rozumie się, igły wygotowanej. Dr. Braun używa szprycy pomysłu własnego, t. zw. strzykawki uciskowej, zawierającej od 10 do 15.0 płynu, której tłok, poruszany za pomocą szruby, posuwa się łatwo naprzód, co czyni prędszem i skuteczniejszym nasycenie tkanek twardych i blizn zwłaszcza, nadto chirurg ten używa zwykle kaniuli złożonej. Strzykawki 10-gramowe są, rzeczywiście, bardzo praktyczne, tu tylko zwrócić należy uwagę, że dla

ułatwienia sterylizacji lepiej jest używać szpryc szklanych z okuciem tylko metalowem. Tłoki chodzić powinny bardzo szczelnie, bo nieraz zastrzykiwać wypadnie z użyciem ciśnienia wielkiego do tkanek niepodatnych, jak blizny, dziaśła, okostna i t. p. Bardzo dobre są tłoki azbestowe, gumowe winny mieć urządzenie do rozszrubowywania; igły powinny być cienkie, bardzo mocne i ostre, wbijanie bowiem igieł grubych jest bolesne. Prócz igieł zwykłych, których zapas trzeba mieć zawsze, dobrze jest posiadać w zapasie kilka igieł dłuższych i ilość pewną zgiętych półkolisto dla osiągnięcia łatwiejszej podstawy guzów infiltracji. Znieczulanie uprzednie powierzchni skóry strumieniem eteru lub chlorkiem etylu, podejmowane dla zaoszczędzenia choremu bólu od ukłuc igłą nie jest, bynajmniej, postępowaniem godnem zalecenia; należy mieć na względzie, że zamrażanie skóry w miejscach wrażliwych, na powierzchni np. zginaczy palców lub dłoni, jest daleko więcej bolesne, niż wkłucie cienkiej i dobrze zaostrojonej igły, której lękać się będą osobniki nadto chyba wrażliwe. Mając na względzie, że po odkażeniu skóry nawet bardzo dokładnem w warstwach jej głębszych tkwią jeszcze drobnoustroje, że takowe, przedstawiając się dalej z igłą strzykawki, mogą dać początek powstaniu sprawy zapalnej, niektórzy chirurdzy podczas znieczulania terenu operacyjnego starają się wykonywać jak najmniej nakłuc i posuwają wepchniętą raz igłę w kierunkach rozmaitych, przyczem, rzecz prosta, używa się strzykawek dużych. Takie postępowanie jednak jest mniej pewnem, już choćby z tego względu, że płyn nasycza tkanki nie wszędzie jednakowo. Lepszą jest zwykła szprycka Pravaz'a, której igłę wkłupa się w tkanki za każdym razem oddzielnie. Za pożyteczny również zwyczaj przyjąć należy nakreślenie przed zastrzyknięciem płynu jodyną linii na skórze; brunatna smuga ta wskazuje wyraźnie, w jakim kierunku injekować wypadnie płyn Schleich'a, z drugiej zaś strony tego rodzaju przyżeganie wywiera na drobnoustroje danego obrębu skóry wpływ ujemny. Dalej, należy pamiętać, że każda różnica większa pomiędzy ciepłotą zastrzykiwanego środka i ustroju działa na nerwy czuciowe drażniąco, że strzykawka czynność swą odbywać musi bardzo dokładnie, gdyż za pomocą narzędzia, działającego słabo, niepodobna wtłoczyć ciecz do tkanek, cokolwiek twardszych. Rozczynem znieczulającym nastrzykuje się całe pole operacyjne wraz z tkankami, leżącemi głębiej odrazu, jeżeli bowiem rozczyn ten zastrzykiwać będziemy do tych ostatnich po przecięciu skóry, płyn ścieka natychmiast prawie na zewnątrz.

Jeżeli nasylenie terenu operacyjnego roztworem Schleich'a dokonane zostanie dokładnie, na całej przestrzeni nacieku otrzymuje się

zniesienie uczucia bólu zupełne. Chory czuje, wprawdzie dokonywane nad nim manipulacje, bólu jednak nie doznaje żadnego. Bolesność pierwszego ukłucia i zastrzyknięcia jest na tyle nieznaczna, że nie wywołuje zazwyczaj ze strony osobnika narzekań żadnych, zastrzykiwania następne tem więcej są dlań obojętne, ile że dokonywa się ich w okolicy już znieczulonej. Nie wszędzie jednak nasycanie roztworem Schleich'a odbywa się bez żadnej dla operowanych przykrości; do tych najbardziej wrażliwych części ustroju należą przede wszystkim palce, zwłaszcza zaś powierzchnia ich dłoniowa, oraz te miejsca na twarzy, gdzie skóra mało jest ruchomą i gdzie rozciąganie przez płyn zastrzykiwany tkanek niepodatnych jest dosyć przed wystąpieniem anestezji bolesne. Według Schlatter'a i Hofmeister'a, bardziej wrażliwemi jeszcze na nasycanie owo są tkanki zapalne, które, zdaniem autorów tych, z trudnością tylko udaje się znieczulić metodą, w mowie będącą, wielu zaś sądzi, że powstający po zastrzyknięciu naciek, wzmagając stopień ucisku nerwów, sprzyja raczej wzmaganiu się uczucia bólu. Że pogląd taki w znacznej swej mierze jest błędnym, przekonałem się o tem dostatecznie i niejednokrotnie, stosując metodę naciekową Schleich'a na oddziale chirurgicznym d-ra Kijewskiego w szpitalu Wolskim, w przypadkach takieli, jak rozlane zapalenie ropne gruczołów sutkowych, pochewek ścięgniowych, ropnie, wąglik zastrzały i t. p. Trzymając się ściśle w sprawie zastrzykiwań cieczy znieczulającej dwóch kardynalnych warunków: zastrzykiwań warstwami i dużej stosunkowo ilości cieczy, nie zauważono ani razu, aby osobnik obarczony jednym z cierpień, wyszczególnionych powyżej, odczuwał ból podczas wykonywania cięć skóry. Znieczulenie i w tym rodzaju przypadków było zupełne, a przedwstępna, zależna od nacieku uciskającego bolesność — nader krótkotrwałą. Rzecz prosta, czynności dalsze, jak wyłyżeczkowanie np. tkanek zwyrodniałych bywało bolesnem, nie w takim jednak stopniu, jak wtedy, gdy operowało się bez znieczulenia żadnego. Również technie mocną przesadą i drugi, często przez przeciwników metody Schleich'a przytaczany zarzut, że nacieczenie tkanek płynem w mowie będącym, zaciera zupełnie granicę pomiędzy tkankami zdrowymi a zmienionymi chorobowo. Guziki małe, np. kaszaki, twierdzi dr. Trofimow ¹⁾ gubią się zupełnie wśród spęczniałej

¹⁾ Trofimow M. „Miestnoje obezboliwanje propitywanjem tkaniej po sposobu Schleich'a.“ Chirurgia, № 35, 1899.

tkanki podskórnej (!). Ponieważ tkanki nacieczone stają się więcej spoistemi, trudniej ma być, jakoby, wymacać części, kwalifikujące się do usunięcia, najbardziej zaś strony te ujemne mają występować tam, gdzie tkanek luźnych jest dużo, a stosunki anatomiczne są powikłane, jak to ma miejsce na szyi na przykład. To zależne od powstającego nacieku napęcznienie, szklistość i bledność tkanek ma, zdaniem niektórych, stanowić dla operującego przeszkodę, nader poważną podczas operowania pod anestezją miejscową nowotworów złośliwych. Tu wspomnę, że doświadczenia późniejsze zadały w znacznym stopniu kłam twierdzeniu temu, ilość zaś spostrzeżeń, w których wycinano guzy po znieczuleniu uprzedniem pola operacyjnego płynem omawianym wzrasta stale i niepomierne. Pamiętam dobrze przypadek, operowany w roku ubiegłym przez d-ra Kijewskiego i dotyczący mężczyzny z wybitnem gruczołom szyjowym zwyrodnieniem nowotworowem (lymphomata maligna, gdzie pewne, zaważone przez metodę Schleich'a, nacieczenie tkanek, nie zaciemniało operującemu terenu bynajmniej. I niedawno również obecny byłem przy wycinaniu z części głowy uwłosionej kilku kaszaków; operowanej zastrzykiwano miejscowo płyn znieczulający, poczem usuwano kaszaki doszczętnie; nie widziałem wcale, by te ostatnie „gubiły się wśród spęczniałej tkanki podskórnej“. Mniemam natomiast, zgodnie z innymi, że otrzymywana drogą tą przezroczystość tkanek ułatwiać może bardzo np. odnajdywanie wśród tychże ciał obcych.

Występujące po zastrzyknięciu drogą stykania się środka z końcami nerwów znieczulenie trwa zwykle od 20 do 30 minut, utrzymuje się zatem przez okres czasu taki, który wystarcza zupełnie do wykonania operacji takich nawet, jak odcięcie kończyny, wytworzenie przetoki żołądkowej, herniotomia i t. p. Wpływ znieczulenia można przedłużyć i wzmocnić przez nałożenie tam, gdzie operuje się na kończynach, opaski Esmarcha, którą wszelako stosuje się po dokonaniu zastrzyknięć dopiero; można wreszcie i dawkę powiększyć, a mianowicie: biorąc pod uwagę ilość kokainy, wchodzącej w skład każdego z trzech rozczyńców Schleich'a, nie trudno obliczyć, że rozczyńcu № 1 można śmiało zaaplikować choremu 25.0, rozczyńcu № 2, który używa się do operacji najczęściej i daje miejscowo znieczulenie zupełne, występujące po zastrzyknięciu natychmiast daje się bez wahania 50.0, w końcu roztworu № 3 — 500.0. Ze względu, że nieobojętne te dla ustroju środki wprowadzamy choremu w rozrzedzeniu znacznem, w danej jednostce czasu nieznaczna ilość ich przedostaje się do krwiobiegu i wydaloną zostaje niebawem

przez nerki, zresztą, płyn zastrzyknięty rozlewa się przeważnie po powierzchni rany ¹⁾).

Postępowanie Schleich'a, mimo swych oczywistych i niezaprze-
czonych zalet, nie odrazu zdobyło sobie uznanie w świecie lekarskim.
Pierwszą o metodzie znieczulająco-naciekowej wzmiankę uczynił sam
twórca tejże na jednym z posiedzeń Berlińskiego Towarzystwa Lek-
arskiego w roku 1891. Latem roku następnego komunikat ten po-
wtórzony został na zjeździe XXI chirurgów niemieckich, we dwa
lata zaś później w czasopiśmie „Therapeutische Monatshefte“ ogło-
szoną została przez Schleich'a praca obszerna o wprowadzonej prze-
zeń w użycie metodzie znieczulającej. Tu wspomnieć trzeba, że nie-
które w pracy powyższej wyrażone poglądy uległy dziś już przeo-
brażeniom znacznym, a zwrot najważniejszy dokonany został w okre-
śleniu istoty działania fizyologicznego, które wywiera roztwór w mo-
wie będący. Schleich mniemał, że ten ostatni działa mechanicznie
tylko (ucisk nerwów i oziębienie miejscowe), badania późniejsze wy-
kazały, że chodzi tu głównie o oddziaływanie chemiczne pomiędzy
kokainą i protoplazmą komórek, z których nerwowe zwłaszcza są
bardzo na wpływ kokainy wrażliwe. Warunki, na jakie Schleich
kładał nacisk pierwotnie, są, o ile zdaje się, pomocniczymi jedynie
momentami, obniżającymi zdolność protoplazmy komórek do przeciw-
działania takiego, które mogłoby unicestwiać wpływ kokainy. Nie-
trafność początkowej argumentacji Schleich'a i niefortunnie dokonana
przezeń na zjeździe próba zastosowania metody nad jednym z cho-
rych, wzbudzały zrazu niedowierzanie ogólne; metodzie zarzucano,
między innymi, homeopatyczność zalecanych przez nią dawek kokainy
i t. p. Okres ten jednak przeminął, na szczęście, dość prędko, bo
już w roku 1895 znajdujemy o niej ocenę pochlebnią, wygłoszoną
przez Scharff'a i Braatz'a, w r. 1896 chwałą ją: Kolaczek, Mehler,
Dipper, Schlatter i Gottstein; w r. 1897 — Hofmeister, Briegleb
i Haberern, na 27-ym wreszcie zjeździe chirurgów niemieckich w ro-
ku 1898 mówili o niej z uznaniem: Braun, Rubinstein, Minkiewicz,
Manz i Wohlgemuth. Dziś znieczulanie sposobem Schleich'a rozpo-
wszechnionem zostało nader szeroko, a na wielu oddziałach chirur-
gicznych z chloroformem ma się do czynienia rzadko kiedy zaledwie.

Że o zupełnem narkozы chloroformowej porzuceniu myśleć na-
wet nie można dziś jeszcze, w sprawie tej trudnem byłoby mieć zda-

¹⁾ M. Herman. „O znieczulaniu miejscowem i granicach jego stosowa-
nia.“ Gaz. Lek., № 51, 52 i 53, 1898.

nia dwa odmienne; do usypiania chorego chirurg uciekać się będzie i powinien w trudnych do rozpoznania cierpieniach stawów lub w zawiślanych przypadkach guzów jamy brzusznej; dalej, tam, gdzie chodzi o pozyskanie zupełnego zwiotczenia napiętych mięśni, w przypadkach zwicznąć, wobec przykureżeń stawowych natury zapalnej, przystępując wreszcie do operowania osobników łęklowych i dzieci. W tych razach chloroform, niewątpliwie, nie da się nigdy zastąpić przez środek inny. Za to jednak w całym mnóstwie operacji, gdzie nie chodzi o warunki, wyszczególnione powyżej, znieczulanie miejscowe metodą, w mowie będącą, wyrugowało chloroform niemal zupełnie, a płyn Schleich'a wystarcza i wobec tego rodzaju operacji wielkich, dla których narkoza ogólna wydawała się konieczną do niedawna jeszcze.

To też ilość sprawozdań, podnoszących zalety omawianego środka, wzrasta dziś coraz bardziej, a piśmiennictwo odnośnie zdołało już zebrać imponującą ilością swą wiązkę faktów klinicznych. Jak widać z pracy d-ra Sudeck'a ¹⁾, na oddziale Wiesinger'a w Hamburgu już w roku 1897 operowano za pomocą znieczulenia roztworem S. przepukliny uwięźnięte i wolne, a przypadków takich naliczono 30. Referat opiewa, że operowani w ten sposób doznawali w przebiegu rękoczynu bólów wogóle bardzo niewielkich, tak że u kilku osobników zaledwie trzeba było dokończyć tenże pod chloroformem. Zauważono, że chorzy, u których stosowaną była anestezja miejscowa tylko, czuli się po operacji daleko lepiej, niż chloroformowani i że roztwór znieczulający działał skuteczniej u chorych na przepukliny zaciśnięte. W przypadkach poważnych operacji brzusznych, jak: gastroenterostomia, cholecystotomia i t. p. znieczulenie miejscowe wystarczało nie zawsze, ale w wielkiej ilości operacji mniejszych, podczas wyluszczenia np. guzów niewielkich lub żylaków podudzia, nie mówiąc już o cięciach, działało znakomicie. Próby wszelako znieczulania guzów zapalnych (bubones, panaritia) najczęściej nie udawały się. Do operacji na palcach W. używał roztworu najmocniejszego (№ 1), przyczem członczek palca podstawowy podwiązywał opaską gumową dla przeszkodzenia wessaniu się płynu znieczulającego, poczem zastrzykiwał tenże do tkanki podskórnej pomiędzy uciskadłem i polem operacyjnym, wybierając do zastrzyknięć powierzchnie palców boczne i wyprostne. Po wkłuciu szybkim cienkiej igły Pravaz'a tę ostatnią przesuwno tuż koło kości i ku środkowi strony dłoniowej.

¹⁾ Deut. med. Woch., № 8, 1898.

pozostawiając wszędzie po kilka kropli cieczy. Po wykonaniu manipulacyi teje po drugiej stronie palca igłę wbiąło się poprzecznie pod skórę powierzchni wyprostnej. Stosując to, t. zw. znieczulenie obwodowe, otrzymywano zwykle po upływie 10 minut zniesienie uczucia bólu w palcu doszczętne, które ogarniało wszystkie jego części składowe: skórę, powięź, kości i staw i które trwało dotąd, dopóki uciskadło siedziało na palcu, a nawet i w ciągu minut kilku po jego zdjęciu. Na tak przysposobionym palcu można, jak przekonano się o tem niejednokrotnie, wykonywać wszelakie zabiegi dowoli, nie wykluczając nawet amputacyi lub wyluszczenia ze stawu.

W najświeższej swej pracy sprawozdawczej prof. Rydygier mówi pokrótce o rodzaju znieczuleń, stosowanych wobec podjętych na klinice Lwowskiej operacyi i z wielkiem podnosi uznaniem zalety sposobu Schleich'a ¹⁾. Do metody tej uciekano się dość często nawet w poważnych bardzo wypadkach, np. dla usunięcia zajętej przez gruźlicę nerki. W tym razie na pominięciu chloroformu korzysta chory bardzo wiele, zwolniony jest bowiem od środka działającego ujemnie i drażniąco na nerkę pozostała, która przecie odbywać ma czynność fizyologiczną podwójną. Pouczajacem również jest zestawienie przypadków odnośnych przez T. Wikerhauser'a, który od lat już dwóch używa z powodzeniem znieczulenia w mowie będącego, stosując je z postępem czasu coraz częściej ²⁾. Chirurg ten używał metody S. w 113 rękoczynach większych, do których wliczyć należy: 13 przypadków tracheotomii, 8 — wola, 5 operacyi na pęcherzu moczowym, 27 laparotomii, 21 cięć przepuklinowych, 18 zabiegów na kościach. Niekiedy, w momentach pewnych, jak np. podczas zaszywania rany brzusznej lub piłowania odejmowanej kości stosowano lekkie uspienie chloroformowe, nietyłe dla zaoszczędzenia bólu, którego operowany doświadczał bardzo mało, ile dla zaoszczędzenia mu przykrych wrażeń słuchowych, jak zgrzyt piłki i trzask łamiącej się kości własnej. Podnosząc strony dodatnie znieczulania miejscowego, autor ten nie ukrywa bynajmniej i stron ujemnych, jak niedogodność manipulowania ręką operatora w jamie brzusznej nie uspiętego chorego, jak wiadomo bowiem, płyn S. nie unicestwia napięcia mięśni; dlatego też niejednokrotnie podczas wykonywania u osobników ta-

1) L. Rydygier. „Drugi rok istnienia kliniki chir. we Lwowie“ (Nowiny Lekarskie, № 5, 1899).

2) T. Wikerhauser. „Operationem mit Schleich'scher Analgesie“ (Centralbl. für Chir., № 42, 1899).

kich gastroenterostomii trudnem było wyszukanie pętli jelita właściwej. Również szwankowało w razach tych i zeszywanie powłok brzucha warstwowe: tu znowu pękały szwy, nałożone na otrzewną. Z uwagi, że zastrzykiwania do tkanek zapalnych bywały bolesne te ostatnie rozpoczynano zwykle w znacznej od ogniska chorobowego odległości, t. j. w tkankach zdrowych i posuwano się ku niemu powoli tylko. Przystępując wreszcie do zabiegów większych i bolesnych, dr. W. zastrzykiwał na kwadrans przed rozpoczęciem tychże 0.01 — 0.15 morfiny, co zwykle na zmniejszenie się uczucia bólu miało wpływ bardzo dodatni.

Ciekawych co do użyteczności metody Schleich'a dowodów dostarcza najświeższa o tym przedmiocie praca R. Trzebickiego, streszczona w „Nowinach Lekarskich“¹⁾. Za pomocą znieczulenia naciekowego operowano w szpitalu Św. Łazarza w Krakowie w 181 przypadkach. Rękoczynów mniej ważnych nie biorę tu w rachubę, nadmienię tylko, że w liczbie powyższej mieści się 51 operacji wycinania narośli i nowotworów, prócz raka, tu bowiem przed rękoczynem stosowano chloroform. Dalej, do metody w mowie będącej uciekano się w 44 operacjach wola, w 18 laparo- i herniotomiach, w 3-ch gastrostomiach, w 1-ym przypadku gastroenterostomii, w 2-ch jejunostomiach, raz jeden, przystępując do cholecystotomii; wreszcie w 36 operacjach przepuklin. U 10 osobników wypilowywano „pod Schleich'em“ żebra z przyczyny otoku ropnego w opłucnie, dalej operowano w ten sposób w jednym przypadku wodniaka, w 3-ch przypadkach trzebień obustronnego i raz jeden wobec żyłaków powrózka (varicocele). Płyn znieczulający w spostrzeżeniach tych zastrzykiwano po kolei w skórę, tkankę podskórną i warstwy głębsze, nie stwierdzając ani razu objawów zatrucia kokainą. Jeżeli trzeba było wyluszczać guz, injekowano środek powyższy i pod podstawę nowotworu, a od zasady tej odstępowano w przypadkach wola jedynie z przyczyny trudności natury technicznej i z obawy zranienia naczyń przez manipulowanie w znacznej głębi. Trzebicki twierdzi, że postępowanie Schleich'a nie nadaje się w przypadkach cierpień natury zapalnej, wzmagając bowiem istniejące już nacieczenie tkanek i napięcie, bóle powiększa tylko; również nie należy posługiwać się metodą tą dla błon śluzowych, tych bowiem nie uda się nigdy wyjałować dokładnie. Tam, gdzie trzeba wyluszczać nowotwory złośliwe, anestezja infiltra-

¹⁾ R. Trzebicki. „O znieczuleniu miejscowem sposobem Schleich'a.“
Nowiny Lekarskie, № 8 i 9, 1899.

cyjna również, zdaniem autora, nie jest właściwą, naciek bowiem zaciera granice pomiędzy tkankami zwyrodniałymi a zdrowymi, przy czem wskutek porażenia naczyń najdrobniejszych, co ma miejsce w razie zastosowania metody S., powstaje krwawienie, bardziej, niż zwykle, obfite, nie przyczyniające się wcale do uwydatnienia kresów szerzącego się raka. Poza tem T. poleca gorąco metodę powyższą, która co do stłumienia bólu w terenie operacyjnym, nie zawodzi nigdy.

Na oddziale chirurgicznym d-ra Kijewskiego w szpitalu Wol skim stosowano znieczulenie na sposób Schleich'a do chwili obecnej w 142 operacjach, z których na sprawy zapalne przypada 73, a mianowicie: zastrzykiwano przed rękoczynem płyn, w mowie będący u osobników z zastrzałem (przypadków 9), z rozległą nieraz ropówką (przyp. 34), zapaleniem gnilnem pochewek ścięgniastych (7), wąglikiem (2), w przypadkach zapalenia ropnego tkanki przyodbytnicowej (2 razy), zapalenia gruczołów sutkowych (10), ropni (8), wreszcie w jednym przypadku zapalenia gruczołów pachwinowych. — Dalej, operowano pod znieczuleniem naciekowym w przypadkach wilka (lupus reg. parotid. dex.), zgorzeli palców, zapalenia okostny i ropni okołostawowych, podczas wyłuszczenia zwyrodniałych gruczołów szyjowych (sposprzeżeń 6), u jednego chorego z czarną krostą, wobec zapalenia ślinianek przyusznych, rozlanego ropnego zapalenia gruczołu tarczowego (strumitis suppurativa), w 2-ch przypadkach wiercenia wyrostka sutkowego (otitis media), przed rezekcją zajętego grzlicą stawu golenio-stopowego i w przypadku ropnego zapalenia jądra (orchitis dextra purulenta). Rzecz prosta, anestezją w mowie będącą posługiwano się *larga manu* i w t. zw. operacjach czystych; znieczulano zatem pole operacyjne, przystępując do wykonania zabiegów takich, jak: wyłuszczenie nowotworów o wymiarach różnych (2 przypadki wycięcia mięsaka ramienia, wycięcie gruczolaka sutki, nowotworu złośliwego szyi, naczynio-chłoniaka torbielowatego wargi dolnej, kaszaków i torbieli skórzastych głowy, raka wargi dolnej, jeden przypadek wągra podbródka — *cysticercus cellulosaе menti*), dalej dla usunięcia ciał obcych, u osobników, którym wyłuszczano wodniaki przedrzepkowej torebki maziowej (*bursitis praepatellaris*, przyp. 6) lub usuwano wysięki z błony pochewkowej jądra (*hydrocele*). Pod znieczuleniem miejscowem rezekowano żebra w 3-ch przypadkach sprawy wysiękowej w opłucnie, rezekowano lub obcinano palce, uległe ranom miażdżonym, dokonano rezekcji chorego na grzlicę mostka, dłutowano kości dla usunięcia martwaków (*osteomyelitis cum necrosi*); tu należą również przypadki otwarcia stawu kola-

nowego wobec zapalenia tegoż i ropnicy, zeszywania ścięgien, operowanej przetoki odbytu (fistula ani completa), tracheotomii i załupka (phimosis). Metody powyższej użyto z powodzeniem wielkiem w przypadkach operacyjnych przepuklin, przyczem dwa razy miano tu do czynienia z uwięzniętymi przepuklinami udowemi (hernia cruralis incarcerata), raz jeden z wolną przepukliną pachwinową i takąż zaściętą, raz wreszcie jeden z uwięzniętą przepukliną pępkową u 70-letniego przeszło mężczyzny. W 3-ch z tych przypadków dokonano „pod Schleich'em“ hernio-laparotomii, przyczem w przypadku ostatnim wycięto 54 ctm. dotkniętej zgorzelą kiszki cienkiej. U jednej chorej, która przechodziła sprawę ropno-zapalną w pęcherzyku żółciowym, wykonano laparotomię bez narkozy ogólnej, lecz poprzestając na znieczuleniu powłok brzusznych na sposób Schleich'a; wreszcie, metodę tę zastosowano u chłopca z objawami niedrożności jelit, któremu po laparotomii i przyszyciu jelita cienkiego do otrzewny ściennej wykonano odbył sztuczny (anus contra naturam).

Jak widzimy, sposób znieczulania naciekowego wypróbowany został na oddziale d-ra Kijewskiego nader różnorodnie i wszechstronnie. Materiał tak obszerny i wynikające stąd doświadczenie upoważniają mnie, sądzę, do wygłoszenia uwag nad metodą stosowania omawianego środka. W szpitalu Wolskim stosujemy najczęściej średni, t. zw. prawidłowy rozczyn Schleich'a, przyczem nie gotujemy, nie wyjaławiamy przed operacją płynu znieczulającego za każdym razem z osobna, poczytując tego rodzaju pedanterię, dopilnowywaną na niektórych oddziałach za bezcelową i marną stratę drogiego czasu. Wysterylizowany raz jeden w ilości większej płyn S. przechowuje się w zakorkowanej szczelnie 100-gramowej flaszeczce, a ilość środka, potrzebną do rękoczynu, wlewa się do wymytego eterem kieliszka, nie wpadając w ten sposób w praktykowany przez niektórych chirurgów śmieszny na punkcie aseptyki fanatyzm, metodę znieczulania wykonywamy często, oszczędzając sobie czasu, a choremu nie zawsze dlań miłych chwil wyczekiwania. Że tego rodzaju obchodzenie się ze środkiem w mowie będącym nie przedstawiało nic do życzenia, świadczy o tem wymownie brak jakichkolwiek, zależnych od zastrzyknięć powikłań w okresie gojenia ran operacyjnych. Po wymyciu wodą ciepłą (takową mamy stale w sali operacyjnej) z mydłem, wytarciem eterem i odkażeniu pola operacyjnego, zastrzykujemy płyn S. pod skórę, robiąc ilość nakłuc zależną od odmiennych warunków spostrzeżenia pojedynczego; nakłucia następne wykonywa się zwykle na granicy pęcherza, który powstał po zastrzyknięciu poprzedzającym, dzięki temu bolesną bywa tylko iniekcya pierwsza, dalszych

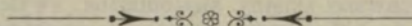
bowiem dokonywa się już w znieczulonym miejscu. Osobliwych, lubo takowe mogą być użyteczne, strzykawek nie używamy bynajmniej, posługując się zwykłymi tylko szprykami Pravaz'a o igłach wygotowanych ostrych i cienkich. Do znieczulenia kawałka skóry wymiarów średnich i wykonania operacji niezbyt długiej, jak np. cięcie i wyskrobanie lub wyluszczenie guzika, wystarcza zazwyczaj 5 do 8 strzykawek, co odpowiada takiej samej ilości roztworu. Nie mówiąc o t. zw. operacjach czystych, t. j. podejmowanych wobec cierpień niezapalnych, wynik stosowania zabiegu Schleich'a w przypadkach ropówki lub zastrzału bywał stale nader dodatni. Każdy na owych przypadkach przekonać się mógł łatwo, że uwagi autorów co do niezwyklej bolesności samego w razach zastrzykiwania płynu tchną wielką przesadą; nie ulega wątpliwości, że wbijanie igły w skórę, pokrywającą ognisko zapalne i sam akt zastrzyknięcia są bardziej dla chorego przykre, niż rękoczyny te same w skórze zdrowej, lecz jest to ból, jak opowiadali mi chorzy rozsądniejsi, całkiem przy pewnym zasobie cierpliwości do zniesienia możliwy. Różnice indywidualne i tu występują również w całym swym blasku; widywałem bowiem histeryczki lub osobistości nieinteligentne, które po wkłuciu igły do skóry zdrowej krzyczały w niebogłosey; z drugiej zaś strony napotykałem ludzi, co nie mrugnęli okiem, choć zastrzykiwało się im ciecz S. do rozległego zapalno-ropnego ogniska. To ostatnie zawsze dawało się znieczulić całkiem dostatecznie; po zastrzyknięciu kilku jednogramowych strzykawek płynu można było np. spokojnie doprowadzić do końca operację zapalenia ropnego sutki (mastitis), przyczem operowane podczas dokonywania cięć, wycinania tkanek zniszczonych, zakładania w głąb' pasków gazy nie doznawały bólu zupełnie, odczyn zaś na takowy występował wtedy tylko, gdy resztki chorobowego ogniska wyskrobywano łyżką ostrą. Ostatecznie, operując „pod Schleich'em“ ropnie, wąglik lub zastrzały można od wyskrobywania powstrzymać się, ta bowiem część zabiegu nie jest konieczną.

Że i dłużej trwające operacje są zupełnie dla znieczulenia omawianego podatne, przekonałem się o tem dostatecznie na szeregu hernio- i laparotomii, z których jedną w charakterze przykładu omówię w słowach kilku. Mężczyźnie pewnemu wykonywano na oddziale d-ra Kijewskiego operację radykalną przepukliny na sposób Bassini'ego. Operowanemu zastrzyknięto przed zabiegiem 10 jednogramowych strzykawek płynu pod skórę, poczem stwierdzono, co następuje: chory cięcia skórne nie czuł wcale, nie wiedział, kiedy to ostatnie zostało dokonane; zaczął narzekać nieco podczas wykonywania manipulacji nad workiem przepuklinowym, narzekał więcej tro-

chę, gdy wyosabniano mu sznurek nasienny, poczem uspokoił się zupełnie, bólu podczas nakładania szwu nie doznawał żadnego. Znieczulenie trwało tu zatem pół godziny co najmniej, a ból, którego chory ów doświadczył w środku operacji, był tak nieznaczny, że śmiało można nie liczyć się z nim zupełnie. Przebieg równie pomyślny i taką samą płyną znieczulającego skuteczność na jednym stwierdziłem osobniku, któremu dr. Kijewski wykonał tracheotomię, niedawno zaś na tymże oddziale wykonaną została z zastosowaniem metody Schleich'a hernio-laparotomia, przyczem osobnikowi, pozostającemu w świadomości zupełnej i zachowującym się podczas operacji zupełnie spokojnie, wyrezekowano 54 ctm. jelita cienkiego. Znieczulenie miejscowe wystarczyło tu zupełnie do najprawidłowszego ukończenia rękoczynu chirurgicznego. Nie mogłem też stwierdzić nigdy jakichkolwiek po zastosowaniu owej metody znieczulenia wpływów na ustrój ujemnych w okresie pooperacyjnym, jakiegoś, choćby przelotnego tylko działania szkodliwego kokainy, o czem tak głośno niektórzy mówią chirurdzy.

Na mocy pokaźnej stosunkowo ilości spostrzeżeń odnośnych, w których wypróbowaniem było znieczulenie miejscowe na sposób Schleich'a, śmiem twierdzić, że metoda ta nader często z korzyścią dla chorego stosowaną być może zamiast chloroformu, tam zaś, gdzie ten ostatni jest przeciwwskazany stanowczo z uwagi na wybitne wyczerpanie chorego, w mowie będąca analgezja miejscowa jest środkiem jedynym, który umożliwia wykonanie takiemu choremu operacji. O ile zaś znieczulanie takie jest w wielu razach pożyteczniejszem od narkozy ogólnej, nie trudno przekonać się, zważywszy liczne tej ostatniej strony ujemne i braki. Metoda S. zaoszczędza nam tedy przedewszystkiem ofiar, które mogłaby pociągnąć za sobą narkoza ogólna, zwalnia chorego od wielu, tak przykrych w okresie pooperacyjnym powikłań, jak np. żółtaczką lub wymioty; operowany, który nie śpi, więc zdaje sobie sprawę z sytuacji, nie przeszkadza tu chirurgowi bezmyślnem miotaniem się, możność zaś uduszenia się śluzem lub wydzieliną, zapadaniem się języka nareszcie jest w tych warunkach wykluczoną zupełnie, a rzecz to nie małej wagi podczas wykonywania takich, jak laryngofisura, tracheotomia lub pleurotomia zabiegów. Lekarz, wolny od duszącej go zmory niepewności, jaką nastęrcza akt chloroformowania, całą uwagę swoją skupić jest w stanie na samej operacji tylko, pomocnik, czuwający nad narkozą, staje się zbytecznym, co w praktyce prowincjonalnej np. jest bardzo ważnem, ręce bowiem jego i głowa zużytkowanemi być mogą do samej operacji właściwej jedynie. Wielu z operowanych, do łóżka przez

chloroform przykutych tylko, po rękoczynnie, podjętym z zastosowaniem metody Schleich'a, unika nieraz konieczności owej, co dodatnio tylko wpłynąć może na stan ustroju ogólny. I w wielu razach operuje się łatwiej „pod Schleich'em“, pamiętać bowiem należy, że z nastrzykniętych dobrze i mocno napęczniałych tkanek krew zostaje wyciśniętą prawie zupełnie, tak, że z początku, przynajmniej, operuje się jakby po nałożeniu opaski Esmarch'a. Że zaś w mowie będący sposób znieczulenia jest zabiegiem całkiem niewinnym, że nie może być tu mowy ani o zatruciu ustroju operowanego, ani też o jakimkolwiek opóźnieniu w przebiegu gojenia się rany, są to już rzeczy dawno wiadome i stwierdzone stanowczo.



II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby układu nerwowego.

124. E. Boinet. O płasawicy połowicznej przedporażennej. („De l'hémichorée praeparalytique“. — Arch. Gener. de Médec., № 1, 1900 roku).

Ruchy płasawiczne w kończynach porażonych, będące następstwem rozmiękczenia, są zjawiskiem stosunkowo dość często spostrzeganem, wystąpienie jednak płasawicy połowicznej, jako zwiastuna porażenia, spotyka się niezmiernie rzadko. Do czasów Charcot'a zanotowano zaledwie trzy podobne przypadki; później opisano jeszcze kilka. Autor dorzuca do nich jeszcze 2, spostrzegane przez siebie na oddziale szpitalnym.

Taka płasawica przedporażenna różni się, według Reymond'a, od spostrzeganey po porażeniach następującymi właściwościami:

- 1) ruchy jej mają mniejszy rozmach;
- 2) czas trwania znacznie krótszy, gdyż zazwyczaj już po kilku dniach występuje porażenie i ruchy płasawiczne ustają;
- 3) zajęta bywa najczęściej jedna tylko kończyna, przeważnie górna.

Co do przebiegu klinicznego, to płasawica przedporażenna może się zjawiać w dwojaki sposób. W jednych przypadkach spostrzegamy jako pierwszy objaw choroby ictus apoplecticus, po którym chory wpada w śpiączkę, a jednocześnie w tej lub drugiej połowie ciała występują ruchy płasawiczne. Trwa to dni kilka, potem ruchy ustają i wówczas dopiero mamy obraz porażenia połowicznej strony, zajętej przez płasawicę.

W przypadkach takich, kończących się zwykle po 8 — 20 dniach śmiercią, jednocześnie z porażeniem połowicznym istnieje i połowiczne znieczulenie (Hemiplegia cum anesthesia).

Lecz płasawica przedporażenna może przebiegać i w inny sposób. Ruchy płasawiczne zjawiają się w jednej połowie ciała nagle, scmodzielnie, jako najwcześniejszy objaw, bez śladu udaru. Po kilku dniach dopiero widzimy insultus apoplecticus, a po nim porażenie połowiczne wraz ze znieczuleniem.

Chorzy tego rodzaju zwykle szybko przychodzą do siebie, lecz jeśli podobne napady (płasawice z następczem porażeniem) ponawiają się, wówczas i tu (również) śmierć niezbyt długo każe czekać na siebie.

Dla rokowania zatem gorsze znaczenie ma płasawica poudarowa, niż przedudarowa. Przy badaniu pośmiertnym tego rodzaju przypadków znajdowano zawsze zmiany anatomiczne (wylewy, rozmięczenia) w ściśle określonej okolicy mózgowia, a mianowicie w tylnym odcinku torebki wewnętrznej, na wysokości okolicy soczewkowo-wzrokowej (regio optico-lenticularis), odżywianej przez Art. optica posterior. W przypadkach przeto płasawicy przedporażennej zajęte bywają drogi ruchowe korowo-odnogowe (tractus cortico-peduncularis). Drogi te przechodzą przez tylny koniec thalami optici, idąc przed i po za włóknami czuciowymi, na skutek czego i te ostatnie bywają dotknięte, co nam tłumaczy istnienie w tego rodzaju przypadkach i znieczulenia połowicznego.

Przy płasawicy zaś poporażennej zmiany chorobowe spotykają się w najrozmaitszych miejscach, na całym przebiegu pęczka piramidального.

Przypadki, opisane przez autora, przedstawiają się w następujący sposób:

I) Kobieta lat 65, bez żadnych poprzedzających objawów, bez utraty przytomności, dostała gwałtownych ruchów płasawicznych w lewej połowie ciała (ręka i noga). Ruchy te z początku pozwalały jej jeszcze choć z trudnością chodzić, w końcu jednakże, potęgując się stopniowo, zmusiły ją do udania się do szpitala. Przy badaniu nie znaleziono żadnych objawów porażenia w kończynach zajętych; czucie, odruchy, żrenice prawidłowe.

Po pewnym jednak czasie ruchy płasawiczne stopniowo łagodniały, a jednocześnie wystąpiło wzmagające się osłabienie siły w zajętych kończynach wraz z szybko idącym zanikiem mięśni.

Wreszcie ruchy płasawiczne znikły, dotknięte zaś niemi kończyny stały się niezdolne do użytku wskutek zupełnej niemocy.

II) Mężczyzna lat 74, niesyfilityk, z wyraźnym stwardnieniem naczyń. Na pewien czas przed wstąpieniem do szpitala miał coś w rodzaju lekkiego udaru (zawrót), bez utraty jednak przytomności, poczem zaraz wystąpiły w prawej połowie ciała ruchy płasawiczne takiego natężenia, że chory od nieustannego tarcia nogi o prześcieradło, zdarł sobie naskórek na pięcie. Po kilku dniach ruchy te zmniejszyły się znaczne, lecz wzamian w palcach rąk i w stawie napięst-

kowym ręki i w odpowiednich stawach nogi wystąpiły ruchy atetotyczne. Powoli i te ruchy zaczynają się zmniejszyć, jednocześnie zaś występuje osłabienie i zanik w zajętych kończynach; w końcu nadchodzi taka chwila, że obie kończyny (ręka i noga) leżą bezwładnie i bez ruchu. Czucie zachowane, lekka asymetria twarzy, język zbacza na prawo. Z powodu wystąpienia w następstwie zaburzeń w sferze psychicznej o charakterze prześladowczym przeniesiono chorego do zakładu dla obłąkanych.

Opisane przez autora przypadki nie zupełnie odpowiadają ustanowionemu przez Charcot'a, Raymond'a i Grasseta typowi płasawicy przedudarowej, — nie mamy tu zwykłej szybko występującej hemiplegii, lecz powolne osłabienie wraz zanikiem, a także brak hemianestezyi. W obydwu przypadkach autor przypuszcza istnienie ogniska, rozmięczenie w mózgu z następczem zwyrodnieniem pęczka piramidального.

Szkoda jednakże, że przypuszczenia te nie mogły być stwierdzone badaniem pośmiertnem.

Autor w końcu swej pracy zwraca jeszcze uwagę na jedną z cech płasawicy przedporażennej, spostrzeganą w swoich przypadkach, a mianowicie, że ruchy dowolne nie zwiększają rozmachu (amplitudy) ruchów płasawicznych, natężenie zaś uwagi osłabia je nieco.

Drugi z przypadków autora przedstawia również wartość z tego względu, że służy za jeden z dowodów tożsamości płasawicy z atetozą. Oba te objawy chorobowe mogą się spotykać u tego samego osobnika, wzajemnie się zastępując i kombinując, i atetozę, na skutek tego uważać można za złagodzoną płasawicę. Spostrzegano także nieraz formy przechodne np. płasawicy poporażennej w atetozę i odwrotnie.

Atetoza, jak i płasawica, mogą być również pochodzenia korowego np. u paralityków postępowych lub w meningitis tuberculosa, jeżeli powstaną zmiany anatomiczne w korze pod ogniskami meningialnymi i jeżeli zdarzy się to w okolicy, odpowiadającej zewnętrznemu końcowi pęczka piramidального.

K. Wisłocki.

125. **Minor.** Poszukiwania kliniczne i anatomiczne nad urazowemi cierpieniami rdzenia, zależnemi od centralnej hematomyelii i tworzenia jam w rdzeniu. („Klinische und anatomische Untersuchungen, ueber traumatische von centraler Haematomyelie und centraler Höhlenbildung gefolgte Affectionen des Rückenmarks.“ *Comptes rendus du XII Congrès international de médecine*).

Na podstawie 8 klinicznie i anatomicznie zbadanych przypadków wnioskuje autor, że w uszkodzeniach rdzenia wogóle odróżnić można ogniska mechanicznego uszkodzenia rdzenia w skutku urazu kręgosłupa lub myelitu uciskowego; w innych zaś razach ogniska

cierpienia umiejscawiają się w szarej substancji tylnych lub przednich rogów, rzadziej w tylnych pęczkach, a najrzadziej, wyjątkowo w bocznych (process. radicales). W tych razach ognisko przedstawia się, jako hematomyelia centralis z naruszeniem tkanki lub naruszeniem całości centralnej szarej substancji na znaczniejszej przestrzeni, z dodaniem lub bez dodania wylanej krwi, wreszcie mogą się tworzyć jamy, skoro minie hematomyelia i naruszenie centralnej substancji. Jamy te mogą otaczać w następstwie pierścienie bujającej gliae.

Canalis centralis jest zwykle szerszy, niż w prawidłowym stanie. Jego endothelia i periependyma okazują skłonność do proliferacyi. W większości przypadków mógł autor wykazać szeroką przestrzeń rozsiewienia syringomyelicznego czucia ponad okolicą znieczulenia absolutnego i sądzi, że, o ile to zjawisko nie występuje w myelitis transversa pochodzenia nie urazowego, może mieć znaczenie sądowo-lekarskie.

Szczególna własność haematomyelii nie przenikania w pęczki boczne każe sceptycznie odnosić się do teorii wyjaśniającej typ Brown-Séquardowski w centralnej hematomyelii za pomocą przenikania krwi właśnie w pęczki boczne.

Wszystkie zebrane przez autora kliniczne i anatomiczne spostrzeżenia przemawiają raczej na korzyść, niż przeciw przepuszczeniu, że istnieje pewna kategoria syringomyelii postępowych, wytwarzających się z hematomyelii.

Rzeczniowski.

126. Francis Bailey. **Pierwotne ogniska hematomyelii urazowej, często nierozpoznawana postać uszkodzeń rdzenia.** („Primary focal haematomyelia from traumatism, a frequent but often unrecognized form of spinal cord injury.“ Medical Record, 1898, November, 19).

1) Mężczyzna, skacząc do wody, uderza głową o dno. Porażenie wszystkich 4-ch kończyn. Po 2-ach latach większość objawów znikła i autor mógł stwierdzić tylko lekką parezę zanikową małych mięśni ręcznych i paresis spastica lewej kończyny dolnej. Brak zaburzeń czucia. Brak uszkodzenia kręgosłupa.

2) 25-letni mężczyzna uległ takimuz samemu, jak pierwszy, wypadkowi. Porażenie 4-ch kończyn retentio urinae, incontinentia alvi. Prócz tego termoanestesia, sięgająca nieco niżej brodawek piersiowych i rozprzestrzeniająca się też na wewnętrznej powierzchni kończyny górnej. Termoanestesia znikła w dolnych kończynach, a pozostała w innych miejscach. Brak było w początku odruchów kolanowych, potem wróciły i były wzmoczone. Clonus pedis obsturony. Następnie wystąpił decubitus i cystitis. Chory zmarł w kilka miesięcy po wypadku z objawami sepsis. Sekcja wykryła rozmięk-

czenie hemoragiczne 8-go szyjowego, 1-go grzbietowego odcinka, w części zaś i 7-go szyjowego.

3) Po upadku z 30 stop. wysokości obie kończyny dolne porażone, retentio urinae, odruchy kolanowe słabe, czucie dotykowe i bólowe zachowane, zupełna zaś utrata czucia cieplikowego od palców stóp aż do brodawek piersiowych. Po kilku miesiącach ustąpienie najprzód objawów pęcherzowych, potem innych. Pozostała mała sztywność dolnych kończyn, wzmożone odruchy kolanowe i clonus pedis. Dopiero po 2-ch miesiącach odkrył autor kyphosis górnego kręgu grzbietowego.

4) Wypadek jak 1-szy i 2-gi. Porażenie 4-ch kończyn, zaburzenie pęcherza i kiszki. Po 6-ciu tygodniach ruchy w kończynach dolnych i lewej kończynie górnej prawie normalne. Pozostała paresis prawej kończyny górnej z zanikiem mięśni thenar. Odruchy kolanowe wzmożone z prawej strony, clonus pedis. Lekka termoanestesia pozostała na lewej kończynie górnej. Pęcherz i kiszka działają normalnie.

Autor zwraca uwagę w rozpoznaniu tych przypadków na dysocjacją porażenia czuciowego, przyczem porażenie czucia cieplikowego wyprzedza porażenie czucia bólowego.

Rzeczniowski.

127. Dr. Perman. **Przypadek hematomyelii urazowej.** („Ett fall of traumatisk haematomyeli.“ Hygiea, 1899, LXI, 5).

51-letni mężczyzna spadł z konia i uderzył się w okolicę dolnych kręgów szyjowych i górnych grzbietowych. Uczuł ból, lecz nie stracił przytomności, nie mógł powstać, odniesiono go do domu. Zaraz po wypadku ciężki oddech, obie kończyny dolne porażone, górnymi kończynami poruszać może, lecz nie może ścisnąć ręką, szczególnie osłabione zginacze lewej ręki. Żrenice zwężone. Tylko dolne kręgi szyjowe na ucisk bardzo bolesne. Głową może poruszać ostrożnie. Złamania lub zwichnięcia kręgów nie zauważono. Znieczulenie od dołu sięga aż ponad brodawki piersiowe. W górnych kończynach nadczołość. Oddechanie jedynie brzuszne, klatka piersiowa nieruchoma. Mocz musi być wypuszczony cewnikiem.

Początkowa trudność polykania wkrótce ustąpiła. Zastosowano lód na miejscu stłuczenia i ekstensję na głowę. Następnego dnia mógł już chory nogami, a po kilku dniach i palcami prawej stopy nieco poruszać, w końcu zaś 1-go tygodnia unosić nieco klatkę piersiową. 3-go dnia po wypadku po ławatywie nastąpiło tak groźne zatamowanie oddechu, że musiano co prędzej opróżnić kiszki za pomocą rurki gumowej.

Ruchy i siła mięśni poprawiały się bardzo powoli. Dopiero po 3-ch tygodniach mógł chory zginać grzbietowo prawą stopę. Czucie wracało szybciej jak i dowolne opróżnienie pęcherza.

Mięsienie zaczęto stosować w 3 tygodnie po wypadku, a następnie gimnastykę.

W 2 miesiące pacjent zaczął chodzić, a w 5 miesięcy był jeszcze zanik mięśni rąk i odruchy kolanowe i stopowe wzmożone; bólów ani zaburzeń czucia już nie wykrywano.

Autor przypuszcza, że w danym przypadku nastawienie modo spontaneo zwichniętego kręgu dało powód do haematomyelii, zaczem przemawia przebieg, szybkie ustępowanie porażień w kierunku z dołu ku górze.

Rzeczniowski.

128. Prof. Bernhardt. **Płzyczynek do nauki o wylewach krwawych w rdzeniu pochodzenia urazowego.** („Beitrag zur Lehre von der Haematomyelia traumatica.“ Neurol. Centr., № 5, 1900).

38-letni mężczyzna został przejechany na ulicy. Odzyskawszy przytomność, czuł zaraz silne bóle w górnych i dolnych kończynach i w kręgosłupie, tak, że z wielką trudnością mógł się poruszać w łóżku. Oddawanie moczu i kału było utrudnione. Po 3-tygodniach bóle się zmniejszyły, lecz z czasem osłabły kończyny i stan ten się utrwał. W 6^{1/2} miesięcy po wypadku osłabienie zwieracza kiszki, bóle w okolicy krzyżowej i w górnych kręgach na silny ucisk. Badanie czynności górnych kończyn wykrywa parę m. serrati przewego. Prawy dolny kąt łopatki wyżej od lewego, prawy wewnętrzny brzeg łopatki bliżej kręgosłopa niż lewy. Tylko z trudem prawe ramię może przyjąć pozycję pionową, przyczem kąt wewnętrzny łopatki odstaje naksztalt skrzydła.

Nadto w unoszeniu do pozycji pionowej przyczynia się energiczny skurez m. trapezii.

Pierwsze członki (Basalphalangen) palcowe z prawej strony mogą być wyprostowane, lecz nie mogą być długo w wyprostnem położeniu utrzymane. Wielki palec nieruchomy, nie może być wyprostowany, ani odwodzony. Odpowiednie jego mięśnie i m. extens. digitor. comm., m. ext. carpi ulnar. reagują na strumień galw. słabo. Reszta normalnie działających mięśni reaguje na oba rodzaje strumieni normalnie.

1-sze spat. inteross. z prawej strony zapadłe, lecz abdukcya i addukcya pojedynczych palców i reakcya elektryczna zachowana.

Z lewej strony cierpią m. extens. digitor. com. (z wyjątkiem 3-go palca) i extens. carpi ulnaris.

1-sze spat. interos. również zapadłe, palce rozsunięte. Oddziaływanie na silniejsze strumienie farad. i galw. normalne.

Z obu stron łokciowa połowa wyprostnych mięśni wychudzona, obie zaś okolice median. swobodne. Z lewej strony mięśnie barku, ramienia, zginacze i wyprostne przedramienia normalne.

Ruchy dolnych kończyn i chód normalne, lecz nie tak silne, jak za czasów zdrowia. W kilka tygodni po wypadku wykryto przejściowe porażenie w zakresie peronei z prawej strony.

Objaw kolanowy z obu stron zachowany, z prawej strony silniejszy, z lewej — tylko przy pomocy sposobu Jendrassika.

Pobudliwość quadricipitis niezmieniona.

Odruch Achillesa z obu stron istnieje, lecz brak odruchu na cremaster i brzuszny.

Od pewnego czasu spostrzegł chory przypadkowo znieczulenie zewnętrzne powierzchni swego lewego uda, poczynające się na szerokość ręki poniżej grzebienia biodrowego i kończące się na szerokość ręki ponad kolanem, ku przodowi nie dosięgające linii środkowej, ku tyłowi zaś zajmujące $\frac{1}{3}$ tylnej powierzchni.

Na tej przestrzeni wrażenia dotykowe nie odczuwane, bólowe zaś i ciepłikowe znacznie upośledzone.

Przy badaniu w 10-ym miesiącu po wypadku jeszcze bóle w krzyżu, powiększające się przy kaszlu. Choć już przejść może dalszą drogę, męczy się jednak łatwiej niż dawniej, nie może nieść ciężaru. Prócz okolicy znieczulonej na lewym udzie, nigdzie żadnych zaburzeń czucia. Żrenice oddziałują prawidłowo. Prawy m. serratus działa obecnie zupełnie prawidłowo. Mięśnie łopatkowe i ramienne, a mniej udowe, ulegają z obu stron, z prawej silniej, drżeniu włóknikowym.

Rozpoznanie. Prawdopodobnie silne wstrząśnienie, podczas wypadku, kręgosłupa i wylew krwawy z opony rdzenia.

Poprawa po 3 — 4 tygodniach nie wyklucza możliwości wylewu, dalszy jednak przebieg dowodzi, że i uszkodzenie substancji rdzenia prawdopodobnie hematomyelia, miała miejsca. Wynika to z obustronnych stanów porażonych w okolicach radial. i ulnaris, co dowodzi uszkodzenia 5 — 8 szyjowego odcinka.

Wiadomo, że dla urazowych krwawień ta okolica szarej substancji jest najczęstsza. Symptomatologia takiego wylewu krwawego zależy od wielkości i rozprzestrzenienia jego i prowadzi albo do zupełnej paraplegii, do izolowanego porażenia jednej kończyny, lub typu Brown-Séquard'a. Często obok zanikowego porażenia spotyka się zaburzenie czucia, które przez częściowe porażenie czucia bólowego lub ciepłikowego, zbliżyć się może do typu syringomyelicznego (Minor).

Wylewy krwi zwykle nie w oponach, lecz w *cannalis centralis*, dotykają sąsiedniej szarej substancji i podług Leydena centralnego pola tylnych pęczków, lecz bywają i w przednich odcinkach szarej substancji ograniczone wylewy krwawe, jak w danym przypadku i w innych już znanych. Tak np. Opfer opublikował podług notat Bernhardta w r. 1888 dwa przypadki. W jednym po upadku z góry i złamaniu proces. spinos. jednego kręgu szyjowego, wystąpiły zaburzenia w lewej górnej kończynie: porażenie z zanikiem w okolicy ulnaris i medianus, nadto zwężenie lewej żrenicy.

W 2-im przypadku po upadku z wysokości na głowę bez zewnętrznego zranienia wystąpiło wychudnienie mięśni w zakresie ulnaris i radialis lewej kończyny górnej. Oddziaływanie elektryczności dało reakcyę zwyrodnienia. Lewa żrenica węższa od prawej.

Inny przykład haematomyeliae traumat., ogłoszony w pracy Opfera podług Bernhardta, przedstawia kombinację ograniczonych degeneracyjno-zanikowych porażeń mięśni z objawami porażenia typu Brown-Séquard'a.

Takiż przykład opisał E. Remak.

Co do przypadku wyżej podanego niema w nim objawów syringomyelicznych, ani Brown-Séquard'a. Jest w nim ograniczona między 7 a 8 odcinkiem szyjowym zmiana, a być może i w 1-szym grzbietowym po obu stronach w przedniej szarej substancji owych okolic, t. j. miejscu powstawania korzeni, które unerwiają wyżej opisane mięśnie porażone i zanikłe w zakresie radialis i ulnaris. Że to nie jest cierpienie obwodowych nerwów, zatem przemawia, oprócz wielostronności porażeń w różnych nerwach (nawet w dolnych kończynach), jeszcze właściwy rozdział porażeń i zaników na pojedyncze mięśnie w każdej z wymienionych okolic nerwowych. Udziału nerwu sympatycznego, jak w innych wspomnianych przypadkach, nie wykryto.

Że szara substancja nie we wszystkich odcinkach cierpi z równym natężeniem, dowodzi to, że u chorego spostrzegano czasowe pogorszenie w zakresie porażeń z prawej strony, które potem znikło, toż samo odnosi się do m. serratus z prawej strony osłabienie zwieraczy.

Rzeczniowski.

129. Brosius. **Obłąkanie kobiet zameżnych: obłąd, którego treścią jest niewierność małżeńska mężów.** — („Das Irressein der Ehefrauen, Wahn ehelicher Untreue des Mannes.“ Petersb. *Medic. Wochenschr.*, № 6, 1900).

Autor zaznacza praktyczne trudności w rozpoznaniu tego rodzaju obłądki, zwłaszcza, że chore tają go częstokroć, i odróżnia różne postaci kliniczne, których podaje przykłady.

1) Dama w okresie climacterium obwinia swego starszego o lat 15 małżonka, że ją zaniedbuje, tracąc siły w stosunkach po za małżeńskich. Istotnie zaś podejrzenia żony i niepokój domowy były przyczyną, że mąż chętniej przebywał za domem. Żona posuwała się do szpiegowania męża za pomocą własnych dzieci.

Ponieważ jednak badanie chorej nie dawało dostatecznych danych do rozpoznania choroby umysłowej, zaproponował autor chorej zamieszkanie wśród jego własnej rodziny. Chora podczas tej izolacji zachowywała się względem wszystkich otaczających najzupełniej normalnie, za wyjątkiem lekarza, względem którego okazywała nieufność. Później dopiero wyszło na jaw, że lekarz był w jej mniemaniu współnikiem męża, przekupionym przez tegoż, aby żonę umieścić w domu obłąkanych. Była to więc pierwotna idea paranoiczna prześladowcza, wślad za którą chora usiłowała buntować przeciw lekarzowi inne jego pacjentki. To spowodowało przeniesienie jej do zakładu dla obłąkanych.

I tam wszakże zdołała ona długi czas jeszcze oszukiwać cały personel służebny, dopóki nie zjawiały się idee wielkości i chora nie zaczęła się mianować księżną i utrzymywać, że jej dzieci nie są dziećmi jej męża, lecz książęcami. Stan ten przeszedł z czasem w osłabienie umysłowe (dementia).

Przypadek ten określa autor jako pierwotną *paranoia*, charakterystyczną z tego powodu, że jedna idea obłądna przez czas długi stanowiła rdzeń całej psychozy i wszelkie objawy afekcyjne i wzruszeniowe miały jedno źródło.

W innych przypadkach żona zamyka w sobie swe podejrzenia przeciw mężowi, w milezeniu je znosi, nie zdradza ich ani w mowie, ani w zachowaniu się. Lecz usuwa się od towarzystwa, oddaje się religii. Uważają ją za melancholiczkę, czemu ona przeczy i unika lekarza, bojąc się przed nim zdradzić.

2) Autor podaje drugi przykład, w którym zauważył, że bardzo wiele pytań sprawiało chorej wielką przykrość. Ograniczył się do leczenia somatycznego: zalecił zrazu izolacją i leżenie w łóżku, później zajęcia według sił w ogrodzie. Po kilku miesiącach chora wyzdrowiała i wtedy dopiero zwierzyła się lekarzowi, że powodem jej choroby było przekonanie o niewierności męża.

Autor jest przekonany, że wiele przypadków, w których żona usuwa się z towarzystwa, jest posępna, zdradza w wyrazie twarzy cierpienie i oddaje się nadmiernym praktykom religijnym, zachowując się po zatem rozsądnie i znosząc w tajemnicy swą troskę, jest postacią *melancholie raisonnée*, opartą na tem tle właśnie. Osobniki takie należą do kategorii usposobionych, a najmniejsze podejrzenia, małe przyczyny, są w stanie wywołać długotrwałe naruszenie równowagi psychicznej.

Trzecią wreszcie kategorią chorych, dotkniętych tym obłędem, stanowią *histeryczki*, u których obłęd ten zdradza się wielce burzliwie. Chore takie traktują swych mężów brutalnie i nie wahają się zachowywać skandalicznie względem swych urojonych rywalek.

3) Błądą, szczupłą, źle odżywianą, z opuszczeniem macicy, chorą przywieziono do autora z kąpieli morskich, nazajutrz po wypocinkowaniu przez nią męża przy wspólnym stole.

Chora zdradzała ustawiczny niepokój, nie mogła usiedzieć na jednym miejscu i zarzucała mężowi stosunek ze służącą „brzydką jak noc“, według jej wyrażenia. Po zatem nie wyrażała innych idei obłąkanych. Obojętną była na to, co się dzieje z dziećmi i w domu. Humor jej był bardzo zmienny, niezadowolone, drażliwość naprzemian z nieumotywowaną wesołością. Zdawało się chwilami nawet, że więcej gniewają ją jej „brzydkie rywalki“, niż mąż niewierny.

Chorej przepisał autor leżenie w łóżku w odosobnionym pokoju, wodę Friedrichshaller i jedzenie częste w małych ilościach.

Z początku uleżeć nie mogła. Po tygodniu dopiero pod wpływem odpowiedniej sugestyi zdołała się skłonić do pozostania w łóżku przez 8 tygodni. W tym czasie znacznie utyła, położenie macicy opuszczonej poprawiło się, nastroj się uspokoił i poprawił. Do męża

napisała list, prosząc o przebaczenie. Po kilku latach autor widział ją zdrową, później jednak dowiedział się o nawrocie choroby.

Właśnie histeryczki z tego rodzaju ideami przyczyniają lekarzowi wiele kłopotu w rozstrzygnięciu, czy ich idee są lub nie są uzasadnione.

W celach profilaktycznych zaleca autor izolację małżeńską. Gdy choroba już jest zdeklarowaną, izolacja okazuje się niezbędą. Chora w wielu razach z korzyścią może być umieszczona prywatnie pod opieką lekarza. Lecz są przypadki, w których internowanie w domu obłąkanych także jest wskazane, skoro obłąd grozi niebezpieczeństwem rodzinie. Zresztą stan mózgu wymaga spokoju, często leżenia w łóżku, dobrego żywienia, powietrza. Co do leczenia psychicznego, to zdaniem autora trzeba się trzymać tej zasady, aby z chorą nie wdawać się z początku w obszerniejsze dysputy i raczej za mało, niż za wiele rozmawiać, zanim nie posiedzie się dostatecznego zaufania.

W przebiegu przewlekłym, a zwłaszcza w okresie zdrowienia z kolei zalecać można zajęcie, pracę w ogrodzie i stosować psychoterapię.

Skoro nadejdzie czas powrotu do domu, dbać trzeba o zabezpieczenie od nawrotów choroby, które, niestety, często się zdarzają u zwyrodniałych osobników.

Rzeczniowski.

II. Choroby dzieci.

130. Dr. R. Jemma. O chorobotwórczej działalności mikrobów mleka, znanych pod nazwą bakterii peptonizujących albo proteolitycznych. — („Recherches sur l'action pathogène des microbes du lait, designés sous les noms de ferments de la caseine ou bacteries proteolytiques.“

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Janvier, 1900).

Mikroby, normalnie znajdujące się w mleku, mają własność ścinania sernika: jedne z nich działają na cukier, zamieniając ostatni na kwas mleczny i kwas węglany, inne zaś działają bezpośrednio na sernik. Pierwsze znane są pod nazwą bakterii zakwaszających (ferments du lactose), drugie — pod nazwą bakterii peptonizujących vel proteolitycznych (ferments de la caséine).

Mleko pod wpływem bakterii zakwaszających ścina się i kwasi się na skutek wytwarzającego się kwasu mlecznego; mleko zaś pod wpływem bakterii peptonizujących zachowuje odczyn obojętny albo alkaliczny, ścina się zaś dzięki diastazie, podobnej do podpuszczki (lab-ferment) i wytwarzanej przez bakterie, które, działając w dalszym ciągu, wytwarzają i inną jeszcze diastazę, pod wpływem której sernik ścięty staje się płynnym i speptonizowanym. Gotując

albo sterylizując mleko, niszczyliśmy tak bakterie zakwaszające, jak i bakterie peptonizujące, nie można tylko zniszczyć zarodników tych ostatnich. Początkowo zgodnie z Pasteur'em zaliczano bakterie, których zarodniki wytrzymują wysoką ciepłotę, do jednej odmiany, znanej pod nazwą — *bacillus butyricus*. Löffler jednak i inni opisali już 4 odmiany tychże bakterii.

Długi czas utrzymywano, że bakterie peptonizujące są zupełnie nieszkodliwe dla zdrowia, dopiero badania Flügge'go przekonały, że to nieprawda, gdyż nieraz bakterie peptonizujące mogą wywołać ciężkie, a nawet śmiertelne zaburzenia kiszkowe. Duclaux jest zdania przeciwnego i twierdzi, że nie może zrozumieć, jak bakterie peptonizujące, które się znajdują w dużej ilości w wodzie, ziemi, wydzielinach ludzkich i t. p. mogą być raz zupełnie nieszkodliwe, a innym razem, przeciwnie, bardzo szkodliwymi.

Flügge w swojej pracy zaznacza, że izolował 4 odmiany bakterii peptonizujących, które należą do anaerobów, a 12 odmian tychże bakterii, które należą do aerobów. Pierwsze 4 odmiany anaerobów, wywołując w mleku zmiany widoczne (zmiany optyczne, smak, zapach i t. p.), stają się przez to samo nieszkodliwymi, gdyż nikt podobnego mleka nie użyje, a w dodatku i same anaeroby okazały się nieszkodliwymi dla zwierząt; — nie można tego powiedzieć o 12-tu, a szczególnie o 3-ech odmianach aerobów, które niekiedy wywołują śmiertelne zaburzenia przewodu pokarmowego. — Flügge tłumaczy wpływ aerobów tem, że, nie wywołując zmian widocznych w mleku, przetwarzają sernik na pepton, który drażni błony śluzowe; trzy zaś odmiany szczególnie złośliwe wydzielają prócz tego i toksyny, które są zabójcze dla organizmu. Duclaux zaprzecza temu wszystkiemu.

Lübbert, uczeń Flügge'go, sprawdzając badania swego mistrza, przyszedł do wniosku, że rzeczywiście aerob, oznaczony przez Flügge'go nazwą *bacillus I*, jest stanowczo szkodliwy dla zwierząt młodych, gdyż wywoływał u nich zawsze zaburzenia kiszkowe, które się kończyły po 4 — 7 dniach śmiercią. Zwierzęta starsze (psy naprzykład) nie są na działanie tego aeroba zupełnie wrażliwe. Przy zastrzykiwaniu pod skórę albo do jamy otrzewnej wywoływano zapalenie dopiero po wprowadzeniu większej ilości czystej kultury, z czego autor wnioskuje, że aerob ów zawiera toksyny we własnym cieple, gdyż dopiero większe ilości mogą wywołać zaburzenie.

W ostatnich czasach Lübbert ogłosił pracę, w której dowodzi, że z 12 odmian bakterii peptonizujących 9 jest nieszkodliwych, a 3 bardzo szkodliwe.

Autor, nie mogąc zdać sobie sprawy ze sprzecznych wniosków Flügge'go i Lübberta z jednej strony, a Duclaux z drugiej, a należycie oceniając doniosłość danej sprawy dla sztucznego karmienia, postanowił sam zbadać kwestyę na drodze doświadczalnej. W tym celu posługiwał się autorem mlekiem sterylizowanym metodą Soxhlet'a, które przechowywał następnie w temperaturze 38° przez dni kilka; po kilku dniach mleko, które miało odczyn kwaśny — odrzucał, a mleko o odczynie alkalicznym albo obojętnym ze ściętym sernikiem zasiewał

na żelatynie zwyczajnej albo ocukrzanej. Bakterye, tą drogą otrzymane, należały do bacillus subtilis, b. mesentericus vulgatus i b. butyricus. Bakterye owe miały tę wspólną cechę, że wszystkie miały zarodniki i po większej części jednakowo oddziaływały na mleko, a mianowicie — ścinały sernik, nie zmieniając odczynu i nie wytwarzając gazu, jeden tylko b. butyricus zmieniał smak i zapach mleka. W celu przekonania się o działaniu chorobotwórczym tych bakteryi, autor każdą odmianę zestrzykiwał podskórnie, do otrzewny, do krwi i podawał czystą kulturę w pokarmie. Po wielu bardzo doświadczeniach przyszedł autor do wniosku, że 1) b. subtilis jest absolutnie nieszkodliwy; 2) b. mesentericus vulgatus jest w ogromnej większości przypadków również nieszkodliwy, w kilku tylko wywołał śmiertelne zapalenie kiszek i co szczególniejsza, że wtedy właśnie zastrzyknięty do krwi, podskórnie i do otrzewny nie wywoływał nigdy żadnych szkodliwych następstw, a podany w pokarmie prowadził do śmiertelnego zejścia i że wreszcie 3) b. butyricus prawie zawsze okazywał się nieszkodliwym.

Autor wcale nie kusił się rozstrzygnąć kwestyi szkodliwości lub nieszkodliwości bakteryi peptonizujących, dzięki jednak wielkiej liczbie doświadczeń przyszedł do wniosku, że, prócz kilku rzadkich przypadków, zawsze miał możność przekonania się o absolutnej nieszkodliwości wyżej wspomnianych bakteryi. A jest to rzecz niezmiernie ważna. Oddawna już podnoszą się głosy, że mleko sterylizowane jest mniej pożywne i trudniej strawne, niż mleko surowe; — byłby więc to, w razie stwierdzenia jeszcze i szkodliwości bakteryi peptonizujących, niezmiernie ciężki i niebezpieczny zarzut przeciwko sterylizacji, tembardziej, gdyby się to przekonanie rozeszło wśród szerszej publiczności; mogłyby więc w ten sposób przepaść zupełnie owoce pracy wielu ludzi nad sterylizacją mleka, która bądź co bądź ma niewątpliwie swoje dobre strony i oddaje wielkie usługi przy sztucznem karmieniu niemowląt.

Tak więc autor sprowadza spór czysto naukowy Flügge'go i Duclaux na grunt czysto praktyczny i twierdzi, że badania pierwszego oddały wielkie usługi, gdyż dziś wiemy już wszyscy, jak należy postępować przy sterylizacji mleka: należy zbierać mleko najczystej i możliwie prędko poddawać je sterylizacji, z tem zastrzeżeniem, że mleko to zostanie spotrzebowane w przeciągu 24-ch godzin, gdyż później zarodniki, przeobraziwszy się w bakterye, mogą wyrzucić nieraz nawet bardzo szkodliwy wpływ na organizm dziecka.

E. Dytel.

131. Marfan. Pospolite postaci włóknikowego zapalenia płuc u dzieci. (La semaine médicale, № 4, 1900).

Włóknikowe zapalenie płuc u dzieci jest identyczne z takim zapaleniem u dorosłych. Ta sama etyologia, patogeneza, cykliczny

rozwój, jednak rokowanie u dzieci jest daleko pomyślniejsze. Objawy chorobowe w zapaleniu płuc u dzieci posiadają pewne kliniczne właściwości.

Od jakiego wieku poczynając, można spostrzegać u dzieci zapalenie płuc włóknikowe? Długi czas prawie wszyscy lekarze spostrzegali to zapalenie często nawet u ssawców i noworodków. Był to jednak błąd, który pochodził od pomieszania zapalenia płuc włóknikowego z zapaleniem nieżyłowym. Spostrzeżenia ostatnich czasów wykazały, że przed ukończeniem roku życia zapalenie włóknikowe wydarza się tylko wyjątkowo. Od drugiego roku życia częstość włóknikowego zapalenia płuc stale się zwiększa i w wieku 5—6 lat jest więcej pospolite, niżeli w innych epokach życia.

Kliniczne właściwości włóknikowego zapalenia płuc na tem polegają, że objawy fizyczne ze strony płuc często późno występują, bo dopiero czwartego dnia choroby lub później, w wigilie lub w sam dzień spadku ciepłoty. Objawy te po wystąpieniu trwają dni kilka, a czasami zaledwie niecałą dobę.

Co do umiejscowienia zapalenia w płucach, to wogóle są wskazane dwa takie miejsca: wierzchołek prawego płuca i podstawa lewego. Autor ze swej strony podaje inne miejsce, mianowicie miejsce pomiędzy kregostupem i łopatką i wierzchołek dołu pachowego. Mali pacyenci dopiero około dziesiątego roku życia potrafią należycie wydalać płwocinę. Z tego powodu u dzieci brak jest tego objawu, który u dorosłych często decyduje o właściwym rozpoznawaniu choroby.

Niekiedy zdarza się, że zapalenie płuc przechodzi cały swój okres bez żadnego, dającego się uchwycić, objawu fizycznego. Jest to zapalenie płuc centralne.

Jeżeli brak jest objawów fizycznych i płwociny, to należy przy rozpoznawaniu opierać się na zestawieniu objawów drugopłanowych. Wtedy trzeba mieć na uwadze, co następuje. Choroba występuje nagle, zjawia się wielka niemoc lub silne pobudzenie występują wymioty, duszność, częstość oddechania znacznie się zwiększa, typ oddechania jest brzuszny, niekiedy od początku można zauważyć poruszenie skrzydeł nosa. Dreszczy często brakuje przed 7 — 8 rokiem życia lub przynajmniej trudno je zauważyć. Kłucie w boku istnieje prawie zawsze, tylko że fałszywie jest umiejscowiane: chore dzieci zawsze wskazują na brzuch. Ciepłota ma przebieg typowy. Odrazu wznosi się wysoko, następnie stale trzyma się wysoko przy lekkich rannych wahaniami i w końcu odrazu spada z 40.0° C. na 37° lub niżej. Ciepłota w zapaleniu płuc włóknikowym jeszcze tem się odznacza, że ani zimne kąpiele, ani chinina nie są zdolne znacznie je obniżyć. W zapaleniu płuc włóknikowym, zwłaszcza przed 6 rokiem życia często zjawia się rozwolnienie. Jest ono lekkie, znika przed spadkiem ciepłoty, lecz zwykle staje się powodem niewłaściwego rozpoznawania tyfusu.

Gdy w danym przypadku włóknikowego zapalenia płuc objawy są niewyraźne i gdy jest wątpliwość, czy to nie tyfus, to wtedy należy zbadać krew. M. Hayem pierwszy wskazał, że we włóknik-

kowem zapaleniu płuc we krwi, świeżo badanej pod drobnowidzem, przy jej krzepnięciu wyraźnie występuje siatka włóknika. Niekiedy krzepnięcie włóknika opóźnia się, należy więc w każdym razie przynajmniej pół godziny poczekać przed postawieniem ostatecznego wniosku. W stanie prawidłowym siatka włóknika, która tworzy się podczas krzepnięcia, jest prawie niewidzialna. W tyfusie taka siatka nie tworzy się.

Rabek.

III. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

132. *Hervieux* mówił o stosunku ospy do gruźlicy na posiedzeniu Akademii lekarskiej w Paryżu. Zdaniem tego lekarza, przebyta ospa usposabia do gruźlicy: z 300 osób, które przechodziły przedtem ospę, zaledwie 3% nie miało potem gruźlicy. Wypływa stąd wskazówka, że odpowiednich osobników należy starannie zabezpieczyć od styczności z suchotnikami.

(Sprawozd. w *Allg. Med. Central Zeit.*, 1899, № 76). *F. G—yc.*

133. *Edlefsen* zaleca gorąco 10% ichtyolvasogen w cierpieniach stawów. Lek ten powinien być za pomocą lekkiego mięsienia w chore stawy wcierany.

(*Therap. Monatsheft.*)

H. K.

134. W towarzystwie Lekarzy w Charité *Waldeyer* pokazywał chorą z syfilisem drugorzędnym, u której wśród włosów na karku można było łatwo zauważyć jajka mędoszek (*phthirus pubis*). Dotąd umiejscowienie mędoszek na głowie jeszcze nikt nie opisał.

(*Deut. Med. Woch.*, 1 marca).

O. H.

135. *Dr. S. Bäck* upatruje związek pomiędzy jaglicą i żoźzami. Choroba ta spotyka się bardzo często w rozmaitych objawach żoźzów. Według *B.* trachoma może się rozwinąć tylko przy pewnym usposobieniu, a tem są żoźzy. Wprawdzie objawy zewnętrzne żoźzów znikają po 20 roku, ale usposobienie żoźzów zostaje. Epidemie jaglicy podaje autor w wątpliwość. Sam sobie wielokrotnie wprowadzał wydzielinę oczów chorych na jaglicę — i zawsze z wynikiem ujemnym. Autor sądzi, że dlatego dotąd walka z jaglicą nie dawała żadnych wyników, bo była prowadzona wadliwie. Należy zwrócić się ku poprawie ogólnych warunków bytu ludności.

(*Münch. Med. Woch.*, 1 marca 1900).

O. H.

136. *Gottstein* przedsięwziął nowy szereg badań nad zjawiskiem zwiększania się liczby ciałek czerwonych krwi w górach. Jak wiadomo, *G.* uważał stwierdzone przez innych zwiększenie się liczby

ciałek czerwonych za zjawisko pozorne, zależne od ciśnienia atmosferycznego; obliczenia analogiczne, czynione w kamerach z rozrzedzonym lub zgęszczonym powietrzem, wykazują te same wahania, co przy analogicznych wahaniami ciśnienia barometrycznego. G. przeprowadził ostatnio podobne obliczenia w zawiesinach drożdży w górach Olbrzymich i znalazł tu takie same wahania w liczbie komórek drożdży, jakie opisano odnośnie krwi.

(Münch. Med. Woch., 1899, 40).

O. H.

137. **Otrucie heroiną.** Według opisu Carbonell y Solés, 40-letnia kobietnia cierpiąca na astmę zażyła 0.167 heroiny. W 4 godziny później zrobiło się jej bardzo słabo, osłabienie wzroku, silna myosis, pnes nitkowaty, zwolniony, ciepłota 35. Zastosowano zastrzyknięcia kofeiny. Po trzech dniach zupełne przyjscie do zdrowia.

(Berl. kl. Woch., 48, 1899).

O. H.

138. **Apendicitis larvata.** Pod tą nazwą pojmuje Ewald zbiór objawów, których punktem wyjścia jest wyrostek robaczkowy, chociaż na razie trudno się tego domyśleć. Bóle koło pępka, przy stolcach, zgaga etc. Wymacywanie i nadymanie kiszek wykazało w kilku razach, że wyrostek nie jest w porządku. Po dokonaniu operacji (extirpatio) szybko następowało zupełne wyleczenie. Na wyrostku znajdowano w tych razach zgrubienia, załamania, zrosty. Rozpoznanie to postawione być może, rozumie się, dopiero po dłuższej obserwacji.

(Arch. f. klin. Chir., 60, I).

O. H.

IV. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 5 lutego 1900 r.

Przewodniczący — Prezes *Janiszewski*.

I. *Jaczewski* przedstawiał chorego ze szpitala św. Józefa, do kąd został przyjęty z przyczyny objawów kiły zaraźliwych, mianowicie kłykcin sączących na mosznach i ad anum.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na ogromny ubytek włosów wskutek ogólnego przeredzenia porostu (*alopecia diffusa*) na głowie i, co rzadsze, pod pachami, — głównie zaś z przyczyny wyspekowatych łysin (*alopecia areolaris*) we brwiach.

Objaw ostatni nazwany przez Fournie'ra — *signe d'omnibus*, ma doniosłe znaczenie pod względem rozpoznawczym, a to dlatego, że spotyka się w trzech tylko chorobach: lues, *keratosis pilaris* i *alopecia areata* Celsi, — których różniczkowanie zazwyczaj nie przedstawia poważniejszych trudności.

II. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia z d. 18 stycznia 1900 r.

III. W poczet członków rzeczywistych Lek. Tow. Lub. — przez głosowanie — przyjęty został dr. *A. Puławski*, dyrektor zakładu kąpielowego Nałęczów.

IV. *Czerwiński* przedstawia preparat macicy, wyciętej przez pochwę z powodu całkowitego wypadnięcia. Długość macicy 14 ctm., z tego $9\frac{1}{2}$ przypada na szyję, a reszta na ciało. W tylnej ścianie ciała tkwi mięśniak śródmiąższowy wielkości dużego orzecha włoskiego. Operacja wycięcia była dość uciążliwą ze względu na długość szyi resp. trudność otworzenia sklepień.

Preparat pochodzi od 37-letniej chorej, która nigdy nie rodziła. Chorą tę przedstawiał *Czerwiński* w Towarzystwie przed 6-ma miesiącami. Wówczas z powodu wypadnięcia macicy *Cz.* dokonał amputacji nadpochwowej (odjęto około 6 ctm. szyi szyi), a następnie wykonał zabieg *Aleksander-Adams'a*. Po gładkim przebiegu pooperacyjnym chora była wypisana ze szpitala św. Wincentego jako zdrowa. Po 4-ch miesiącach zjawiła się znowu z nawrotem cierpienia, które powodowało zupełną niezdolność do pracy. Analizując zabiegi operacyjne, jakie mogłyby być zastosowane do danego przypadku, *Cz.* przyszedł do przekonania, że tylko całkowite usunięcie macicy mogłoby ustrzedz chorą od dalszych nawrotów cierpienia.

Operację tę *Cz.* skombinował z rezekeją przedniej ściany pochwy, z której wycięto duży owal (sposobem *Simona*) z szeroką podstawą u ujścia zewnętrznego macicy.

Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. — Chora obecnie już wstaje.

V. *Talko* odczytał rozprawę „O wążrze oka w Polsce.“ Zebrał on 43 przypadki, spostrzegane przez naszych okulistów, przeważnie u kobiet; w tej liczbie cztery własne, szczęśliwie operowane.

Jeden z takich pasorzytów galki (*cysticercus subretinalis*), wyjęty w Lublinie, pokazywany był pod drobnowidzem wraz z chromatograficzną ryciną dna ocznego pacjentki.

Z 43-ch przypadków najwięcej przypada na wagra pod łącznicą, potem w głąku szklistem i pod siatkówką; po jednym przypadku operowano wagra w oczodole i komórce oka.

Podług miejscowości obserwowano 2 przypadki w Wilnie, 1 na Podolu, 5 — we Lwowie, 6 — w Krakowie, 2 — w Poznaniu, 3 — w Lublinie, 1 — w Radomiu, 1 — w Łodzi; reszta przypada na przypadki, obserwowane przez okulistów warszawskich.

Wszystkie podłącznicowe wagry, a także komórkowy szczęśliwie były operowane (jeden podłącznicowy sam się wyłuszczył przy potarciu oka).

Z ciała szklistego wydobyli wagra *Wicherkiewicz* w Poznaniu i *Koliński* w Łodzi, z pod siatkówki — *Rydel*, *Ziemiński*, *Kamocki* i *Talko*. W dwóch przypadkach (*Kamocki* i *Talko*) jednocześnie z wągrem oka chore cierpiały na solitera jelit.

Dawniej wagr oka był u nas rzadkością. Pierwszy go wykrył w tylnym odcinku galki ś. p. *Jodko-Narkiewicz* w r. 1865; obecnie

częściej się spotyka; tak, gdy dawniej spostrzegano go raz — na rok lub dwa lata — w r. 1897 było 5 przypadków, w r. 1898 — 6 przypadków, w r. 1899 — 7 przypadków.

Obszerna ta praca będzie ogłoszona drukiem w „Postępie okulistycznym“.

VI. A. Janiszewski odczytuje rzecz o „leczeniu puchliny, wywołanej przez cyrrozę wątroby, za pomocą wytworzenia sztucznie zrostów otrzewnowych.“

W ostatnim numerze „Semaine Médicale“ z roku przeszłego 1899-go pomieszczoną została praca bezimiennego autora, oparta na doświadczeniach fizyologicznych i badaniach lekarskich lekarzy polskich, rosyjskich, holenderskich, amerykańskich, angielskich i niemieckich, wnosząca nowe pomysły do nauki o leczeniu puchliny brzucha, zależnej od cierpień wątroby lub nowotworów, rozwijających się w jamie brzusznej, z którą, jako zawierającą wiele praktycznych wskazań i zalet, postanowiłem poznać Szan. Panów.

Autor pracę swą zaczyna od stwierdzenia faktu, że najbardziej dolegliwym i niebezpiecznym z objawów, towarzyszących cyrrozie wątroby, jest puchlina brzuszna, czyli przesięk do jamy otrzewny (*ascites*); że przesięk ten sam przez się może spowodować śmierć; że wypuszczoney za pomocą przekłucia zazwyczaj się ponawia; że jednak znane są wypadki, w których po pewnej liczbie wypuszczeń nie powtarza się więcej i ustępuje bezpowrotnie, przedłużając tym sposobem życie chorego, i cierpienie pierwotne czyniąc dość znośnem.

Patogenezę przesięku surowiczego do jamy otrzewny w cyrrozie żyłnej wątroby, stanowią w znacznej mierze zboczenia w krążeniu w systemie żyły bramnej, a właściwie staza żylna, manifestująca się często u tego rodzaju chorych rozwojem podskórnych żył brzucha w kształcie *caput meduzae* i wskazująca zarazem na usiłowania natury ku wytworzeniu krążenia obocznego (*collateralnego*) za pomocą naczyń, mogących połączyć system żyły bramnej (*v. portae*) z takimże żyłą próżnej dolnej (*v. cava inferior*). Lecz ta kręta i długa droga nie jest jeszcze dostateczną do przeszkodzenia wytworzeniu się przesięku. Bardziej prostą drogę stanowią zrosty trzewiowo-otrzewnowe (*viscero-peritoneales*), które, jak wiadomo, często mają unaczynienie bardzo rozwinięte i dają możliwość nierównie łatwiejszego i prędszego usunięcia stazy w krążeniu żyły bramnej. — Dozwolonem więc jest przypuszczać, że wypadkowe ustępowania przesięku z jamy otrzewny u cyrrotycznych osobników po kilkakrotnie dokonywanych punkcyjach brzucha, zależnem jest od wytwarzania się zrostów wskutek podrażnień otrzewny, wywołanych powtarzaniami ukłuciami. Jeżeli zaś tak jest, jeżeli wypadkowym sposobem wytworzone zrosty korzystnie na przebieg choroby wpływają, to czy nie należy umyślnie starać wywoływać takowe w celu usunięcia puchliny, wywołanej cyrrozą wątroby?

Tego rodzaju rozumowanie dało początek interwencji chirurgicznej, której zadaniem jest w wypadkach cyrrozy wątroby z puchliną utworzyć nową drogę kolateralną dla ułatwienia krążenia w systemie żyły bramnej.

Zanim jednak tego rodzaju leczenie puchliny brzusznej było próbowane, poczęły się poprzednio doświadczenia, czynione na zwierzętach, w celu zbadania następstw, jakie wywołać może połączenie bezpośrednie żyły bramnej z żyłą prózną dolną.

Doświadczenia te przedsięwziął pierwszy lekarz rosyjski, Eck, w r. 1877 i które po 15-tu latach zakończone zostały w Instytucie Medycyny doświadczalnej w Petersburgu przez pp. Hahna, Massena, Nenckiego i Pawłowa.

Eck chciał ustanowić stałe połączenie żyły bramnej i żyły próżnej dolnej za pomocą podwiązania pierwszej z żył w bliskości wątroby. Rezultat tych doświadczeń był niefortunny, z 8-miu psów 7 zdechło w ciągu tygodnia, ósmy po upływie półtrzecia miesiąca, zanim zdążono zbadać na nim skutki przedsięwziętej operacji.

Massen i Pawłow byli nieco szczęśliwsi od poprzednika, zdołali bowiem zachować 20 psów z 60-ciu operowanych. Przeżyły te tylko psy, u których otwór komunikacyjny między żyłami nie był ani zbyt duży i nie pozwalał na zbyt nagłą mieszaninę dwóch krwi, ani zbyt mały, a przez to mogący być zatkanym przez skrzep krwi. Prawie wszystkie psy przebywały okres podbudzenia, a często wpadały w stan konwulsyjny z następczą śpiączką (*coma*). Objawy te bardzo zbliżone do zaburzeń anemicznych u ludzi, ustępowały na czas nieraz dość długi, powracały jednak, a kilkakrotnie kończyły się śmiercią, szczególnie jeżeli zwierzę karmione było mięsem. Fakta te tłómaczą się autointoksykacją (samozatruciem), powstałą z przenikania krwi, nasyconej istotami toksycznymi, z rozkładu ciał białkowych powstałymi, prosto z kiszki, omijając wątrobę, do żyły próżnej dolnej.

Ponieważ zrosty te, wytworzone komunikacją bezpośrednią pomiędzy pniami żył dolnej próżnej i bramnej, okazały się niebezpiecznymi i nie mogą być nigdy wypróbowane u człowieka, nie mają więc one znaczenia praktycznego, nie pozbawione są jednak znaczenia fizyologicznego i historycznego.

Zupełnie inne znaczenie ma drugi rodzaj doświadczeń, przedsięwzięty przez prof. Tilmana i opisany w pracy *Ueber die chirurgische Behandlung des Ascites*.

Autor ten, otwarłszy jamę brzuszną u psa silnego, wszął mesenterium w ścianę brzuszną pomiędzy skórą i mięśniami brzucha i przemył całą jamę otrzewny roztworem 1% sublimatu, w celu zniszczenia endotelium otrzewnowego, a tem samym wywołania zrostów pomiędzy błoną surowiczą otrzewny a kiszkami. Po upływie dni 8 wykonał drugą laparotomię i podwiązał venam mesentericam. Narazcie po upływie nowych dni 8-miu otworzył po raz ostatni jamę otrzewny i założył ligaturę na żyłę bramną bardzo blisko wątroby. Pies miał krwawe stolce, ale żył i poprawiał się. Połączenie bezpośrednie zostało otrzymane i wkrótce zaczęły się rozwijać liczne rozszerzenia żył brzusznych podskórnych. Po upływie 3-ch miesięcy pies został poświęcony dla nauki i przy sekcji znaleziono: venam mesaraicam zamienioną na tkankę łączną. Vena portae na granicy ligatury przedstawiała otwór wielkości główki od szpilki, a w wątrobie

stwierdzono liczne ogniska zwyrodnienia tłuszczowego i liczne zrosty otrzewnowe.

Inne zwierzęta, którym nakładano ligatury na żyłę wrotną lub żyłę krezkową nie wywoławszy poprzednio cyrkulacji kolateralnej, za pomocą zrostów otrzewnowych wszystkie bez wyjątku pozdychały.

Fakta te dowodzą możliwości wpływania na krążenie w żyłę wrotnej, za pomocą wytwarzania sztucznie zrostów viscero-peritonealnych i pozwalają wytworzyć zabieg właściwy dla leczenia pylophlebitis, cirrhosis, wątroby atroficznej, a nawet niektórych guzów nie mogących być operowanymi, a wywołujących zaburzenia w krążeniu przez ucisk na żyłę bramną.

Pierwsze próby, mające na celu wywołanie zrostów peritonealnych w marskości wątroby z puchliną za pomocą wszycia omentum majus w powłoki brzuszne, wykonane były przez p. von der Meulen w r. 1889 i p. Schelkly w r. 1891 za natchnieniem i radą prof. Talmy w Utrecheie.

Pierwszy operowany umarł w kilka godzin po operacji, prawdopodobnie, wskutek wstrząsu.

Drugi, w przystępie delirium tremens zerwał po 15-tu dniach nałożony opatrunek w chwili, kiedy caput medusa wyraźnie się już objawiała, i umarł wskutek zapalenia otrzewny.

Trzeci, operowany przez p. Lens, umarł z wyniszczenia po upływie 5½ miesięcy. Puchlina nie ustępowała i wielokrotnie musiały być w czasie leczenia wykonywane punkcje.

Następują w porządku chronologicznym dwie operacje Drumonda i Morisona.

W przypadku pierwszym przekonano się, że chory nie podlegał wcale marskość, — w drugim zaś stwierdzono tę sprawę dokładnie. Kobieta miała puchlinę brzucha i nóg. Operacja zasadzała się na cięciu w linii środkowej od pępka do spojenia łonowego ewakuacji przesięku, wytarciu mocnem gąbką powierzchni wątroby, śledziony i otrzewny ściennej, wszyciu omenti majoris w ściany brzuszne i zamknięciu jej z pozostawieniem szklanej rurki zamiast drenu. Dla zapewnienia sobie zetknięcia otrzewny z trzewiami nałożono na brzuch od epigastrium do spojenia łonowego szeroki bandaż cyrkularny z dyachylonu. Po upływie trzech dni, gdy płyn już przestał się sączyć, dren usunięto. Puchlina ustąpiła bezpowrotnie. Dr. Morison po upływie lat dwóch widział chorą, cieszącą się zupełnym zdrowiem, następnie jednak w miejscu pozostawiania drenu wytworzyła się przepuklina, dla usunięcia której wykonał powtórna operację, wskutek której chora zmarła w stanie komatycznym. Przy sekcji znaleziono liczne zrosty pomiędzy wątrobą, śledzioną, kiszki i otrzewną bardzo unaczynione, jak również rozszerzone żyły podotrzewnowe.

W nowej swej pracy *Cure of ascites due to liver cirrhosis by operation* dr. Morison podaje dwa nowe wypadki cyrrozy atroficznej wątroby, operowane w celu usunięcia puchliny.

W pierwszym, u chorego lat 42-eh, chcąc uniknąć wytworzenia przepukliny następczej, M. zmienił operację w ten sposób, że robił

cięcie podpępkowe i kontraperturę powyżej spojenia kości łonowych w celu przeprowadzenia sączka. Chory wyzdrowiał i po upływie dwóch lat od daty operacji nie można było znaleźć ani śladu przesięku w jamie otrzewny. Stan ogólny był zadawalniający. Śledziona poprzednio hipertroficzną zmniejszyła znacznie swą objętość.

W drugim wypadku, u kobiety lat 54-eh w czasie operacji stwierdzono, oprócz marskości atroficznej wątroby, obecność torbieli wielokomorowej w więzie szerokim (*ligamentum latum*). Brzuch zamknięto bez drenowania. Kobieta ta zmarła po 10-ciu dniach. Sekcyja stwierdziła, że śmierć nastąpiła wskutek śródmiaższowego zwyrodnienia nerek, nierównie wcześniejszego od zaniku wątroby powstałego.

We dwa lata po ogłoszeniu przez Drumonda i Morisona, prof. Talma w swej pracy: *Chirurgische Oefnung neuer Seitenbahnen für das Blut der Vena Portae* podał spostrzeżenie o leczeniu chłopca 9-cioletniego, podlegającego chorobie Brighta, a następnie cyrrozie atroficznej wątroby, u którego po każdej punkcyi, jak również po laparotomii zwyczajnej przesiek powtarzał się stale. W wypadku tym dr. Eiselsberg za radą prof. Talmy powtórnie otworzył jamę brzuszną i wszył w powłoki brzuszne omentum majus i worek żółciowy.

Dostrzeżono wkrótce po operacji rozwój licznych żył, rozszerzonych w powłokach brzusznych (*caput medusae*) i jednocześnie wysiek ustąpił zupełnie. Ponieważ jednak śledziona nie zmniejszała się, trzecią laparotomię wykonał dr. Narath w celu przyszcicia śledziony do mięśni i skóry brzucha. Po wykonaniu tej operacji, w trakcie której przekonano się naocznie o istnieniu zrostów mocno unaczynionych pomiędzy omentum, pęcherzykiem żółciowym i powłokami brzuszными, objętość śledziony znacznie się zmniejszyła. Po upływie 2-eh lat chłopiec czuł się dobrze i nie miał ani śladu puchliny. Wątroba wprawdzie była jeszcze twardą, niemniej jednak funkcyonowała prawidłowo, sądząc z braku żółtaczki i normalnej barwy moczu i wypróżnień stolcowych.

W końcu roku 1898 prof. Weir zakomunikował „Towarzystwu praktyków“ (*Practioners Society*) w New-Yorku przypadek puchliny brzusznej z powiększeniem wątroby i śledziony u człowieka, którego świeżo operował. Po otworzeniu jamy brzusznej i opróżnieniu jej, jak również wygąbkowaniu marłą sterylizowaną.

Prof. Weir za pomocą szpilki, w celu podrażnienia otrzewny i wywołania zrostów, podrapał powierzchnię prawego płata wątroby, otrzewną przeponową i ścienną, i po zatamowaniu krwawienia, wszył katgutem omentum i zamknąwszy jamę brzuszną wprowadził dren. Operowany zmarł 5-go dnia wskutek zapalenia otrzewny. Sekcyja stwierdziła, że wątroba nie podlegała cyrrozie, ale że istniała torbiel hydaticzna w prawym jej płacie.

W tym samym czasie, t. j. w listopadzie 1898 roku, w Berlinie prof. Neuman, którego praca *Zur Frage der operativem Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose* wyszła w r. 1899, operował kobietę z cyrrozą atroficzną wątroby, powiększeniem śledziony i albuminuryą. Po otworzeniu jamy brzusznej za pomocą tepej łyżeczki, po-

drażnił on lekko otrzewną, sąsiadującą z brzegami rany, wszył w ranę omentum i brzuch zamknął szwami bez drenażu. Po 10-ciu dniach spojenie brzegów nastąpiło per primam, a naokoło pępka wystąpił wieniec z rozszerzonych żył. Przesięk z jamy otrzewnowej stopniowo ustąpił zupełnie. Po 6-ciu miesiącach chorea wyzdrowiała, brzuch spadł, śladu przesięku nie było, a naokoło pępka pozostał wieniec z mocno rozszerzonych żył.

Wreszcie w r. 1899 Rolleston i Tunner ogłosili dwa przypadki operacji podobnych. W obu przypadkach po otwarciu jamy brzusznej i wysączeniu płynu powierzchnię wątroby i przepony podrażniał szkłem i paznogciem, a następnie nitkę ze ścięgna kanguru, przez brzeg wątroby, omentum i otrzewny przeprowadzoną, ściągnięto w ten sposób, że omentum zostało uwieszone pomiędzy wątrobą i przeponą. Rana została zaszyta w zupełności bez drenażu. U jednego z operowanych puchlina wróciła i trwa, prawdopodobnie, dotychczas, pomimo wielokrotnie powtarzanych punkcji, — drugi w ciągu 5-ciu miesięcy czuł się zdrowym zupełnie, a śledziona jego znacznie się zmniejszyła.

Tak więc strącając z rachuby pierwsze przypadki van der Meulena i Schelkle, jedną z obserwacji Drumonda i Morisona, nareszcie jedną Weira, które nie mają nic wspólnego z cyrrhozą atroficzną wątroby, rozporządzamy rzeczywiście 8-miu wypadkami cyrrhozy żylnej wątroby, w których leczenie omawiane było dokładnie wypróbowane.

W tych 8-miu przypadkach 5 dały rezultat dodatni tak pod względem ustąpienia puchliny, jak polepszenia stanu ogólnego i zmniejszenia współtowarzyszącego zwiększenia śledziona w dwóch wypadkach puchlina wróciła. Wreszcie u chorej, u której jednocześnie z marskością wątroby atroficzną znaleziono torbiel hydatyczną w więzcie szerokim i marskość nerek nastąpiło zejście śmiertelne.

Fakta te przemawiają stanowczo na korzyść nowo zaleconego rękoczynu, tem więcej, że w większości ich kilkakrotnie dokonywane punkcje nie były w stanie usunąć przesięku.

Rodzi się tedy pytanie? czy ustąpienie puchliny przypisać wypada korzystnemu wpływowi zrostów otrzewnowych, czy też samej tylko dokonanej laparotomii.

Rzeczywiście bowiem, ódkąd przekonano się, że proste otworzenie jamy brzusznej zdolne jest usunąć gruźlicę otrzewny, wywołać ustąpienie puchliny brzucha, spowodowanej obecnością guzów rakowatych, to jest się w prawie przypuszczać, że tenże sam rękoczyn może również wpłynąć korzystnie i na zaniknięcie przesięku spowodowanego cyrrhozą wątroby.

Hypotezie tej jednak przeczy z jednej strony szybki rozwój wienca rozszerzonych żył podskórnych brzucha, z drugiej — fakt, dostrzeżony w przypadku prof. Talmy, że wykonana zwykła laparotomia nie była w stanie usunąć przesięku i że tenże ustąpił zupełnie wówczas, gdy wykonana powtórnie połączoną została z wszyciem omentum do ścian brzucha.

Co się tyczy samego rękoczynu, to wykonany w warunkach aseptycznych nie jest wcale cięższym i niebezpieczniejszym od zwykłej próbnnej laparotomii, nie więc nie stoi na przeszkodzie wykonywania go wówczas, gdy powtarzane kilkakrotnie punkcye nie są wstanie usunąć puchliny, nie należy go tylko wykonywać zbyt późno, gdy funkcye wątroby są znacznie upośledzone.

Zalecać się winno tylko: unikanie drenowania rany, które stanowi niejako furtkę, przez którą zarazki łatwo do wewnątrz przeniknąć mogą, jak również bardzo lekkie podrażnienia powierzchni surowiczej, takie tylko, aby wywołać zrosty delikatne i subtelne, które zwykle bywają najobficiej unaczynione, gdy przeciwnie zrosty twarde i grube takie, jakie się spostrzega po silnych traumatyzmach są zwykle bardzo w naczynia krwionośne ubogie.

Co się dotyczy osobistych moich zamiarów, to jeżeli żyć będę, a nadarzy mi się sposobność obserwowania podobnych podanym faktów, postanowiłem zalecony rękoczyn wykonać i o rezultatach tego Szan. PP. zawiadomić.

W dyskusji *Jarnuszkiewicz* mówi o metodzie leczenia puchliny brzusznej, podanej przez Ewalda, a polegającej na wytwarzaniu zrostów otrzewnowych przez częste i w niewielkich odstępach czasu powtarzane przekłucia brzuszne.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *A. Janiszewski*.
Sekretarz *A. Majewski*.

V. BIBLIOGRAFIA.

M. Rejchman. **O przewlekłych biegunkach, o rozpoznawaniu ich różniczkowem i leczeniu.** Warszawa, 1899.

W broszurze wydanej w „Odczytach klinicznych“ autor podaje pracę, przeznaczoną na zjazd w Poznaniu.

Autor dzieli biegunki przewlekłe na 12 grup: *a*) skutkiem chorób nerwowych; *b*) chorób krwi; *c*) chorób naczyń krwionośnych kiszek; *d*) złego przeżuwania pokarmów; *e*) chorób żołądka; *f*) zmian anatomicznych w kiszka; *g*) nieodpowiedniego żywienia się; *h*) zaparcia stolca; *i*) zwiększonego wydalania żółci; *j*) nieprawidłowych fermentacji w kiszka; *k*) obecności pasorzytów w kiszka; *l*) zmian w otrzewnie.

Każdą grupę z tej klasyfikacji, trochę może zbyt drobiazgowej, rozpatruje autor oddzielnie, podając znaki rozpoznawcze dla każdej oddzielnej postaci.

Ponieważ całość jest wogóle traktowana raczej w formie skrótu, niż monografii właściwej, co wynika z przeznaczenia odczytu,

autor mógł zaledwie dać szkic, a nie całość. Tak np. w grupie biegunek zależnych od cierpień żołądka, pominął autor biegunki, zależne od porażenia odźwiernika, o czem w swoim czasie pisałem.

W drugiej części pracy autor podaje leczenie biegunek, opracowane na zasadzie długoletniego doświadczenia.

Odczyt wogóle daje jasne pojęcie o kwestyi omawianej i stanowi pożądany nabytek w piśmiennictwie.

J. Zawadzki.

* * *

Dr. Stanisław Serkowski. Mleko i bakterye. Warszawa, 1900.

Autor w broszurze, wydanej nakładem własnym, rozpatruje kwestyę interesującą oddawna ogół lekarzy i ekonomistów, mianowicie kwestyę bakteryi mleka.

W broszurze znajdujemy opis niemal wszystkich bakteryi, zawartych w mleku, charakterystykę każdego drobnoustroju oddzielnie i sposoby wykrywania drobnoustrojów.

Stosunkowo mało miejsca autor utrwalaniu mleka oraz sterylizacyi, mimo że kwestya to pierwszorzędnej wagi.

Autor odsyła pod tym względem do prac innych, ogłoszonych poprzednio, niezbytby jednak rozszerzyło ramy jego pracy streszczenie tych prac i podanie bliższych szczegółów co do wyjałowienia.

Z tem wszystkiem broszura powinna znaleźć pokup u interesowanych, kwestyę bowiem bakteryi traktuje wyczerpująco.

J. Zawadzki.

* * *

Dr. E. Graetzer. Sechs Jahre Casuistik. 1250 Fälle aus der Litteratur (1891 — 1896), Leipzig.

Piśmiennictwo w ostatnich dziesiątkach lat tak się rozszerzyło, że nikt niema dziś możności przejrzenia choćby pobieżnego wszystkich pism, nikt więc nie może powiedzieć, że przeczytał wszystko choćby w zakresie szczipłej jakiej specjalności.

Aby zaradzić temu, oddawna już wydawane są pisma, poświęcone przeglądowi piśmiennictwa i zajmują poważne stanowiska zarówno w Niemczech, jak i we Francyi.

Ale i te pisma nie są w możności dostarczyć wszystkich streszczeń, to też praca d-ra Graetzera jest niezmiernie pożyteczna, ułatwia bowiem poszukiwania piszącym w danej kwestyi.

Autor przyjął układ alfabetyczny według chorób, co znacznie ułatwia poszukiwania.

Kazuistyka opracowana jest wybornie i zawiera wszystko to, co charakteryzuje dane spozstrzezenie.

J. Zawadzki.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 1-go kwietnia 1900 r.

(J. Z.) W dniu 31 z. m. odbyło się 1-sze nadzwyczajne posiedzenie członków warszawskiej kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy; dla braku czasu podajemy tu tylko sprawozdanie przygotowane przez Zarząd, oraz projekt odczytany na posiedzeniu, odkładając do numeru przyszłego sprawozdanie szczegółowe z Zebrania Ogólnego instytucji, która, mimo wciąż piętrzące się przeszkody, rozwija się, jak widzimy, względnie szybko wbrew przewidywaniom tych, którzy wyżej niż dobro społeczne, cenią swą ambicję i swe uprzedzenia.

W dniu 1 listopada 1899 r. Zebranie Ogólne założycieli Kasy wybrało zarząd, złożony z 5 członków: Flataua, Hewelkego, Jaworskiego, Kosmowskiego i J. Zawadzkiego. — Zarząd wybrał na prezesa Kosmowskiego, na wiceprezesa J. Zawadzkiego i na sekretarza E. Flataua. Obowiązki członków zarządu pełnili Jaworski i Hewelke. Od 8-go lutego r. b. z powodu choroby Jaworskiego obowiązki członka zarządu pełnił Rzecznowski, jako jeden z zastępców, wybranych przez zebranie założycieli. Zarząd odbył 23 posiedzenia i zajmował się zorganizowaniem biura i administracji, ułożeniem ksiąg buchalteryjnych, rozsyłaniem cyrkularzy i druków, przyjmowaniem nowych członków Kasy tak miejscowych, jak zamiejscowych, wreszcie ułożeniem regulaminów i instrukcji.

Przy urzędowaniu biura i administracji zarząd, kierując się względami koniecznej, szczególnie w początkach działalności Kasy, oszczędności, jako też wymaganiami ścisłości i systematyczności w rachunkach, a przytem wygodą interesantów, uznał za najstosowniejsze zawarcie odpowiedniej umowy z Warszawskim związkiem giełdowym. Umowa została zawarta do 1 stycznia 1901 roku. Związek dostarcza naszej kasie lokalu na biuro, otwartego codziennie od godz. 10—3 po poł., daje odpowiedzialnego kasyera, buchaltera do prowadzenia ksiąg i korespondencji inkasentów. Za prawidłowość tych czynności odpowiada swoim majątkiem. Za czynności te pobiera od Kasy wynagrodzenie w wysokości 50 rb. miesięcznie, czyli 600 rb. rocznie. Zarząd po zasięgnięciu zdania biegłych (dyr. Czajewicza, dyr. Supronowicza i p. Donimirskiego) i w porozumieniu ze związkiem giełdowym zaprowadził następujące księgi buchalteryjne: 1) dziennik, 2) księgę główną, 3) księgę kasową, 4) kontrolę wkładów i 5) księgę kontową, czyli rachunków osobistych każdego uczestnika Kasy. — Stosownie do wymagań ustawy, księgi te zostały przedstawione Zebraniu Ogólnemu do zatwierdzenia. Prócz powyższych ksiąg buchalteryjnych, zaprowadzono w biurze dziennik wchodzących i wychodzących papierów, księgę i listę członków, księgę inwentarzową, kopiową

i rewersał oraz asygnaryusz. Celem częściowego pokrycia wydatków, poniesionych przy urządzeniu biura, a mianowicie sprawienia niezbędnych ruchomości (szafa, biurko), ksiąg buchalteryjnych, niezbędnych druków, portoryi i korespondencji, zarząd pobiera od każdego uczestnika Kasy jednorazowo rb. 2. Powyższe wydatki organizacyjne dadzą się w końcu roku przy tworzeniu bilansu rozłożyć na pewien szereg lat drogą stopniowej amortyzacji.

Czynności przygotowawcze zarządu ukończone zostały do d. 4 grudnia 1899 r., w którym to dniu Kasa rozpoczęła swoje czynności. W rachunkach rocznych m. grudzień roku zeszłego zostanie włączony do roku bieżącego.

Do chwili ułożenia sprawozdania niniejszego Kasa liczy 100 uczestników, a mianowicie członków miejscowych 58, prowincjonalnych 42, przyjętych na podstawie złożonych przez nich deklaracji, zaakceptowanych przez zarząd. Z tych uczestników 86 złożyło już przynależne od nich wkłady, 14 zaś (głównie z prowincyi), jako przyjętych dopiero w ostatnich dniach, nie zdążyło jeszcze wnieść do kasy 1-szych przypadających od nich wkładów. Każdy uczestnik po przyjęciu do kasy, prócz wspomnianego wyżej wkładu na koszta organizacyjne w ilości rubli 2, wnosi jednorazowy wkład obowiązkowy w ilości rb. 10. Celem ułatwienia zapisywania się do kasy zarząd wprowadził ulgę tego rodzaju, że wkład ten może być rozłożony na raty, których spłata musi jednakże nastąpić w ciągu roku bieżącego. Stan bieżących rachunków kasy na wprowadzenie tej ulgi pozwolił. Do dnia dzisiejszego 13 uczestników korzystało z możliwości spłacania wkładu tego ratami miesięcznymi. Co się tyczy oszczędnościowych wkładów miesięcznych zobowiązało się przez deklaracje wносить: po rb. 3 miesięcznie 42 uczestników (wpływ miesięczny 126 rubli) po rb. 4 — 1 ucz. (wpływ 4 rb.), po rb. 5 — 40 uczestników (wpływ mies. 200 rb.), po rb. 8 — 1 uczest. (wpływ mies. 8 rb.), po rb. 10 — 15 ucz. (wpł. mies. 150 rb.), po rb. 15 — 1 uczestnik (wpływ mies. 15 rb.), razem wpływ miesięczny 503 rb. — Stosownie do brzmienia ustawy Kasa przyjmuje wkłady dobrowolne od swych członków na warunkach, wskazanych przez ustawę. W dziale tym mamy do zanotowania 7 uczestników, którzy złożyli wkłady dobrowolne w ilości 228 rb., od 23 — 60 rb.

Wobec kilkomięsnego zaledwie trwania naszej Kasy i drobnych dotąd sum, zapisanych na dobro pojedynczych uczestników i nie dających jeszcze prawa do zaciągnięcia większych pożyczek, działalność Kasy ma dotychczas *charakter przeważnie oszczędnościowy*. W dziale pożyczek zarząd udzielił: 1 pożyczki zwykłej z poręczeniem w wysokości rb. 73 kop. 50 i 1-ną pożyczkę bez poręczenia w wysokości 45 rb. dotąd nie odebraną. Nadto, stosownie do wymagań ustawy, udzielił jednej pożyczki w wysokości rb. 300 pod zastaw papierów procentowych. Od wszystkich tych pożyczek Kasa pobiera 8% rocznie. — Wszystkie składane kapitały Kasa lokuje na rachunku bieżącym Banku Handlowego Warszawskiego na 4%. W chwili zebrania sumy wyższej nad 100 rubli, zarząd, korzystając z niskiego kursu List. Zast. miasta Warszawy, polecał za gotowiznę nabywać te pa-

piery procentowe. Poniżej podajemy szczegółowy rachunek Kasy, zamknięty w dniu 26 z. m.

Zarząd Kasy ułożył odpowiednie instrukcye, określające obowiązki jego członków i biura kasy. Uchwały zarządu zapadają większością głosów. Wszelkie asygnacye pieniężne muszą być podpisane przez 3 członków zarządu. Czeki Banku Handlowego przez prezesa i sekretarza. Z powodu niezgodności w treści § 34 i 39 ustawy naszej Kasy, zarząd odwołał się do kancelaryi Jenerał Gubernatora Warszawskiego z prośbą o wyjednanie poprawki, zgodnej z pierwotnem życzeniem założycieli Kasy. — Stosownie do przyjętego przez zarząd regulaminu uskuteczniła była dwukrotnie rewizya ksiąg; kasy, przyczem okazały się księgi w porządku i stan kasy z dowodami i księgami.

Stan Kasy w dniu 26 Marca 1900 roku

<i>A. Stan czynny.</i>		<i>B. Stan bierny.</i>	
	<i>Rb. k.</i>		<i>Rb. k.</i>
1. Gotowizna w Banku Handlowym . . .	298 53	1. Rach. opłat na koszta organizacyjne . . .	172 —
2. Papiery % w B. Handl. wartości nom. 2800 rb. (z kuponami)	2,670 —	2. Rach. wstępnych wkładów jednoraz. . .	766 —
3. Pożyczki zwykłe z poręczeniem	73 50	3. Rach. wkład. obowiąz. miesięcznych . . .	1492 —
4. Pożyczki na zastaw papierów	100 —	4. Rach. wkładów dobrowolnych	228 —
5. Inwentarz	62 55	5. Depozyta na zabezpieczenie pożyczki .	1000 —
6. Druki	170 85	6. Kuponny	30 50
7. Koszta organizacyi, poitorya	160 —	7. Procenty od pożyczek	12 10
8. Administracya	169 70	8. % od rach. bież. w B. Handl. do 1/II 1900	1 53
	3,705 13		3,705 13

W dalszym ciągu odczytano na posiedzeniu, opracowany przez wiceprezesa: „Projekt umów między Kasą lekarzy a firmami handlowymi“, który brzmi jak następuje:

§ 1. W celu dostarczenia uczestnikom kasy zaliczkowo-wkładowej towarów po niższej cenie, oraz dla udogodnienia im zakupów, ustanawiają się przepisy następujące. — § 2. Kasa lekarzy wchodzi w umowę z różnemi firmami w celu zapewnienia uczestnikom ustępstwa od cen zwykłych. — § 3. Każdy uczestnik ma prawo korzystania z ustępstwa przyznanych członkom kasy za okazaniem zaświadczenia, wydanego przez zarząd. — § 4. Każdy uczestnik ma prawo żądać kredytu w kasie do wysokości jego wkładów obowiązkowych lub specjalnie w tym celu złożonego wkładu dobrowolnego. — § 5. Członek, który żąda przyznania mu kredytu, wskazuje firmy, w których zamierza brać towary na rachunek i zgóry wystawia odpowiednie zobowiązanie kasie. — § 6. Zarząd zawiadamia firmy wskazane o otwarciu członkowi kredytu do wysokości zgóry oznaczonej.

Uwaga. Jeżeli członek wskazał kilka firm, musi oznaczyć, do jakiej sumy żąda mieć kredyt w każdej z nich. — § 7. Kasa liczy sobie 8% od chwili wpłacenia firmie należności. Należność musi być zaświadczona przez członka korzystającego z kredytu lub muszą być dołączone piśmienne zapotrzebowania członka kasy. — § 8. Ustąpiony przez firmę % zalicza się na dobro każdego uczestnika, jako wkład dobrowolny za potrąceniem % należnego kasie od pożyczki. — § 9. W miarę zwiększania się wkładów, co kwartał może nastąpić podwyższenie kredytu, przyznanego członkowi. — § 10. Każdy uczestnik, któremu kredyt przyznano, uważany jest za dłużnika Kasy, aż do chwili uregulowania należności. — § 11. Każdy uczestnik ma prawo wnieść do Kasy wkład dobrowolny, przeznaczając go na pokrycie należności firmom, u których chce mieć kredyt otwarty. Od wkładu płynie mu % zwykły, za załatwianie zaś rachunków Kasa liczy sobie 2%. — § 12. Członkowie Kasy zamieszkali na prowincyi mogą załatwiać sprawunki u firm skonstruktowanych za pośrednictwem Kasy, a po podpisaniu zobowiązania mogą mieć kredyt do wysokości swych wkładów. *Uwaga.* Kasa załatwia wtedy za nich rachunki i zapisuje na ich dług sumę zapłaconą. — § 13. Członkowie mają prawo w każdej chwili skompletować listę firm przez wniesienie odpowiedniego żądania do zarządu. — § 14. Spis firm znajduje się w kancelaryi Kasy, oraz ma być rozesłany wszystkim członkom.

—h.— Akademię J. Janzuł wyraził w gazecie „Ruskija Wiedomosti“ swe zdanie o obowiązku lekarza niesienia pomocy w każdej chwili i na każde wezwanie, oraz o tytule lekarza do wynagrodzenia.

„Lekarz — mówi prof. J. — nie ma większego obowiązku śpieszenia ze swą pomocą, niż każdy inny w podobnym przypadku; tylko tam, gdzie fakta twierdzą, że jego pomoc była niezbędnie potrzebna, niezastąpiona, tam — tylko podlega sądowi opinii, względnie karze prawnej. Obecnie, gdy liczba lekarzy wzrosła do tego stopnia, że wyżyć im trudno z praktyki, nie może być mowy o obowiązku śpieszenia, dniem czy nocą, na wezwanie każdego chorego; rzecz ta powinna być pozostawioną jego własnemu osądzeniu, podobnie jak to się dzieje w innych profesjach.“

Co do drugiego pytania, zdanie swe formułuje prof. J. w następujący sposób:

1) Państwo, ziemstwo, miasta powinny starać się o dostateczną pomoc lekarską bezpłatną, która by zaspokoiła odnośne potrzeby całej biednej masy ludności.

2) Obowiązek lekarza zjawiania się na pierwsze wezwanie — dzisiaj już należy uważać za rzecz przeżyłą, nie mającą sensu, szczególnie w miastach, i powinien być zmieniony, oprócz wyjątkowych, ściśle prawem określonych przypadków.

3) Sposób wynagradzania lekarzy powinien przede wszystkim ulec zmianie co do utrzymującej się dotąd formy. Praca ta powin-

na być wynagradzana w ten sam sposób, co inne jej rodzaje — na podstawie zasad wzajemnej umowy. Wysokość wynagrodzenia ma zależeć od zamożności pacjentów.

Zgodnie z tem należy wypracować takę, obowiązującą na wypadek nieporozumień i spraw sądowych.

—h.— Kol. Fr. Kijewski mianowany został ordynatorem oddziału chirurgicznego w szpitalu Wolskim.

—h.— Dr. Eug. Kozierowski, były asystent uniwersytetu lwowskiego, ordynuje obecnie stale w Abbazji (willa Sokol).

—h.— Według gazety „Odesskija Nowosti“ jest prawie pewnem, że wydział lekarski w uniwersytecie odeskim otwarty będzie na przyszłą jesień. Już obecnie bowiem kasa miejska otrzymała sumy: 25,700 rb. na pensye profesorskie i 43,837 rb. na pomoce naukowe.

—h.— Rada Towarzystwa walki z chorobami zakaźnymi ogłosiła nagrodę w wysokości rb. 300 za najlepszą, ogólnie dostępną rzecz o syfilisie, jako o chorobie ludowej. Prace objętości nie więcej, jak 1 arkusz druku, mają być przesyłane pod adresem rady (St.-Petersb. Aptek. piereułok, 6) przed 1-ym listopada 1900 roku. (Wracz, 9).

—h.— Akademia Wojenna wydała pozwolenie wstępu dla kobiet-lekarzy na klinikę chorób nerwowych, w celu specjalnego kształcenia się w przeciągu lat 2; za każdym razem za osobnem zezwoleniem dyrektora kliniki. (Wracz, 11).

—h.— Rząd W. Księstwa Badeńskiego pozwolił, w rodzaju próby, uczęszczać kobietom, mającym świadectwo dojrzałości, na obie wszechnice W. Księstwa.

—hk.— Z początkiem roku bieżącego zaczął wychodzić kwartalnik p. t. „Alcoholismus“ pod redakcją d-ra Waldschmidta z Westend pod Berlinem. Jak już sama nazwa wskazuje, nowe to pismo zajmować się będzie sprawą pijaństwa.

—hk.— Z kongresu paryskiego. Ogólne posiedzenia (2 — 5 i 9 sierpnia) odbywać się będą w wielkim amfiteatrze Sorbony, który 3,000 osób pomieścić może. Każdy lekarz przyjmujący udział w kongresie ma prawo otrzymać: 1) 1 tom, obejmujący rzut oka ogólny na prace kongresu; 2) referat z posiedzeń ogólnych; 3) sprawozdanie z sekcji, do której należy, w razie, gdy kto do kilku sekcji należeć będzie, wtedy sprawozdanie z jednej z nich otrzymuje bezpłatnie, inne zaś po oznaczonej cenie z księgarni Massona.

—h.— Dr. S. M. Bogosłowski podał bardzo ciekawe statystyczne i inne dane, jakie otrzymał z obserwacji nad robotnikami pewnej fabryki przędzy w gubernii Moskiewskiej. Mogą one służyć za przykład lekarzom fabrycznym wogóle, jak przy należytem wyzyskaniu każdego materiału można otrzymać ważne wyniki, zarówno praktyczne, jak i czysto naukowe.

Obejrzano 523 robotników. Procent chorób był bardzo wielki: 71.37 dla mężczyzn, 68.8 dla kobiet; w tem 4% przypadków były

suchoty (taki sam procent znalazł dr. Jazykow w innej podobnej fabryce). Tymczasem wśród ludności wiejskiej tego powiatu procent suchotników wynosił tylko 1.30. Pomiedzy suchotnikami przeważały kobiety: na 100 mężczyzn 162.5 kobiet (wśród włościan 100 mężczyzn 72.5 kobiet). Zależy to od ciężkich warunków pracy, zwłaszcza dla kobiet, na których plecy spada jeszcze zajęcie domem i obowiązkami matek.

Bardzo rozpowszechnioną jest między robotnikami niedokrwistość; jest to jakby właściwa fabryczna choroba — 38%; przytem u mieszkających w kazarmach niedokrewność występuje 24% częściej niż u mieszkających w mieszkaniach własnych. Wpływ ten uwydatnia się zwłaszcza na tych robotnikach, którzy urodzili się w kazarmach albo mieszkali w nich od dzieciństwa. Z 23-ch takich osobników 22 było chorych.

Aby choć w przybliżeniu określić wpływ pożywienia na częstość zachorowywania, dr. B. dzielił pieniądze, przeżywane przez daną rodzinę w ciągu miesiąca, przez liczbę członków tej rodziny. Okazało się, że 83 osoby przejadają w miesiąc mniej niż 5 rubli, 134 od 5 do 10 rubli i tylko 22 po 10 do 14 rubli. Pierwsza grupa dała 8.4% suchotników i 39.7% anemicznych; druga 0.7% suchotników i 30.6% anemicznych, trzecia 0% suchotników i 13.6% anemicznych.

Dalej dochodził B. wpływu wysokoku na częstość chorób; 326 pijących przepija średnio po 1 rb. 73 kop. na miesiąc. Wśród mężczyzn 11% nie piło wcale, wśród kobiet — 41.7%. Z mężczyzn 13 zaczęło pić już przed 10 rokiem życia, 80 pomiędzy 10—15, stu pomiędzy 15 — 20; 17 pomiędzy 20 — 25, jeden po 35. W pierwszej grupie było 46% anemicznych, w drugiej 35. Pomiedzy tymi, co zaczęli pić między 20 — 25, było 17% anemicznych. Mniej niż 1/2 butelki dziennie wypija 104 mężczyzn i 92 kobiety (pomiedzy tymi suchotnicy 1.9%, anemia 31.7%); 89 mężczyzn i 18 kobiet pija po więcej niż 1/2 butelki (wśród tych 4.5% suchotników, 35.9% anemicznych), pijących do całej butelki dziennie 14 mężczyzn i 5 kobiet (wśród tych 7.1% suchotników i 42.8% anemicznych). (Według referatu „Wracz“, № 10, 1900).

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. O znieczuleniu miejscowem według metody Schleich'a — Kazimierz Niedzielski — str. 253.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby układu nerwowego.

124. E. Boinet — O płasawicy połowicznej przedporażennej — str. 269. 125. Minor — Poszukiwania kliniczne i anatomiczne nad urazowemi cierpieniami rdzenia, zależnemi od centralnej hematomyelii i tworzenia jam w rdzeniu — str. 271. 126. Francis Bailey — Pierwotne ogniska hematomyelii urazowej, często nierozpoznawana postać uszkodzeń rdzenia — str. 272. 127. Dr. Perman — Przypadek hematomyelii urazowej — str. 273. 128. Prof. Bernhardt — Przyczynek do nauki o wylewach krwawych w rdzeniu pochodzenia urazowego — str. 274. 129. Brosius — Obłąkanie kobiet zamężnych: obłąd, którego treścią jest niewierność małżeńska mężów — str. 276.

II. Choroby dzieci.

130. Dr. R. Jemma — O chorobotwórczej działalności mikrobów mleka, znanych pod nazwą bakterii peptonizujących albo proteolitycznych — str. 278. 131. Marfan — Pospolite postaci włóknikowego zapalenia płuc u dzieci — str. 280.

III. Wiadomości pomniejsze — str. 282.

IV. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie — str. 283.

V. Bibliografia — str. 290.

Kronika bieżąca — str. 292.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 18 Марта 1900 года.

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 Ludwiga woda
ta w 10.000 części zawiera
na waga:

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

wyłączne prawo wysyłki posiada firma

Heinrich Mattoni

Francensbad, Wiedeń, Karlsbad.

„GŁOS“ Tygodnik Naukowo-Literacki Społeczny i Polityczny.

Warszawa, Złota 26.

Zadaniem pisma jest: 1-sze Omawianie ze stanowiska niezależnego spraw bieżących, aktualnych. 2-gie podnoszenie umysłowej i etycznej kultury społeczeństwa. — „Głos“ zamieszcza: 1) Artykuły wstępne, przeglądy, kroniki i korespondencje w sprawach bieżących, społecznych ekonomicznych, politycznych i literackich; 2) Powieści, nowele i poezje; 3)

„Przewodnik Naukowy i Etyczny”

który zawiera: 1) Artykuły ogólne w kwestjach naukowych, filozoficznych, społecznych i wychowawczych; 2) Artykuły w sprawach etycznych, sprawozdania o ruchu etycznym zagranicą; 3) Przeglądy i kroniki współczesnego ruchu naukowego; 4) Artykuły poświęcone prawom samokształcenia.

Co miesiąc Dodatek Bezpłatny.

W Dodatkach miesięcznych pomieszczone są: 1) Rozprawy, dotyczące Zagadnień doby bieżącej; 2) Streszczenie nowych większych dzieł wybitnej wartości. W Dodatkach w r. b. między innymi ukaza się następujące prace: A. Wagner: Na czym polega myślenie naukowe. Carus, Zagadnienie moralności. Münsterberg, Nauka i życie; o Mistycyzmie; Ziegler, Wiara i wiedza. Cordes, Psychologiczne podstawy samokształcenia. Stumpf, Idea Rozwoju.

Prenumerata: W Warszawie rocznie rb. 7, kwartalnie rb. 1, 75; miesięcznie kop. 60. Z przesyłką pocztową, rb. 9, kwartalnie rb. 2, 25.

Adres: Warszawa, Złota 26

Numer okazowy na żądanie bezpłatnie franco.

Nowy oddział
Środków opatrunkowych,
Wyrobów gumowych
i Przyrządów chirurgicznych.

Warsz. Towarzystwo Akcyjne
HANDLU TOWARAMI APTECZNYMI

dawniej

Zjednoczeni Aptekarze

i



Ludwik Spiess i Syn.

Plac Teatralny.

A P T E K A
i Skład Wód Mineralnych

w Warszawie, Marszałkowska 94.

NATURALNYCH

 *M. Barcza* 

wprost ze źródeł sprowadzanych

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

„TLEN w każdym czasie”,

Trany lekarskie oraz wina lecznicze wyrabiane na winach zagranicznych wyborowego gatunku.