

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

**W dniu pięćsetletniego Jubileuszu**

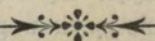
**składają**

**Wszechnicy Jagiellońskiej**

**hołd i życzenia dalszego pełnego chwały**

**istnienia.**

*Członkowie Redakcyi.*



# I. PRZYPADEK BŁONICY KRTANI, SYMULUJĄCEJ ROPIEŃ MIGDAŁKA JĘZYKOWEGO,

oraz wtórne zapalenie podśluzowe krtani.

Napisał

Dr. Jan Sędziak.

Przypadek, który miałem możność spostrzegać w ostatnich czasach, jest niezmiernie pouczający, zarówno pod względem rozpoznania, jakoteż i rokowania, i dlatego też uważałem za właściwe podać go do wiadomości kolegów.

T., lat 34, ksiądz, dotąd zupełnie zdrowy, z wyjątkiem uporzędkowanego cierpienia żołądkowego, nagle w dniu 17-ym kwietnia r. b. zachorował na gardło. Cierpienie to objawiło się gorączką, bólem gardła, oraz chrypką i dusznością. W dniu następnym zostałem wezwany na poradę przez lekarza domowego kol. W., który, przypuszczając sprawę zapalną podśluzową w krtani, prosił o zabranie ze sobą narzędzi, niezbędnych dla wykonania ewentualnego przecięcia ropnia krtani. Po przybyciu okazało się, że na kilka chwil przedtem chory splunął krwią, przyczem jakoby poczuł pewną ulgę. Rzekniesz, chory podczas naszej obecności zaczął w dalszym ciągu spluwać wydzielinę krwawą, przyczem zdawało się nam, że w wydzielinie tej spostrzegamy nieco ropy. Wszystko to naprowadzało na myśl, że prawdopodobny ropień krtani pękł, co potwierdziło badanie laryngoskopowe.

Wykazało ono mianowicie stan następujący: na nasadzie języka twory adenoidalne (t. zw. migdałek językowy), zwłaszcza po stronie prawej przedstawiają się mocno zaczerwienione i obrzmiałe, tak, że dolinki (valleculae), znajdujące się między nasadą języka a nagłośnią z obu stron więzu nagłośnio-językowego środkowego (lig. glosso-epiglotticum med.), w zupełności są wypełnione obrzmiąłym migdałkiem językowym. W najbardziej obrzmiątej części tego migdałka, to jest w prawej jego połowie, widać sączącą się krwawą wydzielinę.

Nagłośnia, przylegająca do obrzniętego migdałka językowego, zwłaszcza jej prawa połowa przedstawia się mocno obrzniętą, błada z charakterem galaretowatym. W ten sam sposób przedstawiają się: prawy wiąz nagłośnio-nalewkowy (lig. ary-epiglotticum dex.) i prawa chrząstka nalewkowa (cart. arytaenoidea dex.). Struny głosowe natomiast nie są zmienione, tylko przy fonacyi lekko się nie schodzą (paresis mm. adductorum laryngis). Gardziel absolutnie żadnych zmian nie przedstawia; toż samo jamy: nosowa i noso-gardzielowa. Gruczoły szyjowe, zwłaszcza prawy podżuchwowy nieco obrznięte. Budowa i odżywianie dobre. Stan gorączkowy. Łykanie bardzo bolesne, lekka chrypka i duszność.

Powyżej opisany obraz laryngoskopowy był tak znamienny, że rozpoznanie danego cierpienia nie przedstawiało najmniejszej wątpliwości. Brzmiało ono: zapalenie ropne migdałka językowego z następczem zapaleniem podśluzowem krtani (tonsillitis lingualis abscedens cum laryngitide submucosa secundaria).

Wobec niewątpliwego pęknięcia ropnia, które nastąpiło w ostatniej chwili, a którego dowody mieliśmy ad oculos, rzecz prosta, należało się powstrzymać od interwencyi chirurgicznej i ograniczyć się jedynie do leczenia objawowego.

Zaleciliśmy tedy przedewszystkiem okład rozgrzewający na szyję w celu ułatwienia ostatecznego opróżnienia się ropnia, płukanie z bromku sodu (2%) z dodatkiem nieco kokainy (0.5) dla złagodzenia bądź co bądź dotkliwych jeszcze bólów, wreszcie do wewnątrz salicylan sodu (8.0 — 180.0), który to środek zwykle stosuję w sprawach ropnych migdałków, lub tkanki okołomigdałkowej.

Dyeta płynna, przeważnie chłodne pokarmy i napoje ze względu na obrzęk znaczny błony śluzowej krtani.

Rzecz prosta, że wobec pęknięcia ropnia, oraz pewnej, aczkolwiek niewielkiej ulgi, jaką chory bezpośrednio potem poczuł, przypuszczaliśmy, że powoli wszystkie objawy, zarówno przedmiotowe, jak i podmiotowe u chorego naszego ustąpią — jednym słowem, postawiliśmy rokowanie pomyślnie, przypuszczając w najgorszym razie możliwość ponownego zebrania się ropy, względnie potrzebę przecięcia wewnątrzkrztaniowego. Niestety, wkrótce już przekonaliśmy się, jak błędem było nasze przypuszczenie. Bowiem już w dniu następnym zostałem ponownie wezwany z powodu pogorszenia się stanu chorego: chory noc przebył bardzo niespokojnie, ciepłota podniosła się do 39.3°, bóle przy łykaniu stały się nie do zniesienia, duszność i chrypka znacznie się zwiększyły. Będąc najpewniejszym, wobec

powyższych, w liście mi zakomunikowanych, danych, że wytworzył się po raz drugi ropień, jak to, zresztą, względnie dość często bywa, znowu wziąłem ze sobą narzędzia w celu ewentualnego wykonania przecięcia ropnia językowego, względnie krtaniowego.

Chorego znalazłem w stanie znacznie gorszym, niż w dniu poprzednim, mianowicie uderzała znaczna duszność wdechowa, skóra rozpalona, tętno drobne, około 120 uderzeń na minutę; gruczoły szyjowe (podżuchwowe) mocno obrzmiały; chrypka większa.

Badając jamę ustną i gardzielową, zauważyłem na prawym migdale w górnej części, mianowicie w okolicy fossae supratonsillariss (Killian), nalot białawo-szarawy; błona śluzowa gardzieli, a zwłaszcza noso-gardzieli po stronie prawej nieco zaczerwieniona i obrzmiała. Badając krtani lusterkiem, znalazłem ku wielkiemu mojemu zdumieniu obraz zupełnie odmienny od tego, jaki w dniu poprzednim widziałem: cała nasada języka, względnie okolica migdałka językowego, zwłaszcza po stronie prawej, nagłośnia, wiąż nagłośnio-nalewkowy, wreszcie chrząstka nalewkowa prawa, jednym słowem—wszystkie te części, które w dniu poprzednim wykazywały tylko zmiany zapalne, obrzękowe, zwykłe, obecnie były pokryte nalotami brudnoszarawymi; także naloty pokrywały i struny fałszywe, a po części i prawdziwe, zwłaszcza po stronie prawej, oraz tylną ścianę krtani; struny prawdziwe, przeważnie prawa podczas oddychania są mniej ruchome. Jamy nosowe, zwłaszcza prawa, wykazuje też lekkie zaczerwienienie i obrzmienie. Chory skarży się na ból w uchu prawem; badanie ucha jednak nie wykazuje żadnych zmian.

Wyznaję, że, zobaczywszy nalot w gardzieli, a zwłaszcza typowe błony błonice w krtani, struchlałem, tak byłem nieprzygotowany na tego rodzaju obraz krtaniowy. Rzecz prosta, że wobec nie ulegającej najmniejszej wątpliwości sprawy dyfterytycznej w gardzieli i krtani, o zamierzonej operacji i mowy być nie mogło: jedynym od tej chwili leczeniem racjonalnym danego cierpienia było zastosowanie surowicy przeciwbłoniczej. Ograniczywszy się więc na razie zasypaniem ortoforem jam nosowych, gardzieli, oraz nasady języka i nagłośni, zaleciłem kol. W. przygotowanie jaknajśpieszniejsze surowicy, oraz ze względu na bardzo, zdaniem mojem, groźny stan chorego zaproszenie na naradę d-ra Sokołowskiego, która i odbyła się w parę godzin potem. Dr. Sokołowski, potwierdziwszy moje rozpoznanie, jednocześnie od razu postawił rokowanie niepomyślne, gdyż tego rodzaju sprawa błonicza, zaczynająca się pierwotnie, w błonie podśluzowej, na co w swoim czasie zwrócił uwagę w pięk-

nej pracy Oertel, najczęściej kończy się śmiertelnie wskutek szybko występującego zakażenia ogólnego (sepsis). Jednocześnie zwrócił uwagę na prawdopodobieństwo silnego zajęcia nerek, co i potwierdziło badanie moczu, wykazujące olbrzymie ilości białka.

Podczas narady, mając zawczasu przygotowaną strzykawkę odpowiednią, zastrzyknąłem choremu w brzuch po stronie prawej 2 flaszeczki surowicy Palmirskiego (po 1000 jednostek uodporniających) przy zachowaniu zwykłych środków ostrożności. Noc chory przebył względnie nieźle, jak to mi zakomunikował kol. W., który z rzadkiem poświęceniem opiekował się chorym przez cały czas choroby, w braku rodziny na miejscu; rano jednak ciepłota znowu przekroczyła 39°, tętno mocno przyspieszone (do 130 uderzeń na minutę), duszność niepokojąca, tak że chory zmuszony pozostawać w pozycji siedzącej.

O godzinie 3-ej po południu na naradzie z dr. Sokołowskim, oraz wezwanym na wszelki przypadek kol. K. z narzędziami do ewentualnego przecięcia tchawicy, stwierdziwszy stan beznadziejny chorego, ograniczyliśmy się jedynie do powtórnego zastrzyknięcia 2 flaszeczek surowicy przeciwbłoniczej, nie przywiązując zbytniej wagi do tego leczenia. I rzeczywiście, wieczorem tegoż dnia, a więc 3-go od początku choroby, chory zmarł, mając do ostatniej chwili zachowaną przytomność umysłu.

Przypadek powyżej opisany jest niezmiernie pouczający, jak to zresztą zgodnie zaznaczyli wszyscy mówcy w dyskusji nad tym komunikatem na posiedzeniu Warsz. Tow. laryngologicznego w dniu 2-im maja r. b. Pouczającym zaś jest z 2 względów:

- 1) z powodu pierwotnego obrazu chorobowego, który mógł wprowadzić w błąd najbardziej doświadczonego lekarza i
- 2) ze względu na piorunujący przebieg samego cierpienia.

Co się tyczy pierwszego punktu, to, jak tu już zaznaczyłem, rozpoznanie pierwotne brzmiało: zapalenie ropne migdałka językowego z następczem, wtórnem zapaleniem podśluzowem krtani.

Jak sobie wytłómaczyć zmianę obrazu klinicznego w dniu następnym? Czy błonica gardzieli, względnie krtani dołączyła się do sprawy zapalnej, ropnej, czyli też, co jest więcej prawdopodobnem, sprawa błonicza, istniejąca jako taka u naszego chorego od samego początku choroby, objawiła się w sposób niezwykły, t. j. w postaci ropnia migdałka językowego, oraz obrzęku wtórnego krtani? Powi-  
kłanie ropni migdałków, względnie tkanki okołomigdałkowej sprawą

bloniczą, o ile mi wiadomo, nie było przez nikogo opisane. Ja również na kilka setek tego rodzaju przypadków ani razu nie widziałem takiego powikłania, natomiast spostrzegałem odwrotnie blonicę gardzieli względnie noso-gardzieli, powikłaną takimi ropniami, między innymi jeden taki przypadek opisałem w r. 1898<sup>1)</sup>.

Według wszelkiego więc prawdopodobieństwa sprawa blonicza w danym przypadku wystąpiła pierwotnie nie w powierzchownych warstwach błony śluzowej w postaci błon rzekomych, jak to zwykle ma miejsce, lecz głębiej w tkance podśluzowej, dając pierwotnie obraz zapalenia podśluzowego względnie ropnego, w następstwie dopiero, w miarę rozszerzania się sprawy bloniczej z głębi ku powierzchni, błona śluzowa uległa zgorzeli, dając typowy obraz blonicy. Niezmiernie rzadkie te przypadki, na które specjalnie zwrócił uwagę Certel, przeprowadzając sumienne badania anatomo-patologiczne, stanowiące istotę, wspomnianej już przezemnie, znakomitej, wyczerpującej jego monografii w tej kwestyi<sup>2)</sup>, należą do bardzo ciężkich i zwykle kończą się śmiercią z powodu szybko występującego zakażenia septycznego, czego dowodem między innymi jest bardzo wczesne i groźne zajęcie nerek, jak to miało miejsce w wyżej przytoczonym przypadku.

Jak już wspomniałem, w dyskusyi nad moim komunikatem, mającym za przedmiot ten niezwykle przypadek, wszyscy lekarze, zabierający głos w tej kwestyi, jednoznacznie stwierdzili niezmierną rzadkość i charakter pouczający tego przypadku. I tak przede wszystkim dr. Sokołowski w obszernym przemówieniu zwrócił na to uwagę, opierając się na wyżej wymienionej pracy Oertel'a. Z innych przemówień jedynie przypadek Lubliner'a przedstawia pewne podobieństwo do powyżej opisanego. W przypadku tym, spostrzeganym wspólnie z dr. Karwowskim — pierwotny ropień okołomigdałkowy z wtórnem również zajęciem podśluzowem krtani — ostatecznie zakończył się w parę dni śmiercią przy objawach blonicy, lecz nie prawdziwej tym razem, a szkarłatynowej, gdyż przed śmiercią ukazała się znamienna dla blonicy wysypka na ciele. Z powodu tego przypadku kol. Lubliner nawet robi przypuszczenie, czy czegoś podobnego nie było i w naszym przypadku, t. j. czy i tu nie mieliśmy

---

1) „Z kazuistyki laryngo-rynologicznej“ (przyp. 2-gi). Kronika Lekarska, 1898).

2) „Pathogenese der Diphtherie“, 1898.

do czynienia ze szkarlatyną względnie dyfterytem szkarlatynowym, opierając się na fackie, że badanie moczu wcześniej już wykazało znaczne ilości białka. Przypuszczenie to jednak nie wytrzymuje krytyki: w przypadku naszym nie było żadnych danych, któreby pozwalały na podobne przypuszczenie, jakkolwiek, wyznać muszę, w przypadku tym nie było dokonane badanie bakteriologiczne, które zresztą ze względu na znamieny wielce obraz kliniczny uważaliśmy za zbyteczne.

Uderzającym również jest przebieg piorunujący w danym przypadku: mężczyzna młody, dobrze zbudowany i odżywiany, żyjący w warunkach jaknajlepszych, w ciągu 3 dni pada ofiarą tego strasznego cierpienia. Na zaznaczenie zasługuje zachowana do ostatnich chwil przytomność umysłu, pomimo ciężkiego zakażenia ogólnego; jako dowód zachowanego samopoczucia może posłużyć fakt, że na jakieś 4 godzin przed śmiercią, na moje zapytanie, jak się miewa, chory odpowiedział z zupełnym spokojem: „śmierć się zbliża“; na wyrażenie zaś d-ra S.: „potrzeba spokoju“, odpowiedział: „tak, ale wiecznego“. — Jeszcze na jeden punkt chciałbym zwrócić uwagę, oto pomimo że leczenie swoiste, t. j. surowica przeciwbłonicza, była zastosowana bardzo wcześnie, gdyż na 2-gi dzień choroby, a w 1-ym po skonstatowaniu właściwej natury cierpienia, t. j. nalotów błoniczych, pomimo że leczenie to było przeprowadzone energicznie, mianowicie dwukrotnie dzień po dniu wstrzyknięto 2,000 jednostek uodporniających, efektu leczniczego nie było. Daleki jestem od dyskredytowania surowicy przeciwbłoniczej, na mocy powyższego przypadku ujemnego, poucza on jednak, że jakkolwiek jest to, bądź co bądź, metoda znakomita i w każdym przypadku błonicy zastosowaną być winna, to jednak nie stanowi ona bynajmniej panaceum we wszystkich przypadkach, a zwłaszcza jest i ona bezsilną w najcięższej, podśluzowej (Oertel'owskiej) postaci tego cierpienia.

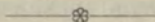
## II. Spraw y postępów Rycerskich y przewagi opisanie krotkie z naukami w tey zacney zabawie potrzebnemi.

We Lwowie: Drukował Maciej Bernath. Roku Pańskiego 1599.  
(Druk gocki; w 4-ce. — Karta tytułowa. — Na odwr. wiersz „Na herb Ich Mości Panow Sieniawskich.“ — Dedykacyi kart nielicz. 3; tekstu kart niel. 52).

### Notatka bibliograficzna.

Podał

Fr. Giedroyć.



Dzielko, którego tytuł przytaczam w nagłówku, należy do liczby nader rzadkich, a chociaż poświęcone niemal w całości „sprawie rycerskiej“, t. j. teoryi i praktyce wojskowej, budzi interes w lekarzu. Jakoż wydawcą dziełka (autor nieznanym) był lekarz — Stanisław Karliński, „medyk y alchimista“, jak siebie nazywa w dedykacyi Hieronimowi Sieniawskiemu, wojewodzie ruskiemu.

Wydawca służył w młodości swojej u Hozjusza kardynała, a zwiedziwszy świata nie mało — podróżował bowiem po Włoszech, Francyi, a nawet Persyi — wrócił do kraju. Jako szlachcic polski lubił żołnierkę, a widząc, że „rycerska zabawa w Koronie prawie wszystka do tego czasu w ćwiczeniu y doświadczeniu samem zawisła, pisma o niej abo barzo mało, abo niezupełnego“, postanowił przysługę wyświadczyć ojezyźnie i uzupełnić brak prac teoretycznych, wydając książkę, w której „znać po rzeczy samey, że od wielkiego człowieka“ napisana.

Przewidywał Karliński zarzut, że się nie do swojej rzeczy bierze, i odparł go na wstępie, mówiąc: „Rzeczć podobno kto, że to nie moia professia: ale ten podobno tylko rzece, który nie czytał, że na walce Trojańskiej y Medykowie abo lekarze wojnie służyli. A do tego, zem się Slachcicem urodził, wszelakie zabawy stanu slachcheckiemu przystoynie, rozumiem że namniey nie mają być przeciwnie professiey moiey lekarskiey“; mógłby wskazać inny jeszcze powód, ten mianowicie, że wydane przez niego pismo zawiera ustępy, z wiedzą lekarską ściśly związek mające.



Dla nas, lekarzy współczesnych, ten powód ważniejszym się wydaje; on też skłania mnie do przytoczenia w notatce niniejszej ustępów, poświęconych sztuce lekarskiej, w szczególności zaś higienie obozowej.

W obozie, który ma wytrzymać oblężenie, należy mieć: „Żywność... też aby miejsce ono wodę ku picciu a ku warzeniu dobrą miało. Też y ku inem potrzebam iako praniu, umywaniu. Też drwa suche abo węgły iest barzo potrzebne. Też żyto, mąka, chleb, żarna, y konski młyn. Też piece gdzie piec chleby, piwne naczynia. Jęczmień, pszenicza, chmiel są potrzebne tam, gdzie wina nie dostawa, mięsa wędzone y solone y świeże suche ryby sthokphysze śledzie, podle obyczaiu a położenia ziemie y krainy, soli, masła, smalce, krupy wszelakie, groch, grucza y ine iarzyny potrzebne tak dla zdrowich iako y dla chorych a rannych: kapusty kwaśney, rzepy co być może, gruszek, iablek suchych cybule, ialowiec, kminu etc. Imbir gwoździki pieprz, cynamon, muszkata, y ine ku zdrowiu potrzebne kuchenne rzeczy, a korzenia od przygody chorych a rannych gdzie plac albo miejsce zniesie. Też y strawa gdzie być może, dobrze iest mieć kilka krow dla chorych a rannych.“ — Oprócz rzemieślników, tudzież piekarza i kucharza „niewiasty też k temu potrzebne“ są nie tylko do pomocy w robotach i pielęgnowania chorych, ale nadto dla uciechy tych, którzy żon własnych nie mają: „dwie mocne niewieście stateczne dla rannych a chorych, te czasem y do kuchni pomogą: drwa, wodę nosić, też y piekarzom czasem nie zawadzą. A gdy iuż nic czynić nie mają, tedy z pachołki a z prozną czeladzią niechay kamienie do okien na błanki y na baszty noszą, tam gdzie im Hetman każe, abo kto od hetmana porucezy. To k temu być musi, aby też panny z Fraucymeru od świętego Marka ktoreby każdemu k woli były, z tego żaden niema mieć zgorzenia, a Hetman ie ma mieć w swey obronie, aby im gwałtu czynić nie dał, też aby nikt sobie nie przywłaszczał, bo by to świętokradstwo było brać a niewolić: a zapłatę też słuszną mają mieć na dzień, a wyrobku tych nie trzeba Hetmanowi wiedzieć, wszakże im to iednak Hetman na ich pożywienie ma dać, a to przeto, aby ci co swe żony mają spokojnie z nimi sypiali, a ci co bez tego być niechcą abo niemogą, aby wiedzieli gdzie obrok szukać, bo mężatki y małżonkowie pod kaźnią srogą Bożą nie mają z nimi spółku mieć.“

Również w pole ruszając, we wszystkie potrzeby należy wojsko opatrzyć, a nie wychodzić ino „oplunawszy ręce“. Nie przystoi atoli

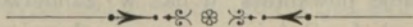
przekraczać granicy potrzeb niezbędnych i zezwalać na zbytki, które „w szatach, w picciu, w iedle w woysku nie dobrego nie czynią“, przeciwnie, wojsko przez nie „y zdrowie y serce traci“. Do takich rzeczy zbytecznych zalicza autor nasz poduszki, przeto „żołnierz przez poduszki ma sypiać. Czego kogo niewola a potrzeba uczyć ma, lepiej aby go dobra wola zwyczaila: Żołnierzowi na to przychodzi, że często musi wstawać, a tak mu dobrze przystoi, aby nie miętko leżał.“ — W osobnym wreszcie rozdziale mówi, co następuje: „O brodach a włosiech. Turcy, Tatarowie, Murzynowie, y ini naszych krajów ludzie, bitni, boiownicy, okrom Grekow a Rusi, rozumieią, iż brody długie a włosy pożytku żadnego y owszem przekazę a zawadę przynoszą, y przeto ie golą: a tak tego ganić nie umiem. bo wiele przygod y niefortun, zda się potrzeбно boiowym ludziem, aby ie przystrzygali abo golili, bo nie mały to rozum tego nie dźwigać, co pomoc nie może, a to nie rozum nosić to co zawadzić może.“

Przy wojsku „Barwierz y Cyrulik z rzeczami k temu należącemi iest potrzebny, aby rannym y inem chorym co rozumie pomagał, bankami, krwią y iną swą sprawą a uniciętnością“. W potrzebie „zabite a ranne z placu nosić“ zaleca, bowiem „zabici a ranni swem żalność a cudzem radość działaią, a tak Hetman ma rosказаć, aby bez wiadomości wiele ludzi y swych, a po gotowiu nieprzyjacielskich, aby ie precz odwożono. To Turcy czynią, na cosmy nie ieden raz patrzyli, po każdym szturmie, po każdym harcu, miecą do dunaiu, a do ognia swe trupy, aby żalności swem, a radości nieprzyjacielom nie czynili.“

Oprócz wyszczególnionych, a po innych działach rozrzuconych tu i owdzie rad i wskazówek, mówi autor osobno „O zdrowym woysku“ w te słowa: „Lubo to niesłychana gdzie się ludzie w kupę zewrą, aby nie mieli umierać, wszakże to doświadczona, iż iedno miejsce iest zdrowsze niż drugie, ieden narod rychley schodzi niż drugi a tak przyczyny tego nie zle wiedzieć, iednoby się nie gniewać o prawdę. Naprzod wiele ludziom zdrowia przybywa, gdy wojsko się nie długo zalega, a kładzie się na miejscach przy wodach dobrych, y gdzie dostatek iest, iż głód nie bije za szyję, bo z głodu, a plugastw pewnie mor roście, wszakże to nadoświadczeńsza, iż miara a trzezwość zdrowie dawa, zbyt a rozpusta zbija iako Raytarowie zdrowie ludzkie, na oko to widzimy w tych narodziech, którzy mniej piją a mniej iedzą iako Murzynowie, Arabowie: y Turczyny snadniey ich pożywisz bo miarą żywi, mor im nie rad panuje: Też y u nas Włoszy, Hiszpani, Chrześciańscy Tatarzy bracia naszy nigdy nie maią Apteki w woysku: Ale my Boże nas pożegnay, a snadź

y inszy więcey, tak iemy tak pijemy, że nam żywności ziemia dać nie może, a więcey nas od mała a od czerwoney pozdycha, niż od kulki abo od szable, to sam widzisz.“

Na tem się kończą uwagi autora, poświęcone sprawom sanitarnym w wojsku.



### III. Z dziejów położnictwa w dawnej Polsce.

KARTKA HISTOYRCZNA.

Skreślił

**Józef Jaworski.**

Czcigodnemu prof. Wł. Tyrchowskiemu  
fragment ten poświęcam \*).

Historya szkół, instytucyi naukowych, posiada pierwszorzędną doniosłość dla dziejów oświaty krajowej. Współczesny uczoney, tembardziej uczący się, w dobie dzisiejszej, omal codziennych odkryć, zazwyczaj nie zwykł cofać się myślą wstecz dla odtworzenia w swej wyobraźni z kart historyi początku i stopniowego rozwoju danej instytucyi, a niejednokrotnie i ściśle związanej z nią gałęzi wiedzy ludzkiej.

Jeżeli wogóle historia uniwersytetu wzbudzać może interes i zaciekawienie, to dzieje wydziału lekarskiego, oddzielnych jego klinik, a szczególnie właśnie — położniczej, stanowią prawdziwe źródło i ważne i ciekawe dla dziejopisa kultury krajowej. Tutaj odzwierciedlają się najrozmaitsze stosunki ludności danej miejscowości: Stan jej rozwoju fizycznego i zdrowia, panujące nagminnie choroby, płodność, śmiertelność, stan moralności i obyczajów w pewnej epoce.

\*) B. profesor Akademii Medyko-chirurgicznej, Szkoły Głównej i Uniwersytetu Warszawskiego, Władysław Tyrchowski, nestor akuszerów naszych, urodzony w r. 1820, doktorat od uniwersytetu Jagiellońskiego otrzymał w r. 1844.

Przypadająca obecnie 500-letnia rocznica założenia Akademii Jagiellońskiej, pobudzi zapewne powołane do takiej roboty pióra i, miejmy nadzieję, że może niezadługo ujrzymy skreśloną historię klinik, pełnej chwały, najstarszej i najwyższej Uczelni krajowej. Ja osobiście w tej *jednej* kartce *przypomnieć* tylko pragnę szerszemu ogółowi lekarzy dzieje powstania u nas w zamierzchłej przeszłości zakładu dla ciężarnych i położnic, wraz z schronieniem dla dzieci porzuconych.

Instytucya ta stała się poniekąd początkiem dzisiejszej kliniki położniczej krakowskiej.

Zakład taki prawie o dwa stulecia powstaniem swoim wyprzedził założenie Akademii Jagiellońskiej, chociaż z drugiej strony parę stuleci znów minęło od otwarcia tej najwyższej instytucji naukowej, nim powołano do życia klinikę położniczą przy uniwersytecie Krakowskim. Dopiero bowiem w końcu XVIII wieku komisya edukacyjna za sprawą Hugona Kołłątaja, podjąwszy wiekopomne dzieło przekształcenia wychowania, wejrzała wogóle w stan Akademii Krakowskiej, a tem samem i wydziału lekarskiego, który przekształcony został według projektu, już na kilkanaście lat przedtem wypracowanego, przez prof. d-ra Jędrzeja Badurskiego. A wydział ten, jak mówi prof. Majer, „przez długie czasy na łonie Szkoły Głównej prawie pasierbiego losu doznawał.“ I położnictwo podzielało w tym razie los innych gałęzi wiedzy lekarskiej. Zwykle bowiem dwóch, rzadko trzech, a częstokroć jeden tylko profesor medycyny w uniwersytecie stanowił wówczas, według słów prof. d-ra Brodowicza, „jakby cień szkoły lekarskiej, wyłączonej od wszelkiego udziału w dobrodziejstwach świeckim osobom niedostępnym, i zasilanej lichemi tylko okruciami niezawieruszonych jeszcze fundacyi lekarskich; gdy tymczasem po innych wydziałach po kilkunastu profesorów, zazwyczaj z duchownego stanu, dzieliło między siebie najlepsze dochody, urzędy i godności.“

W tych warunkach, właściwie dopiero w r. 1780, powstała najpierwsza katedra i klinika położnicza w Polsce, przy uniwersytecie krakowskim. Otworzono ją wspólnie z wewnętrzną i chirurgiczną w gmachu Ś-jej Barbary, przy Małym Rynku. Kliniki te nosiły nazwę szpitala akademickiego, czyli Szkoły lekarsko-cyruliczej. Pierwszym profesorem i kierownikiem tej ubogiej kliniki, gdyż zaledwie parę łóżek posiadającej, był dr. Rafał Czerwiakowski.

Atoli nie te dzieje nowsze i najnowsze kliniki położniczej krakowskiej zamierzam w tem miejscu kreślić.

W niniejszym urywku sięgnę do czasów zamierchłej przeszłości i, jak to wyżej nadmieniałem, przypomnę historię powstania zakładu położniczego, który o całe wieki nietylko co do czasu wyprzedził tamtą instytucję naukowo-lekarską, lecz stał się dla niej źródłem i początkiem.

Potrzeby życia codziennego powołują zawsze i wszędzie do czynu, naprzód, zakłady o charakterze praktycznym, a następnie dopiero o naukowo-wychowawczym. I u nas zatem inaczej być nie mogło.

Pierwszym takim zakładem, przytułkiem, dla ciężarnych i dla rodzących, a także dzieci porzuconych, był szpital ś-go Ducha w Krakowie, który stanowił jednocześnie schronienie dla osób obciążonych kalectwem, wiekiem lub chorobami.

Szpital ten, jak podówczas prawie wszystkie i wszędzie, pozostawał pod opieką zgromadzenia zakonnego, w dodatku męskiego. Zakonem tym byli t. zw. bracia szpitalni, zwani w Polsce Duchakami. Przybyli oni do nas w r. 1203 za staraniem biskupa krakowskiego Pełki, czyli Fulki, i osadzeni w miasteczku biskupiem Sławkowie, po 17-letnim tam pobycie, przeniesieni zostali przez biskupa Iwonę Odrowąża pod Kraków, do wsi Prądnika. Niedogodność miejsca i oddalenie od stolicy, gdzie zakład tego rodzaju największe oddać może usługi, wpłynęły na to, że już w r. 1244 Jan Prandota z Białaczewa, biskup krakowski, pospolicie ojcem ubogich nazywany, postanowił zakład ów wraz ze wzmiankowanymi zakonnikami przenieść z Prądnika do Krakowa i w tym celu wybudował dla nich obszerny szpital (gdzie dziś teatr stoi), klasztor i kościół pod wezwaniem Ś-go Ducha, w bliskości parafialnego kościoła Sw. Krzyża, oddając nadto wspomniany kościół pod zarząd, a fundusze parafialne do używalności tegoż zakonu. Tym sposobem ów szpital, a wraz z nim i schronienie dla ciężarnych i położnic pozyskały trwalsze podstawy do istnienia.

Przechodzi następnie długi szereg lat, w ciągu których dzieje instytucji tej giną w pomroce przeszłości; to tylko pewne, że zakład, dzieląc w tym czasie zmienne koleje miasta i kraju, nie rozwijał się należycie, a nawet może utracił wiele z poprzedniego stanu swego. Nić historyczna nawiązuje się znów przez zapisanie w kronice współczesnej pod rokiem 1530 faktu zawarcia umowy przez Jana z Raciborza (Joannes Ratiborinus, frater praepositus), przełożonego tego szpitala, z rajcami krakowskimi, o zarząd, zaopatrywanie szpitala. Pierwotnie przełożony zakonników szpitalnych zaopatrywał szpital we wszelkie potrzeby, według zaś wzmiankowanej umowy, zawartej

przez przełożonego bez zezwolenia zwierzchników, rajcy krakowscy zostali szpitala prowizorami. Okoliczność ta wywołała długie spory przed tronem Zygmunta I, prowadzone przez Jana Piotra Sartoryusza, a przez biskupa Tomickiego popierane. Układ jednak ten pozostał nadal w swej mocy, a prowizorami tego szpitala byli rajcy krakowscy. W połowie XVII-go wieku instytucya wzmiankowana działalność swą znacznie rozszerzyła, gdyż według współczesnych danych, „białych głów, ubogich, dzieciak porzuconych i ich mamek, które dziatki przerzeczzone karmią i opatrują, przechodzi osób trzysta.“ Główny dziejopis, a zarazem przełożony tego szpitala, Wojciech Bazeusz ze Szezebrzeszyna, utyskuje jednak na nadużycia przełożonych szpitala, na zaniedbanie przepisów i obowiązków ze strony swych współzakonników, na zdzierstwa prowizorów. Zarzuty Bazeusza znalazły potwierdzenie w tem, co już znacznie później, gdyż w r. 1748 (Bazeusz żył pod koniec XVI i w początku XVII wieku) z polecenia Andrzeja Załuskiego, biskupa krakowskiego, wizyta tego zakładu wykazała. Rewizyi dokonał ks. Józef Łopacki, doktor św. Teologii i Medycyny, słynny z biegłości w leceniu. Portret tego dostojnika Kościoła i uczonego lekarza wraz z „curriculum vitae“ miałem możność oglądania w Bronowicach, majątku należącem do infułata kościoła N. Maryi Panny w Krakowie. Otóż według sprawozdania Łopackiego, niedostatek, a raczej nędza, tak co do mieszkania, jak i codziennych potrzeb do życia, dla osób szukających w szpitalu Ś-go Ducha schronienia, przejęły go głębokim żalem. Dalej wizytator wspomina, że zły sposób pielęgnowania niemowląt naraża je na nieuniknioną śmierć. Z przyjętych do zakładu dzieci w latach 1747 i 1748 w liczbie 252, wizytator „zaledwo 22, bardziej śmierci niż życia czekających widzi“, do których 5 tylko mamek utrzymywano. Ze sprawozdania tego okazuje się, że kobiety brzemiennie, które tutaj na poród przybywały, nie doświadczały ze strony zakładu szczególnej opieki, gdyż zakład w owym czasie nawet akuszerki stałej nie posiadał, a korzystał w razie potrzeby z posług osoby takiej, na mieście zamieszkałej. Widzimy z tego, że stan zakładu wogóle był opłakany, a schronienie dla ciężarowych i niemowląt może nawet w gorszych warunkach w porównaniu z innymi oddziałami instytucyi się znajdowało, gdyż powołanie i reguła zakonników w pracy w tym kierunku na przeszkodzie stały.

Liczbowe dane w końcu r. 1748 tak się przedstawiają: starców chorych i kalek było w zakładzie 70; dzieci przy piersi 22; starszych nad lat 5—2; mamek 5, do których dozoru matka i do posług sługa, obie z wynagrodzeniem rocznem po złp. 10. Mamki otrzymywały

rocznie wynagrodzenie w kwocie złp. 20. Szpital w tym roku miał dochodu złp. 3518, a wydatku 3746.

Stan taki szpitala i nierozłączonego z nim schronienia dla ciężarnych przetrwał do r. 1788. W tym czasie zakonnicy Ś-go Ducha wygaśli, a zakon sam zniesiony został.

Z zarządzenia prymasa Królestwa, Antoniego Poniatowskiego, oddział kobiet ciężarnych i dzieci podrzuczonych przeniesiony został do nowo-wybudowanego szpitala Ś-go Łazarza, na przedmieściu Krakowa, Wesoła, starcy zaś i kaleki pozostali do czasu na dawnym miejscu, po latach zaś przeszli do schronienia ubogich pod zarządem Towarzystwa Dobroczynności zostającego, w tym samym roku z polecenia komisji edukacyjnej, której przewodniczył prymas Poniatowski, i kliniki z gmachu Ś-jej Barbary, jako zupełnie nieodpowiedniego, przeniesiono na przedmieście Wesoła, do nowo-otworzonego szpitala, Ś-go Łazarza.

W ten sposób instytucja religijno-dobroczynna, jaką był zakład przez biskupa Prandotę do życia powołany, po sześciowiekowem blisko istnieniu stała się początkiem i kamieniem węgielnym instytucji naukowo-wychowawczej, obecnej kliniki położniczej uniwersytetu Jagiellońskiego, a także zakładu społeczno-dobroczynnego, domu pod-rzutków.

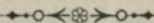
Jeżeli w tej karcie z dziejów położnictwa w dawnej Polsce się rozejrzemy, to uderzyć nas musi ten niezaprzeczony fakt, że tyle ważna i niezbędna pomoc w tej najważniejszej w życiu kobiety chwili, jaką jest poród, pozostawała wogóle przez długie czasy w wielkiem zaniedbaniu, w stanie oplakany. M. Zieleniewski z tego powodu w dosadnych słowach daje wyraz uczuciu żalu, gdy mówi: „nie mieliśmy ani nauczyciela tego przedmiotu, ani szkoły chociażby tylko praktycznej, jeżeli już nie dla lekarzy, to przynajmniej dla akuserek, a tak święty owoc miłości bogobojnych naszych praocjów, ich przyszłe nadzieje wraz z żonami, wśród porodu, powierzano ślepemu losowi, najgrubszej nieświadomości, a wreszcie przesądom i zabobonom, jakim jeszcze dzisiaj wszędzie niemal po wsiach napatrzeć się możemy.”

Jako przyczyny tego smutnego zjawiska, przytaczane bywają między innymi dwie okoliczności, które w sposób niekorzystny na powstawanie, a następnie na rozwój zakładów położniczych w dawnej Polsce wpływać miały. Pierwszym czynnikiem, który ujemnie w tym względzie wpływać musiał, było powierzenie i oddanie pod zarząd zakładu położniczego zgromadzeniu zakonników. Pracy ich na tem polu stanęły na przeszkodzie ustawy kościelne i wprost łatwo zroz-

miały brak uzdolnienia. Drugi czynnik — to prawo, przez wszystkie wieki u nas obowiązujące, według którego dziecię nieprawego łoża, wyjęte właściwie było z pod prawa, a matka jego z miejsca swego pobytu publicznie wyświecona (wygnanie z miasta wykonane przy pochodniach) stawała się tem samem włóczęgą. Prawo bowiem orzekało, „iż bękartem jest, kto nie w małżeństwie, urodzony, lub też w małżeństwie, ale nieprawnie zawartem. Bękart nie może mieć opiekuna, nikogo do sądu skarżyć, nie może być żadnym przełożonym ani rzecznikiem; bo żaden, „który w prawie naganion bywa, rzecznikiem nie może być.“ Ustawy cechów krakowskich, nawet majstrem rzemiosła bękartu obrać nie pozwalają.

Pewną ochronę dla kobiet ciężarnych niezamężnych udało się dopiero prof. Badurskiemu (XVIII w.) u urzędu miejskiego krakowskiego wyjednać. Niewiasty takie, o ile dowrowolnie udają się do szkoły położniczej, w szpitalu Ś-ej Barbary istniejącej, wolne miały być od więzienia i wszelkich kar.

Czy te, czy inne wskażemy okoliczności ujemnie wpływające na powstawanie i rozwój zakładów położniczych w dawnej Polsce, usiłowania jednak w tym kierunku pozostaną na zawsze jako dowód szlachetności pobudek i zamiarów tych, co do życia instytucję taką powołali; zasługują oni na niewygasłą wdzięczność i prawdziwe uznanie potomnych\*).



## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. *Patologia i medycyna wewnętrzna.*

224. Prof. dr. P. Baumgarten. *Przyczynek do nauki o odporności przyrodzonej.* („Beiträge zur Lehre von der natürlichen Immunität.“ — Berl. kl. W., 1899, 4).

Pytanie, na czem polega odporność naturalna na działanie drobnoustrojów, było w ciągu ostatnich dwóch dziesiątków lat bardzo

\*) Dane, zawarte w artykule, poczerpnąłem z L. Gąsiorowskiego „Zbiór wiadomości do historii sztuki lekarskiej w Polsce od czasów najdawniejszych aż do najnowszych“ i M. Zieleniewskiego; „Notatki do historii akuszery w Polsce“.



często roztrząsane. Dwie hipotezy znalazły ogólniejsze uznanie: fagocytoza i teoria o Aleksynach. Podstawy pierwszej zostały dziś tak dalece zachwiane, że i sam jej twórca czuł się zmuszonym do ograniczenia jej zakresu. Druga dotąd cieszyła się uznaniem. Polega na spostrzeżeniach, zwłaszcza Buchnera (także v. Fodor, Nuttal), że drobnoustroje przy przenoszeniu ich z danego podłoża do krwi albo do surowicy krwi ulegają w części zagładzie i osłabieniu wzrostu. Wpływ ten (określony leczebnie na hodowlach płytkowych) trwa 12 — 24 godzin, poczem rozmnażanie się idzie już zwykłą drogą. Buchner przypisywał tę zatrutę pewnej liczby bakterii wpływowi jakoby bakteryobójczemu surowicy krwi, mianowicie zawartym w niej ciałom podobnym do enzymów t. zw. Aleksynom.

Powtórzenie tych doświadczeń jeszcze w roku 1892 przez Jettera w pracowni autora i cały szereg doświadczeń kontrolujących wykazały, że podobne zjawiska zachodzą i w innych płynach, nie tylko w surowicy, a że w tej ostatniej czynnikiem działającym ujemnie na bakterye są sole krwi; specjalnej bakteryobójczej własności nie można było stwierdzić.

Według Jettera cała sprawa polega nie na Aleksynach, a tylko na pewnej potrzebie przystosowania się bakterii do nowego podłoża, przyczem słabsze z nich giną.

Praca ta nie zwróciła na siebie dostatecznej uwagi. Doświadczenia te powtórzył znowu w szerszym zakresie dr. Walz i stwierdził wyniki Jettera. Czynnikiem działającymi w tej sprawie są zaburzenia w asymilacji oraz zaburzenia w osmozie, a niema mowy o bakteryobójczej sile krwi.

Zdolność rozwoju różnego rodzaju bakterii na podłożu pewnego składu chemicznego podlega bardzo subtelnym wahaniom; niema podłoża, któreby dla wszystkich rodzajów było jednakowo odpowiednie. Dotyczy to więc i krwi świeżo wypuszczonej, chociaż bardzo duża ilość pasorzytów rośnie w niej wybornie. Tak np. lasecznik tyfusowy i wąglikowy są bardziej wybredne, niż np. b. pyocyaneus. Przy przenoszeniu hodowli z jednego podłoża na drugie wrażliwość ta uwydatnia się w rozmaitym stopniu: potrzeba krótszego lub dłuższego czasu na przystosowanie się do nowych warunków odżywiania (asymilacya), — przez ten czas wzrost jest znacznie osłabiony, a duża liczba osobników starszych, słabszych, ginie przy tym procesie. Niekiedy jednak liczba ta jest tak wielką, że trzeba uciekać się dla objaśnienia tego zjawiska jeszcze do innych wpływów. Okazuje się, że zależy ono i od zmiany stosunków osmozy i uwydatnia się tembardziej, im większe są różnice współczynnika osmozy w glebach, z którymi odbywają się omawiane doświadczenia. Sprawa, która przytem zachodzi w drobnoustrojach, polega na plazmolizie, opisanej przez prof. Fischera. Jej istota przedstawia się w sposób następujący:

Jeżeli np. laseczniki wąglikowe przenieść z hodowli w bulionie do świeżej surowicy krwi (obfitszej w sole, niż bulion), to w ciągu paru minut do  $\frac{1}{2}$  godziny następują zjawiska plazmolityczne: kurczenie się protoplazmy, odklejenie od otoczki i podział na małe kuliste części, wskutek czego lasecznik staje się podobnym do

sznureczka paciorków, przypominający laseczniki z zarodnikami. Dodanie wody sprowadza napowrót poprzednie stosunki. Zjawisko to obserwowano na lasecznikach tyfusu, *b. coli*, cholery i t. d. Małe i lekkie bakterye wykazują przytem zjawisko aglutynacyi, które zdaje się zależeć jedynie od lepkości surowicy i daje się powtórzyć w innych lepkich płynach — np. w roztworze gumy arabskiej. (Autor mimochodem zaznacza, że głośna reakcyja Gruber-Widala w tyfusie jest tylko zwyczajną aglutynacją w szczególnie lepkiej surowicy krwi tyfusowych).

Ponieważ Buchner sprowadzał bakteryobójcze działanie surowicy krwi do ciał enzymowych, autor przeprowadził badanie nad zachowaniem się drobnoustrojów w roztworach rzeczywistych enzym (trypsyny, pepsyny + HCl), otrzymał jednak zjawiska tak zupełnie różne (fragmentacye laseczników na poprzeczne kawałki), że wyżej opisane nie mogą zależeć od enzymów, a tylko od plazmolizy. Enzymy badane nie zabijają nawet bakteryi (o ile są bez HCl) i w niektórych z nich drobnoustroje rosą nawet dobrze.

Plazmoliza sama przez się nie grozi życiu drobnoustrojów. Po przejściu jej (np. po dodaniu wody) rosą one znowu silnie. Pomimo to właśnie plazmoliza jest przyczyną zaniku bakteryi na płytkach po przeniesieniu ich z surowicy krwi. Ma to miejsce, mianowicie, gdy plazmoliza wyrównywa się za szybko. Wskutek zbyt szybkiego pęcznienia wiele komórek pęka; oprócz tego płynny, ogrzany agar lub żelatyna wnikają w szczeliny plazmolityczne i nie pozwalają na powrót do normalnych warunków. Szereg doświadczeń nad płynami ogrzewanymi, płynami z dodatkiem peptonu, dały na podstawie plazmolizy zupełne wyjaśnienie niektórych faktów, niedostatecznie tłómaczonych przez teorię aleksynów.

Wobec powyższych faktów hipoteza aleksynów i bakteryobójczych własności krwi ostać się nie może, jako objaśnienie naturalnej odporności. Tę ostatnią należy tłómaczyć w ten sposób, że osobniki, gatunki, rasy — są niewrażliwe na pewne drobnoustroje dlatego, że nie przedstawiają dla ich rozwoju podatnego gruntu, odżywki.

Wprawdzie dziś nie jesteśmy w stanie wykryć tych różnic w składzie chemicznym krwi różnych ras, a tembardziej osób tej samej rasy, ale bo też i znajomość odnośnych warunków normalnych jeszcze stoi bardzo nisko i jest właściwie rzeczą dociekań przyszłości.

*O. Hewelke.*

225. Brieger. O znaczeniu rozpoznawczem i leczniczem laseczników gruźliczych i innych drobnoustrojów w płwocinie. (Berl. Klin. Woch., № 13, 1900).

W początkowych okresach suchot płucnych, gdzie nie można wykazać zmian fizykalnych, zastrzykiwanie tuberkuliny daje odczyn wyraźny na obecność laseczników. W przypadkach, gdzie są zmiany

fizykalne, jest obecną zwykle płwocina, w której można wykazać laseczniki podług znanej metody barwienia. Największą ilość laseczników wykazuje się w małych, żółtawych soczewkowatych tworach, jakie spostrzegamy przy rozciągnięciu płwociny na płytce. Jeżeli ilość laseczników w płwocinie jest mała, to należy przegotować płwocinę z 1 — 2% ługiem sodowym i badać na laseczniki osad. — U ludzi, łykających płwocinę, wykazujemy laseczniki tą samą metodą w kale. Bardzo wielka ilość laseczników w płwocinie przemawia za jamami w płucach, zwłaszcza w czasie łączności ich z oskrzelami. Laseczniki ziarniste wskazują na rozpad tych drobnoustrojów. Przy zgorzeli płuc znajdują się czasem laseczniki bardzo podobne do gruźliczych pod względem barwienia, lecz krótsze, grubsze i niewygięte; spotyka się je i w mleku, maśle i kumysie.

Bardzo ważnym zjawiskiem jest infekcyja mieszana, która zmienia zupełnie przebieg suchot: gorączka i jej znaczne wahania, zwiększenie ilości płwociny, obfite poty i t. d. wskazują na powikłanie przez zapalenie paciorkowcowe, gronkowcowe, pneumokokowe, grypowe i t. d. Powikłanie przez influencję sprzyja bardzo szybkiemu postępowi suchot, ponieważ nacieczenia grypowe ulegają łatwo zserowaczeniu. Wielka obfitość laseczników Pfeiffera (gryp) i dwuziarniaków Fränkela znajduje się zwykle przy powikłaniach sprawy suchotniczej powyższymi sprawami zapalnymi. Obecność micrococci tetragenii w płwocinie daje złe rokowanie.

Pod względem leczniczym autor zwraca uwagę na utrzymywanie jamy ustnej w największej czystości przez stosowanie płukań odkażających, ponieważ przez usta przedostają się zarazki, sprowadzające zakażenie mieszane u suchotników. Podawanie kreozotu i jego przetworów jest pożyteczne z tego względu, że niszczy zarazki zakażenia mieszanego, choć niema wpływa na laseczniki gruźlicze. Wdechanie środków przeciwnięlnych, zwłaszcza balsamicznych jest pożyteczne z tej samej racyi. Wogóle należy zawsze dbać o uchronienie suchotnika od zakażenia mieszanego; dlatego też wszelkie środki, zapobiegające temu powikłaniu, powinny być stosowane.

*W. Miklaszewski.*

---

226. Prof. Levy i D. Bruns. **W sprawie wczesnego rozpoznania gruźlicy płuc.** — (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 9 1900 roku).

L. i B. zalecają: nigdy nie ograniczać się do jednorazowego badania płwociny, lecz badać kilkakrotnie w większych odstępach czasu. Do badania używać należy zawsze całej ilości płwociny z 24 godzin, bo w ilości odkrztuszanych prątków istnieją wahania, zależnie od pory dnia, a przy badaniu posługiwać się wszystkimi znanymi sposobami barwienia. Przedewszystkiem jednak, jeżeli badanie drobnowidzowe daje wynik wątpliwy lub ujemny, nie należy nigdy zaniedbywać doświadczenia na zwierzęciu i hodowli. Oprócz wyka-

zania na niejednym wątpliwym przypadku gruźlicy, dostarcza ten sposób także niejakić wskazówek co do istniejącego w danym razie zakażenia mieszanego. Do doświadczeń na zwierzęciu posługują się autorowie wstrzykiwaniem śródtrzewnowem 0.5 — 1.5 plwociny, przemytej w wodzie wyjałowionej. Aby zapobiedz padaniu zwierząt (świnek morskich) na ostre zapalenie otrzewny przedwcześnie, wstrzykują autorowie innej seryi zwierząt tę samą plwocinę, ogrzaną przez 10 minut do 60° C. Doświadczenie na świnkach morskich ma tę złą stronę, że daje wynik pewny dopiero po paru tygodniach, co jednakże wobec przewlekłego zazwyczaj przebiegu suchot płucnych nie posiada większego znaczenia; za to można tym sposobem wykryć gruźlicę w tych przypadkach, w których plwocina zawiera bardzo mało prątków, tak, że ich drobnowidzowo znaleźć nie można (kilkaset na 2 ctm.<sup>3</sup> plwociny). Oczywiście i doświadczenie na zwierzęciu zawiedzie, jeśli w płucach istnieją tylko gruźelki nierozpadłe i plwocina istotnie, mimo istniejącej gruźlicy, wcale prątków nie zawiera.

Rozpoznawcze stosowanie tuberkuliny u ludzi okazuje tyle stron ujemnych, że autorowie zupełnie je zarzucili.

*Ciechanowski.*

227. P. Cohnheim. Nowa formuła dla oznaczenia ilości treści żołądka. (C. f. in. Med., 18).

Mathieu i Rémond w r. 1890 podali metodę oznaczania zawartości w żołądku. Metoda ta uzyskała zastosowanie w tych przypadkach, gdy chodzi o oznaczenie pozostałości w żołądku po upływie pewnego czasu. Ponieważ w zawartości prócz przyjętego pokarmu są i soki trawienne, w danym razie metoda ma zadanie oznaczyć tylko pozostałość, a nie daje właściwie pojęcia o sile ruchowej i wydzielniczej żołądka. Jeżeli np. do żołądka z normalnem wydzielaniem wprowadzimy 400 cm. wody i 1 bułkę 60 grm., po godzinie znajdziemy w żołądku jeszcze 200 cm. zawartości; na te 200 cm. składa się niewydalona zawartość i soki trawienne, których część zresztą opuściła już żołądek wraz z częścią zawartości.

Przebieg badania według Mathieu-Rémonda jest następujący:

Wyciągamy z żołądka część zawartości ( $b$ ) i oznaczamy kwasność ogólną ( $a$ ), wprowadzamy do żołądka ilość ( $q$ ) wody dystylowanej, za pomocą poruszeń dokładnie mieszamy z pozostałą zawartością i opróżniając żołądek oznaczamy znowu w otrzymanej zawartości kwasność  $a_1$ . Im większa była ilość wody, użytej do przepłukania  $q$ , tem mniejsza będzie kwasność, stąd  $a : a_1 = q + x : x$ ,  $x$  jest pozostałością z wiadomej ilości  $b$ , już oznaczonej ilościowo po wydobyciu z żołądka.

$$x = \frac{aq}{a-a_1}, \text{ a cała zawartość } 9-R = b + \frac{a_1q}{a-a_1}.$$

Jak widzimy, metoda jest dość prosta, formuła łatwa, ale daje się zastosować wtedy, gdy zawartość żołądka jest kwaśna.

Cohnheim nieco uzupełnił metodę, używając w celu wypłukania reszty zawartości nie wody przekroplonej, ale roztworu kwasu solnego lub innego o wiadomem stężeniu, w ten sposób nawet w razie upośledzonego wydzielania soku żołądkowego (achylia gastrica, hyperaciditas) można oznaczyć resztę zawartości żołądka po pewnym określonym czasie. Autor w ciągu 1/2 roku robił badania na swej poliklinice z zupełnym zadowoleniem.

Formuła jego jest następująca:

$$x = \frac{q \cdot (A_2 - A_3)}{A_3 - A_1},$$

gdzie  $x$  jest pozostałością,  $q$  = ilość wody użytej do przepłukania  $A_1$  = kwaśność wyciągniętej zawartości żołądka,  $A_2$  = kwaśność, użytego do przepłukania roztworu, a  $A_3$  = kwaśność wydobytej po wypłukaniu żołądka zawartości.

Formuła ta nie różni się niczem od formuły Mathieu, prócz wprowadzeniem jednego czynnika, t. j.  $A_2$ , skoro zamiast niego podstawimy 0, formuły będą identyczne.

W końcu artykułu autor podaje kilka przykładów stosowania swojej formuły.

*J. Zawadzki.*

228. Prof. K o t o w e z y k o w. **O leczeniu okresu ropnego ospy.**  
 („Ueber die Behandlung des Eiterungsstadiums der Variola Vera.“ —  
 Zeitschrift für Klin. Med., B. 38, Heft I, II u. III).

Podczas gdy jedni klinicyści szczepienie ospy w okresie wylegania tejże, lub też w okresie początkowym choroby uważają za zupełnie bezskuteczne, inni twierdzą, że wpływa ono na przebieg choroby, który staje się wówczas o wiele łżejszym. Tak np. Hubert podaje, że szczepieni w okresie wylegania ospy byli od tejże zabezpieczeni, u tych zaś, którym szczepiono w okresie początkowym, choroba wystąpiła w postaci lekkiej variolois, przyczem ani razu nie zakończyła się śmiercią. Z pomiędzy 1150 przypadków, zebranych przez autora z literatury, w których miało miejsce jednorazowe szczepienie, śmierć nastąpiła w 180 przypadkach, t. j. nieco więcej, niż w 15%.

W 3-ch bardzo ciężkich, oraz w 4-ch łżejszych przypadkach ospy stosował autor wielokrotne szczepienia; w niektórych z tych przypadków rozpoczynał je pod koniec drugiego dnia, lub na początku trzeciego po wysypaniu ospy, a pomimo to przebieg okresu ropienia był o wiele słabszy. Szczepienia, rozpoczynane wcześniej, miały ten skutek, że papulae nie przechodziły w ropienie.

Autor na zasadzie swych spostrzeżeń wyprowadza wnioski następujące: Szczepienia, dokonywane dwa razy dziennie, jedno po dru-

gich, wywierają wielki wpływ leczniczy, zarówno w okresie wylegania, jak i w okresie początkowym ospy. Lecz nawet, rozpoczęte 1-go lub 2-go, a nawet 3-go dnia po wysypaniu ospy, szczepienia codzienne wywierają korzystny wpływ na okres ropienia w ciężkich przypadkach choroby.

*Józef Winiarski.*

229. Dr. Hans Haenel. Zapalenie nerek w ospie wietrznej. — (Centralblatt für innere Medicin, № 19, 1900).

Zapalenie nerek, jako powikłanie ospy, nie należy do przypadków bardzo rzadkich. Pierwszy zwrócił na to uwagę Hensch w roku 1884 i od tego czasu ogłoszono około 30 podobnych przypadków (Cassel, Starck, Steiner, Unger, Rille i inni). Ze wszystkich tych przypadków można się przekonać, że po zniknięciu wysypki, w 4 — 6 — 12 dni występują objawy zapalenia nerek; zwykły białkomocz, bez objawów prawdziwego zapalenia nerek spotyka się, jak utrzymuje Rille, w  $\frac{1}{5}$  wszystkich przypadków. Przebieg tych zapaleń nerek bywa zwykle bardzo łagodny, z małymi bardzo nieznacznymi poruszeniami gorączkowymi i umiarkowanymi zaburzeniami stanu ogólnego; w wyjątkowych tylko przypadkach występują obrzęki, objawy mocznicowe z zejściem śmiertelnym. Co się tyczy stosunku do pierwotnego cierpienia, to Cassel utrzymuje, że przypadki powikłane zapaleniem nerek należą zazwyczaj do bardzo ciężkich z wrzodziejącą wysypką, gangreną skóry i t. d.

Autor opisuje tu podobny przypadek ospy, powikłanej zapaleniem nerek, u rocznego dziecka. Wyróżnia się on od innych tem, że zajęcie nerek wystąpiło przed wysypką, jako zwiastun choroby. Autor przyjmuje to zapalenie nerek jako zastępcze, sądzi on, że czynnik chorobotwórczy umiejscowił się w nerkach zamiast na skórze; przypuszczenie to potwierdza się jeszcze tem, że wysypka była prawie że poronna. Jad wyczerpał się do pewnego stopnia w nerkach i zabrakło go już na wykwitły skórne.

Istnieje tu pewna analogia ze szkarlatyną, wszak znane nam są wypadki tej choroby bez wysypki, gdzie dyfteryt szkarlatynowy lub też zajęcie nerek na pierwszy plan występują.

*H. Kucharzewski.*

## II. Choroby układu nerwowego.

230. Oppenheim. **Encephalitis et Poliencephalomyelitis non purulenta.** (Weiterer Beitrag zur Lehre von der acuten, nicht eitrigen Encephalitis und der Poliencephalomyelitis). Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1899, Bd. XV, H. 1—2.

Oppenheim opisuje dwa przypadki ostrego nie ropnego zapalenia mózgu. Pierwszy przypadek dotyczy 16 letniej anemicznej dziewczyny, która od kilku tygodni uskarżała się na brak łaknienia i bóle głowy. Od 2 dni—bardzo silny ból głowy, nudności, wymioty, gorączka. **Status praesens:** Świadomość zamglona, chora odpowiadała jednak na zapytania.  $T^0=39,8$ . Puls—140. Osłabienie lewego n. abducens. Bolesność lewej połowy głowy, szyi i lewego proc. mastoideus. Ponieważ lekarz sądził, że ma do czynienia ze skrzepem zatok, otworzono więc wyrostek sutkowy, lecz nie znaleziono ropy. W następnych dniach—pogorszenie, chora była niespokojną, rzucała się w łóżku, krzyczała. Po kilku dniach—afazya i monoplegia brachiofacialis dextra. Dno oka — normalne. Odruch źrenic zachowany. Odruchy kolanowe wzmnożone z prawej strony. Rozpoznano—Encephalitis acuta non purulenta. Objawy poniżej opisane zaczęły stopniowo znikać,—lecz po kilku dniach następuje raptowne pogorszenie: wymioty, ból głowy, gorączka, sztywność karku, stan apatyczny i śmierć. Rozpoznano: meningitis cerebro-spinalis. Sekcya wykazała w rzeczywistości—1) *podkorowe ognisko zapalne* w tylnej części trzeciego lewego zawoju czołowego i w dolnej części lewego zawoju środkowego przedniego. Ognisko to miało wygląd ogniska sklerotycznego. *Dowodzi ono możliwości gojenia się ostrych spraw zapalnych, nie ropnych w mózgu;* 2)—oprócz tego ogniska i niezależnie od niego—skonstatowano meningitis cerebro-spinalis.

Drugi przypadek dotyczył 40 l. kobiety, która od 6 tygodni cierpiała na bóle w oku, dwojenie, trudność przy polykaniu i—w ostatnich tygodniach—osłabienie górnych i dolnych kończyn. Od 14 dni — incontinentio urinae. Wymioty przy schyłaniu się. **Status praesens.** Ptosis oculi utriusque. Osłabienie lewego i porażenie prawego n. abducens. Zrenice i dno oka—normalne. Trudność przy jedzeniu i polykaniu. Mowa nie wykazuje zmian. Odruchy ścięgnowe na kończynach górnych — wzmnożone. Chód niepewny. Osłabienie nóg. Przy badaniu prądem elektrycznym skonstatowano ilościowe osłabienie reakcyi w mięśniach żwaczach. Rozpoznanie wahało się pomiędzy „porażeniem opuszkowem bez zmian anatomicznych“ i poliencephalomyelitis“. Następnie przechylono się do poliencephalomyelitis (brak typowego zmęczenia, ilościowe zmiany reakcyi elektrycznej, brak reakcyi myastenicznej, incontinentia urinae, niepewny chód). Po upływie 3 tygodni—bardzo wyraźne zmiany artykulacyjne mowy. Po kilku tygodniach śmierć. Badanie mikroskopowe wykazało ognisko zapalne w części środkowej szyjowej rdzenia w formie szpary poprzecznej, wypelnionej tkanką łączną—neuroglią i nie za-

wierającej elementów tkanki nerwowej. Oprócz tego małe ognisko w górnym rdzeniu grzbietowym. Na różnych wysokościach rdzenia — świeże wybroczyny krwi przeważnie w szarej istocie rdzenia szyjowego. Rdzeń krzyżowy, lędźwiowy i grzbietowy — nie wykazują zmian. W pniu mózgowym znaleziono bardzo małe ognisko w jądrze nerwu podjęzykowego. Zgrubienie ścian w niektórych naczyniach. W górnych warstwach mostu, wzgórz czworaczych — świeże krwotoki (np. w jądrze nerwów trójdzielnego, okoruchowego). Bardzo znaczny rozwój komórek z okolicy wodociągu Sylwiusza. Oppenheim zaznacza słusznie, że zmiany te są zbyt nieznaczne, aby były w stanie wyjaśnić obraz kliniczny. Okazuje się więc, że komórki nerwowe śródmózgowia są bardzo czułe odnośnie do swych czynności fizjologicznych, wykazują jednak nadzwyczajną odporność histologiczną. Przypadek ten wskazuje, że czasami nie jesteśmy w stanie zaznaczyć ścisłej granicy pomiędzy „porażeniem opuszczką bez zmian anatomicznych“ i „poliencephalomyelitis“ (J. Kalischer, Murri, Finizio, Patrick). Ponieważ pod względem klinicznym brakowało objawów myastenicznych, Oppenheim proponuje dla tego rodzaju przypadków nazwę „Pseudo-poliencephalomyelitis“.

*E. Flatau.*

231. Chipault. Leczenie rwy twarzowej za pomocą rezekcji górnego szyjowego zwoju nerwu współczulnego. („Traitement de la neuralgie faciale per la résection du ganglion cervical supérieur du sympathique.“ — Academie de médecine, posiedzenie 15 maja 1900 r.).

Rwa twarzowa, czyli nerwoból nerwu trójdzielnego, przedstawia pole działania nie tylko dla neuropatologa, lecz również i dla terapeuty, a nieraz i dla chirurga.

O ile rozpoznanie tego cierpienia nie przedstawia zazwyczaj żadnych trudności, o tyle leczenie nie jest rzeczą łatwą, z uwagi na różnorodność momentów przyczynowych, dających początek tej przykłej nad wyraz chorobie.

Najczęstszą przyczynę rwy twarzowej są zakażenia (zimmnica, gościec, syfilis, grypa, tyfus), zatrucia (ołów, rtęć, nikotyna, alkohol) i w tych razach wskazania lecznicze są bardzo proste. To samo można powiedzieć o tych przypadkach, gdzie nerwoból zależy bądź to od ucisku na nerw (np. guz), bądź też od wpływu procesów chorobowych, zachodzących w bezpośrednim sąsiedztwie nerwu. Trudniejsza sprawa z wyszukaniem przyczyny rwy tam, gdzie ona jest objawem zwrotnym, choć, jak wiadomo, najczęściej powstaje wtedy na skutek cierpienia jamy nosogardzielowej i dróg łzowych (Bettremieux). Wówczas usunięcie owych spraw chorobowych, będących punktem wyjścia dla rwy, usuwa i tę ostatnią. Rwa jednak twarzowa może być przejawem nerwicy (histeria, neurasthenia), albo występować na tle zaburzeń w ogólnej gospodarce ustroju, w przemianie materii (np. dna). W takich razach kwestya leczenia komplikuje się



niepomierne. Przy leczeniu takiej rwy (tak zwanej dawniej „samoistnej“ (essentialis), trzeba nieraz zmienić zupełnie warunki życia pacjenta, wpływać na ogólną przemianę materii, na procesy wydzielnicze i t. d., do czego musimy uruchomić cały arsenał metod i środków pod postacią kąpiei, wód mineralnych, diety mlecznej i t. p. Elektryczność i mięsienie należą do metod nie tylko kojących czasowo, lecz często są w stanie dać radykalne (doszczętne) wyleczenie. Nieraz jednorazowe zastrzyknięcie morfiny usuwa bezpowrotnie cierpienie, opierające się innym środkiem leczniczym.

W tych przypadkach, gdzieśmy wyczerpali bezskutecznie wszystkie możliwe leki i metody, nie pozostaje innego, jak uciec się pod opiekę chirurgii.

Najdawniejszym zabiegiem chirurgicznym, stosowanym w przypadkach rwy twarzowej, jest wyciąganie i rezekcja nerwu. Operacje te nie przedstawiają wprawdzie niebezpieczeństwa, rezultaty jednakże dają zazwyczaj krótkotrwałe — choroba wraca po pewnym czasie nanowo. Pewniejszy rezultat daje nam wycięcie zwoju Gassera, lecz jest to zabieg niebezpieczny, dający około 20% śmiertelności. Autor zaleca gorąco metodę Jaboulay'a, który w ciężkich przypadkach rwy, nie ustępujących żadnemu leczeniu, robi rezekcję górnego szyjowego zwoju nerwu współczulnego. Demonstrowany na posiedzeniu 60-letni starzec, cierpiący na upartą rwę od lat 30-tu, pozbył się jej po operacji Jaboulay'a.

Skuteczny wynik tego zabiegu, nie mogącego się równać co do niebezpieczeństwa z wycięciem zwoju Gassera, staje się zrozumiałym, skoro weźmiemy na uwagę, że górny szyjowy zwój nerwu współczulnego, zaopatruje w włókna naczynio-ruchowe nie tylko pień nerwu trójdzielnego, lecz i ganglion Gasseri, a także jądra trigemini w samym mózgu, czyli nerw trójdzielny w całej jego rozciągłości.

K. Wistocki.

232. Eversmann, asystent kliniki prof. Dinklera w Akwigranie. **Osobliwy przypadek zaników mięśniowych, powstały w sposób ostry i po 8-letnim rozwoju choroby rozwoju zakończony zejściem w okres stacyonarny.** („Ein eigenartiger Fall von weit verbreiteter Muskelatrophie mit acutem Beginn und Ausgang in Stillstand nach ca. 8 jäh. Dauer. Poliomyelitis adultorum decursa?“ — Neurol. Centr., № 10, 1900 r.).

47-letni, silnie zbudowany mężczyzna, wolny od przymiotu, nadużyć wysokowych i innych, z rodziny zdrowej, na pierwszy rzut oka robi wrażenie chorego na dystrophia muscularis progressiva Erb'a. Ma on znaczne wgięcie lędźwiowe kręgosłupa (lordosis), odstające skrzydlasto łopatki, bardzo ścieńczałe ramiona i łydki. Bliższe badanie wykazuje zanikłe obustronnie: mm. pectorales major et minor, coracobrachialis, serratus anticus major, serratus posticus sup. et inf.

cucullaris w dolnej części, biceps brachii, brachialis internus, supinator longus, w części flexor carpi radialis et ulnaris, interossei et lumbricales w części thenar i hypothenar. Adductores femoris, vastus internus, extensor pedis dextri, bardzo zanikłe mięśnie obu łydek.

Zanik z prawej strony większy, niż z lewej. Stosunkowe osłabienie siły mięśniowej: prawa ręka na dynamometrze 2.5, lewa 3.5 (zamiast 160 — 140). Chory porusza jednak kończynami, nie męczy się zbyt, jako handlarz chodzi po 6 — 7 godzin dziennie i dźwiga ciężary. Na tułowiu zanikłe extensores trunci, stąd postawa i trudność podnoszenia się z położenia poziomego.

Obok zanikłych spotykają się niektóre mięśnie w stanie prawdziwego przerostu (kompensacyjnego): deltoidei, rhomboidei, levatores anguli scapulae, górna część cucullaris; na dolnych kończynach vastus lateralis et tensor fasciae latae.

Prawidłowe są mięśnie twarzy, sterno-mastoidci, scaleni, peronei. Brak drżenia włókienkowego, pobudliwość mechaniczna i elektryczna bezpośrednia i pośrednia za pośrednictwem nerwów galw. i farad. prawidłowe we wszystkich mięśniach. Odruchy ścięgnowe i skórne zachowane. Brak zaburzeń przedmiotowych czucia. Nerwy czaszkowe i zwieracze pęcherza i kiszki działają prawidłowo.

Wywiady, poczerpnięte od inteligentnego i dobrej wiary chorego, są następujące. W 25-ym roku życia chory zasłabł nagle na silne bóle w okolicy prawego barku, które dzięki zastosowaniu środków sztucznych po 8 dniach zlagodniały. Wkrótce potem zaczął się rozwijać zanik mięśnia dwugłowego ramienia. Zanik w ciągu lat 8 rozprzestrzenił się na inne mięśnie wymienione. Od lat 16 stan pozostał jednakowy.

Na podstawie ostrego początku, braku usposobienia rodzinnego, braku postępowego rozwoju od lat 16-tu, przerostu prawdziwego innych mięśni, mało stosunkowo zmienionego chodu i ułożenia górnych kończyn, zachowania odruchów ścięgowych, wyklucza autor *dystrophią Erb'a*.

Wyklucza dalej *atrophią muscularem progressivam Duchene-Aruna* na podstawie ostrego początku, rozprzestrzeniania się zaników kolejną dla tej choroby nieodpowiednią, przerostu niektórych mięśni, braku reakcyi zwyrodnienia, powstrzymania rozwoju dalszego od lat 16-tu.

Ostry początek odpowiada obrazowi *polineuritis*, lecz ból trwał krótko, a w dalszym przebiegu jedynie zaniki wysuwają się na plan główny. Przebieg jest za powolny, sposób rozmieszczenia zaników nieodpowiedni. Początkowy ból mógł być przejściowym neurylem korzeni tylnych.

Pozostaje *poliomyelitis adultorum*. Znane są przypadki bez znaczniejszych objawów ogólnych i gorączki na początku. Bóle zdarzają się niekiedy początkowo, jak dowodzi przypadek Rosenberga z kliniki Erba, i mogą zależeć od ucisku zapalnego lub działania wirus na układ czuciowy. Z podobnym początkiem podostrawym i na-

stępnym przebiegiem przewlekłym znany jest przypadek Lancereaux-Dejerine'a stwierdzony autopsją.

Najwięcej jednak za poliomyelitis przemawia rozprzestrzenienie zaników całkiem dowolne.

Przypadek rzezonny jest zajmujący ze względu na trudność rozpoznania klinicznego i ważność, jaką mieć mogą pod tym względem wywiady. W braku ich możnaby poczytać przypadek za niedorozwój wrodzony.

*Rzezniewski.*

233. Saenger. **O objawach mózgowych w raku.** — („Ueber Hirnsymptome bei Carcinomatosis“). Odczyt w Towarz. Lekarskiem w Hamburgu. Neur. Centralblatt, 1900, № 4.

Objawy mózgowe, spostrzegane u chorych na raka, bywają: 1) ogólne — coma, apatya i t. p. lub 2) ogniskowe, t. j. wskazujące na cierpienie pewnej części mózgu. Pierwsze są spowodowane samozatruciem ustroju wskutek nieprawidłowej sprawy rozpadowej; przytem zmian anatomicznych w mózgu może nie być wcale, lub też znajdują się przerzuty, nie powodujące żadnych objawów miejscowych. Co się zaś tyczy przypadków z objawami ogniskowymi, to autor dzieli je na 3 grupy:

1) w niektórych badanie anatomiczne dają wynik ujemny. Według Oppenheima, przyjąc wtedy należy cierpienie ogniskowe natury toksycznej, autor jednak uważa objaśnienie to za niedostateczne;

2) w większości przypadków zmiany widoczne gołym okiem:

a) przerzuty nowotworu, spostrzegane najczęściej w raku płuc, przełyku i śródpiersia;

b) rozmięczenie lub krwotok jako powikłanie przypadkowe;

3) znaleźć można zmiany drobnowidzowe tam, gdzie mózg makroskopowo wydaje się niezmienionym. W jednym takim przypadku z porażeniem nerwów twarzowego i obwodowego, obustronną głuchotą, chwiejnym chodem i innymi objawami ogólnymi drobnowidz wykazał nagromadzenie komórek rakowych w oponie miękkiej, zarówno na wypukłości mózgu, jak i na podstawie, zwłaszcza wokoło punktów wyjścia odnośnych nerwów mózgowych.

W dyskusyi Nonne przytoczył szereg przypadków z objawami ogniskowymi, a ujemnym wynikiem badania (porażenie połowicze z afazją lub bez niej, porażenie twarzy i kończyny górnej z afazją, porażenie kończyn jednej strony wraz z porażeniem twarzy na stronie przeciwległej, padaczka Jacksona). Rozpoznanie różniczkowe między tego rodzaju zaburzeniami dynamicznymi, a przerzutami w mózgu nie jest możliwe. Ta okoliczność, że są to najczęściej przyadki raka przewodu pokarmowego przemawia stanowczo za otruciem. Tak samo zresztą i zmiany w rdzeniu znajdowano najczęściej również w raku przewodu pokarmowego.

*A. Bregman.*

### III. Choroby dzieci.

234. Marfan. Powikłanie i leczenie włóknikowego zapalenia płuc u dzieci. (*La Semaine médicale*, 1900, № 12).

Do częstych komplikacji włóknikowego zapalenia płuc u dzieci należą: zapalenie ucha, otrzewny, opłucny. Zapalenie opłucny przed piątym rokiem życia prawie zawsze jest ropne i niekiedy łączy się z ropnem zapaleniem osierdzia.

Przy zapaleniu płuc czasami daje się spostrzeżyć wysypka, która może powodować błędy w rozpoznawaniu. Wysypka przedstawia się pod postacią rozlanego zaczerwienienia skóry i najczęściej jest podobna do płonicowej. Zwykle jej umiejscowienie—tułów i szyja. Wysypka trwa najwyżej 48 godzin i w okresie zdrowienia sprowadza łuszczenie skóry.

Najważniejszą komplikacją są objawy mózgowie. Prawie przy każdym włóknikowym zapaleniu płuc u dzieci objawy mózgowie tworzą dział objawów powszednich. W ciągu dnia chory jest spokojny, lecz w nocy silnie podniecony, niespokojny, niekiedy bredzi. W niektórych przypadkach—co prawda rzadkich i przedewszystkiem u dzieci, zrodzonych z neuropatów lub alkoholików—objawy mózgowie dosięgają takiego stopnia natężenia, że przeważają nad objawami ze strony klatki piersiowej. Przypadki te Rilliet i Barthez opisali pod nazwą *pneumonia cerebralis*, w której rozróżniali dwie postaci: drgawkową i oponową z dwiema odmianami: komatyczną i z bredzeniem.

Przypadki drgawkowe spostrzegają się u dzieci między 15—30 miesiącem życia. Drgawki występują na początku choroby lub później między dniem 4—7. Drgawki zwykle są częściowe, ograniczone do gałek ocznych i kończyn górnych i powtarzają się nadzwyczaj często; niekiedy zaś są ogólne, podobne do padaczkowych i wtedy ich napady są nieliczne.

Postać komatyczna jest właściwa dla wieku 2—6 lat i odznacza się sennością, która znika 4—5 dnia, lecz niekiedy może trwać do chwili spadku ciepłoty. Przytem jest ból głowy, zaparcie, wymioty.

Bredzenie spostrzega się dopiero po 6 roku życia i występuje przedewszystkiem w nocy. Mali pacycenci wymawiają trudne do zrozumienia wyrazy, krzyczą, podnoszą się.

Włóknikowe zapalenie płuc z objawami mózgowymi, ma przebieg mniej prawidłowy, niżeli zapalenie pospolite, trwa niekiedy dłużej i spadek ciepłoty nie zawsze odbywa się nagle. Wyleczenie nieraz następuje prędko, lecz są przypadki z zejściem śmiertelnem, gdzie śmierć głównie należy stawiać w zależności od objawów mózgowych.

Badanie pośmiertne wykazuje zmiany małoznaczące: lekkie przekrwienie opon i kory mózgowej, rzadziej niewielkie powiększenie płynu pod oponą pajęczą lub w komorach mózgowych.

Zapalenie płuc włóknikowe z objawami mózgowymi daje często powód do błędów w rozpoznawaniu. Jeżeli objawy ze strony klatki piersiowej są zaćmione, to objawy mózgowie można odnieść do jakiej innej ostrej choroby, przy której również mogą być podobne objawy ze strony mózgu. Jeżeli zaś zapalenie płuc jest rozpoznane, to istniejące objawy mózgowie mogą zależeć od prawidłowego zapalenia opon z wysiękiem włóknikowym lub ropnym.

Wogóle objawy mózgowie ciężkie i stałe są tylko przy poważnych cierpieniach wewnątrzczaszkowych. Ciepłota bardzo wysoka z małymi porannymi wahaniami, naprowadza na myśl, zależności od zapalenia płuc.

Przy rozróżnianiu od gruźliczego zapalenia opon, należy pamiętać, że to ostatnie posiada okres zwiastunów ze wczesnym wychudnięciem i że ciepłota rzadko kiedy osiąga znacznej wysokości.

Przekłócie łądźwiowe i zbadanie otrzymanego płynu pozwoli odróżnić od prawdziwego zapalenia opon.

Śmiertelność zapalenia płuc wynosi 4% (u dorosłych 25%, u starych 50%). Przyczyną śmierci zwykle jest rozszerzenie się zapalenia na obudwa płuca lub ciężkie komplikacje ze strony opłucny, serca, mózgu.

Obecnie nie posiadamy swoistego środka, zdolnego wyleczyć włóknikowe zapalenie płuc lub skrócić jego trwanie. Leczenie jest objawowe.

Kłócić w boku należy usuwać przez bańki cięte, pijawki lub zastrzykiwanie morfiny, chociaż to ostatnie nie nadaje się u dzieci.

Chemiczne, przeciwgorączkowe środki, nie wiele przynoszą korzyści, więcej należy liczyć na kąpiele. Autor stosuje kąpiele od 30° do 34° co 3 godziny, zanurzanie winno trwać 10 minut. Taka kąpiel działa odciągająco na płuca, wzmacnia serce, uspokaja systemat nerwowy, powiększa wydzieliny. Gdzie pomimo kąpeli istnieją objawy niedomogi serca, trzeba stosować środki podniecające. Drgawki usuwać należy letniemi kąpielami lub chlorałem.

*Rabek.*

---

235. Dr. Tulinow. **Reumatyzm rzezączkowy u dzieci.** („Gonorojnyj reumatizm u dietiej.“ — Dietskaja Medicina, № 2, 1900).

Związek pomiędzy rzezączką a zajęciem stawów wiadomy był już oddawna: jedni patrzyli na zajęcie stawów, jako na reumatyzm stawowy zwykły, inni zaś stawiali zajęcie stawów w zależności od rzezączki.

Po odkryciu w roku 1879 przez Neisser'a drobnoustrojów rzezączki, zaczęto robić poszukiwania ich w wysiękach stawowych, najczęściej jednak nie znajdowano ich wcale; wtedy to zaczę-

to mocno kwestyonować związek między rzeżączką a zapaleniem stawów. Kiedy jednak Petrone i inni badacze znajdować zaczęli gonokoki w wysiękach, związek zdawał się być zupełnie ustalonym, przypuszczano tylko, że jest to infekcja mieszana, gdyż zawsze znajdowano i inne pasorzyty, jak paciorkowce i gronkowce. Związek ten został zupełnie ustalonym od czasu, jak Hewes, Ahman i Jullien otrzymali czyste hodowle gonokoków ze krwi chorych na rzeżączkę, zaczęto bowiem patrzeć na ostatnią, jako na chorobę ogólnie zakaźną, a Leyden opisał przypadek rzeżączkowego zapalenia wsierdzia.

Wszystkie te okoliczności, jak czyste hodowle, znajdowanie gonokoków w wysiękach przekonały ostatecznie, że gonokoki mogą powodować zapalenie stawów, wsierdzia, nerwów i t. p. albo same przez się, albo też za pomocą swych toksyn.

Zreszłą nawet nieznaledzenie gonokoków jeszcze niczego nie dowodzi, gdyż, jak wykazał Benecke, gonokoki znajdują się zazwyczaj w małej ilości i najczęściej na samej błonie surowiczej, nie też dziwnego, że nie zawsze i nie w każdym wysięku wykryć je można.

Co się tyczy częstości zapalenia stawów na skutek rzeżączki u dzieci, to jest ona niewielką, — Fournier naprzykład przyjmuje 2%, a Held 5%. Wiek chorego również nie ma żadnego znaczenia: tak dzieci młode, jak i starsze, jednakowo zapadają na dane cierpienie; małe najczęściej na skutek zapalenia łącznicy, starsze zaś na skutek — vulvo-vaginitidis. Z tego też powodu Vignaudon radzi starannie badać oczy i części płciowe u dzieci chorych na zapalenie stawów, gdyż to może nam dać nieraz cenne bardzo wskazówki, co do rozpoznania cierpienia, a szczególnie u dzieci do lat pięciu, gdyż w tym wieku, jak wiadomo, reumatyzm stawowy zwykły należy do rzadkości. Zapalenie rzeżączkowe najczęściej zajmuje jeden, a rzadko więcej stawów, i najczęściej staw kolanowy. Co się tyczy czasu zjawiania się tej komplikacyi, to może ona być tak przy ostrej, jak i przy chronicznie przebiegającej rzeżączce, przy tem nie ma żadnego związku co do natężenia sprawy: lekka rzeżączka powodować może ciężkie bardzo zapalenie stawów i przeciwnie — rzeżączka ciężka — lekkie zajęcie ostatnich. Klinicznie choroba ta nie różni się od chorób injekeyjnych wogóle: na początku choroby ogólne rozbicie, utrata apetytu, ból głowy, ból stawów, który jednak szybko ustępuje, pozostając tylko w stawie zajęтым.

König odróżnia 4 formy zapalenia stawów na skutek rzeżączki, a mianowicie: I — arthritis gonorrhoeica serosa, II — seroso-fibrinosa, III — purulenta i IV — phlegmonosa.

Forma pierwsza bywa zwykle bez gorączki i bolesności stawów, z obrzękiem tylko nieraz nawet dość znacznym: cała sprawa po 2 — 3 tygodniach kończy się zupełnem restitutio ad integrum. Przy drugiej i trzeciej formie mamy zazwyczaj wysoką gorączkę, bolesność w stawach przy dotykaniu, ruchach, a nawet przy spokojnem leżeniu chorego; ruchy stawów są ograniczone. Druga forma zazwyczaj kończy się dobrze, trzecia za to — ograniczeniem ruchów w stawach. Naj-

złośliwszą jednak jest forma czwarta; tutaj proces zapalny zajmuje nie tylko sam staw, ale i miękkie części okołostawowe, jak również i skórę, która zazwyczaj bywa zaczerwieniona i silnie obrzęknięta; gorączka — nie bardzo wysoka, ropy — nie wiele; bolesność w stawach przy ruchach bardzo silna. Choroba trwa kilka miesięcy i najczęściej kończy się ankylozą. Forma ta bywa prawie wyłącznie u dorosłych, u dzieci za to prawie że się nie zdarza. Wogóle powiedzieć można, że zapalenie stawów na skutek rzeżączki u dzieci ma daleko łagodniejszy przebieg, niż u dorosłych, i zdarza się wogóle rzadko, nie bacząc na częste conjunctivitis et vulvo-vaginitis gonorrhoeicae; Seifert naprzykład przyjmuje 0.64%, a Pott 1.014% wszystkich chorób wieku dziecięcego.

W końcu autor opisuje obserwowany przez siebie przypadek zapalenia stawu kolanowego na skutek rzeżączki u dziewczynki dwuletniej, cierpiącej jednocześnie na vulvo-vaginitis gonorrhoeica. Ichtyol, preparaty salicylowe i kąpiele ciepłe stosowane były w danym przypadku z dobrym rezultatem.

*E. Dytel.*

#### IV. Chirurgia.

236. Dr. C. Rossander (ze Stockholmu). **Leczenie rakowców bez ich wycinania.** (Revue de chirurgie. Février. № 2. 1900.)

W roku 1891 dr. R. dokonał w kilku przypadkach odnośnych próby leczenia rakowca (cancroïde) drogą zastrzykiwania w brzegi guza roztworu potasu gryzącego. Prace te ogłoszone zostały w Nordiskt medicinskt Arkiv, przyczem autor zakreślił sobie dość skromne pole działania, stosując na początek metodę swą tylko u osobników, dotkniętych rakowcem twarzy. Chorym wstrzykiwano w sąsiedztwie nowotworu 1 — 1.5% roztwór środka omawianego po pół strzykawkki Pravaz'a w 3 — 4 miejscach odrazu; zastrzykiwania te powtarzano w trzydniowych odstępach czasu. Ze względu jednak, że wyniki leczenia powyższego, zadawalniające na razie, w ogóle nie były trwałe, o metodzie tej zapomniano wkrótce, a i sam autor zaniechał jej, uchylivszy czoła przed większą skutecznością usuwania nowotworów.

W ostatnich wszelako czasach istotnie ciekawe dwa przypadki dały mu znowu w sprawie leczenia, za pomocą potażu, wiele do myślenia. Spostrzeżenie pierwsze dotyczyło 36-letniego prawnika, który od wielu lat miał małą na nosie brodawkę. Chory nosił stale binokle, uciskające tę ostatnią, z biegiem czasu, guzik ów uległ owrzodzeniu, które po wyłęczkowaniu niebawem dało nawrót rozległy. Owrzodzenie zajęło niemal całą prawą połowę twarzy, dochodząc ku górze do brzegu zewnętrznego powieki dolnej. Stosowana przez prof. Adamkiewicza codziennie „kankroina“ pod

skórę szyi i karku, nie pozostała bynajmniej bez pewnego skutku dodatniego, już bowiem po upływie dni czterech brzegi owrzodzenia zaczęły puchnąć, 5-go zauważono obfitą zeń wydzielinę, poczem z wydzieliną ową oddzieliły się na zewnątrz zmartwiałe masy nowotworowe. Już dnia 10-go było widocznem wytwarzanie się blizny po brzegach, z upływem zaś 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> miesięcy z nowotworu pozostały zaledwie ślady maleńkie, a chory przedstawiony był przez triumfującego prof. Adamkiewicza na jednym z posiedzeń Tow. Lek. w Wiedniu.

Wynik ten jakkolwiek nie zupełny, lecz, bądź co bądź, godny uwagi nie był, niestety, trwały. Po upływie 2-ch miesięcy stwierdzono nawrót w pełni rozwoju, w obec którego i kankroina nie pomagała wcale. Owrzodzenie posunęło się dalej jeszcze, wciągając w sprawę chorobową oczodół i unieruchamiając prawe oko lubo zdolność widzenia nie była jeszcze zniesioną. Nie zgodziwszy się na operację, chory poddał się leczeniu potasem gryzącym. Po wykonaniu 12 zastrzyknięć po brzegach i u podstawy owrzodzenia, w trzydniowych odstępach czasu, można już było stwierdzić powstawanie blizny, posuwającej się ku wewnątrz bez śladu zgorzeli przedniej. Po upływie 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> miesięcy z nowotworu pozostała niewielka rana, obejmująca przestrzeń 2 ctm. kw. Badanie pod drobnowidzem przekonało, że w częściach uległych owrzodzeniu, budowa rakowca była widoczną, w bliźnie zaś — brakowało jej zupełnie. Poprzestając na tak wybitnej poprawie, chory czekać już nie chciał na dokończenie kuracyi, wyjechał, a injeckeyj dalszych dokonywał mu kto inny, nie autor. Osobnik ten zmarł w lat cztery naskutek nawrotu.

W spostrzeniu drugim leczono 89-letnią staruszkę, która od lat wielu na stronie prawej czoła, pomiędzy brzegiem brwi a linią włosów miała niewielką szarawą plamę, nie owrzodzoną, o wymiarach orzecha laskowego. Plama ta przekształciła się w guz, który w ciągu dni 10 powiększył się w trójnasób, przyczem dokoła tego ostatniego wytworzyło się wiele wysepek czarnych, tworzących łańcuch podwójny i pozostających bądź w luźnym związku z guzem, bądź całkiem odeń wyosobnionych. Nowotwór, o barwie również czarnej, miał w wymiarze podłużnym 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ctm., w poprzecznym 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>, wznosił się ponad poziomem skóry na 8 — 9 milimetrów. Nie ulegało wątpliwości najmniejszej, że miano tu do czynienia z nowotworem nader złośliwym (melanosarcoma); lecz również nie ulegało kwestyi, że operacja w warunkach takich nie była wcale pożądana. Należałoby usunąć w tym razie połowę niemal powłok czołowych bez możliwości pokrycia braku, przypadek nie nadawał się do znieczulenia miejscowego, o chloroformowaniu tak sędziwej osobistości nie mogło być mowy, zresztą i chora sama nie zgadzała się na operację stanowczo. Postanowiono zatem uciec się i w tym wypadku do roztworu potasu gryzącego, który zastrzykiwano dokoła guza po pół strzykawki w kilku różnych miejscach na jednym posiedzeniu; koniec igły wbijano tu w odległości 3 — 4 mm. na zewnątrz od małych guziczek w kierunku pochyłym przyczem igła



dochodziła aż do kości. Część płynu przedostawała się pod okostną, ilość zaś większa pozostawała w tkankach względnie miękich. Wynik przeszedł wszelkie oczekiwanie; nowotwór, którego rozwój czynił postępy widoczne przedtem nawet w ciągu 24 godzin, przestał się powiększać już po kilku wstrzyknięciach. Czwartego dnia guz zaczął się ściągać, wysepki czarne — blednąć, a powierzchnia nowotworu — stawać zupełnie suchą. W ciągu miesiąca zastrzyknięć takich czterokrotnych dokonano 10. Rozwój guza wsteczny i jego przydatków nie ulegał przerwie najmniejszej i ostatecznie cała powierzchnia zwyrodniała zlała się w jedną tkankę bliznowatą, obejmującą jednak przestrzeń daleko mniejszą, niż guz pierwotny. Po upływie roku blizna skurczyła się bardziej jeszcze i zbliadła więcej. Chora liczy obecnie 93 lat wieku: z całego guza pozostała blizna szarawa, przytwierdzona do kości i ledwie widoczna. Wynik taki oczywiście nazwałby można tryumfem w mowie będącej metody leczniczej, która tu wypróbowaną została w obec lekarzy przyrzeczem: ilość czasu jaka upłynęła od chwili wyzdrowienia, upoważnia autora zupełnie, by twierdzić mógł o wyleczeniu sprawy nowotworowej doszczętnem.

Według wszelkiego prawdopodobieństwa zastrzykiwania 1% potasu gryzącego, nie działając jako środek przyżegający, wywołuje w tkankach i siatce naczyń włoskowatych stan zapalny w stopniu dostatecznym do wywołania krzepnięcia się w tychże krwi i zatkania naczyń. To ostatnie nie jest na tyle zupełnem, by doprowadzić mogło do zgorzeli całej massy guzowatości, lecz wystarcza do obniżenia znacznego jej energii życiowej. Tą drogą można też wytłomaczyć sobie niepowodzenie, z jakim spotykano się w większości przypadków; ponieważ niepodobieństwem było dotrzeć tam do całego obwodu guzów, nie można było wysuszyć wszystkich źródeł, dostarczających nowotworowi zapasów odżywczych. Dowodzi to wszelako, z czem zresztą autor nie kryje się bynajmniej, że wskazania do metody omawianej muszą być nader rzadkie i że tam gdzie niema się pewności wyosobnienia całego guza, daleko rozsądniejszym będzie wycinać tenże.

Z kolei rzeczy zastanawia się autor nad sprawą wyleczalności raka, której nie należy uważać za rzecz niemożliwą i przesądzoną z góry. Rzecz prosta, nie znamy dziś jeszcze sposobu powstania tego nowotworu i, jeżeli można tak się wyrazić, jego fizjologii patologicznej. Wiedza lekarska posiada jednak środki, wiodące do celu, t. j. badanie objawów chorobowych i postępowanie doświadczałne. Z doświadczeń tych na uwagę baczną zasługują poszukiwania najnowsze prof. Sanfelice'a nad odmianą pewną grzybków rozszczepiających (*saccharomyces neoformans*), otrzymywaną przezeń z soku owoców. Uczony ten, szczepiąc zwierzętom czyste hodowle tych grzybków, po całym szeregu prób nieudatnych, otrzymał w końcu płyn, który zastrzykiwany do jamy otrzewnowej psów, wywoływał zatkanie gruczołów krezki; wyciąwszy kawałek takiego gruczołu, prof. S. sporządzał zeń mleczankę i zastrzykiwał ją do otrzewny innemu psu; drogą powtarzanych u licznych zwierząt in-

jęcej powiodło się otrzymać wreszcie jad dość silny i do użycia w celu wytkniętym podatny. Po zastrzyknięciu jadu tego w wymionie suki i do jąder psa zauważono w czasie jakiś powstawanie w narządach owych guzów, których przebieg kliniczny odpowiadał rozwojowi raka; guz taki dawał przerzuty, a budowa jego, zbadana pod drobnowidzem odpowiadała w zupełności budowie gruczolaka rakowatego (adenocarcinoma). Wynik ten nie jest oczywiście decydującym, przekonywa jednak, że do celu upragnionego zbliżamy się po mału. Przyszłość pokaże, czy sposób leczenia spraw nowotworowych przez środki tymże pokrewne, będzie rzeczywiście skutecznym i czy znajdziemy kiedykolwiek środek, leczący raka radykalnie.

*K. Niedzielski.*

237. A. Routier. **Przyczyny i leczenie ropni gruczołu krokowego.**  
(La presse médicale 1900, № 13).

Przyczyną ropni gruczołu krokowego zazwyczaj bywa zapalenie cewki natury rzeżączkowej, momentem zaś wywołującym—uraz, a mianowicie: cewnikowanie w przebiegu zapalenia cewki, nieumiejętne wstrzykiwanie, nadmierne zmęczenie, jazda na koniu lub na rowerze, wreszcie excessus in Baccho. Niezmiernie są rzadkie przypadki ropni gruczołu krokowego występujących przy zdrowej zupełnie cewce i bez urazu. Dwa tego rodzaju przypadki autor przytacza w swojej pracy. Dotyczą one dwóch osobników, 34 i 42 lata liczących, którzy nigdy poprzednio nie chorowali na cewkę i u których nagle, bez żadnej widocznej przyczyny, wystąpiły objawy utrudnionego i niezwykle bolesnego i częstego urynowania z towarzyszeniem dreszczy i gorączki. Badanie w obydwu razach wykazało obecność ropnia w gruczole krokowym; po operacji nastąpiło wyzdrowienie zupełne.

Dwa powyższe przypadki dają autorowi asumpt do wypowiedzenia szeregu uwag w kwestyi ropni gruczołu krokowego. Przedewszystkiem co się tyczy rozpoznania, to zdaniem R. należy unikać badania w uśpieniu chloroformowem, gdyż wówczas może zupełnie zniknąć wypuklenie przez ropień spowodowane; podczas gdy pod wpływem bólu wywołanego badaniem w zwykłych warunkach, mięsień dźwignacz odbytu kurczy się i wypukła gruczoł.

Guz zazwyczaj mieści się w jednym zrazie gruczołu, tak iż tem wyraźniej uwydatnia się niemiarowość narządu, rzadziej guz bywa w obu zrazach.

Leczenie polega na możliwie prędkim otwarciu ropnia; co się zaś tyczy drogi jaką obrać należy, zdania dotychczas są podzielone. Powaga profesora Gyona, Segonda i innych nakazuje otwierać ropnie gruczołu krokowego przez kroczce, autor zaś oddawna broni tezy, iż najodpowiedniejszym miejscem dla cięcia jest odbytnica. Operując w ten sposób, Routier zawsze otrzymał wyniki doskonałe i nie

sposprzegal krwawien, ani wtornych zakażeń, ani powstawania przetok po operacji, któremi straszą zwolennicy drogi kroczonej, zupełnie zagojenie zawsze osiągać się dawalo po 8—12 dniach, a więc szybciej aniżeli przy operacji przez krocze.

Cały zabieg autor wykonywa w sposób następujący. Po uprzednim opróżnieniu kiszki za pomocą środka przeczyszczającego danego w przeddzień i lawatywy danej bezpośrednio przed operacją, chory uklad się na prawym boku i uspiiony zostaje bromkiem etylu. Zawieracz rozszerzony zostaje za pomocą wziernika Trélat i po przemyciu odbytnicy roztworem kwasu bornego lub naftolu na tylną ścianę kiszki nakłada się łyżkę Simsa. Po dokładnem wymacaniu miejsca ropnia, wykonywa się śmiałe cięcie długości 2 do 3 centymetrów i do opróżnionej i przemytej jamy wprowadza się pasek gazy jodofornowej. Na czwarty dzień gaza wydalona zazwyczaj bywa wraz ze stolcem, po ośmiu dniach chory może być uważany a zwyleczonego.

*Jerzy Brunner.*

238. F. Lange. Przeszczepianie ścięgien na okostną \*). Münch. m. Woch 1900. № 15)

Pracując nad metodą zastępowania mięśni porażonych przez skutecznie nowouformowane, Lange przyszedł do przekonania, że łączenie w jeden narząd części mięśnia zdrowego ze ścięgnem porażonego jest nieracjonalne i może unicestwić wyniki operacji. W ścięgnięciu bowiem mięśnia porażonego również zachodzą zmiany odżywcze i wytrzymałość jego zmniejsza się znacznie. Będąc połączone z mięśniami zdrowymi zamiast przenosić jego działanie na szkielet, samo się rozciąga pod wpływem skurczów, a praca mięśnia ginie bezużytecznie. Lepiej zatem jest uformować nowy mięsień bez współdziałania wątpliwej wartości ścięgna przez przyszycie wolnego końca ścięgna zdrowego mięśnia wprost do okostny. W ten sposób wytworzyć możemy zupełnie nowy przyczep kostny dla nowego mięśnia, miejsce jednak przyczepu musi być tak wybrane, aby fizyologiczne działanie nowego mięśnia odpowiadało leczniczemu wskazaniu danego przypadku. Za pomysłem tym przemawiają większa pewność wyniku, ponieważ w grę wchodzi wyłącznie narządy zdrowe i sprawne, niemniej zachęcająca jest okoliczność, że nie krapując się istniejącymi już punktami przyczepów kostnych, możemy dla nowego mięśnia wybrać funkcję najwięcej celowi leczniczemu odpowiednią. Natomiast wypracowanie planu operacji jest mozolniejsze i mogą

\*) Autor nawiasem wspomina, że pomysł operacji należy do Drobnika, który pierwszy tą metodą operował, odnośny jednak ustęp artykułu jest tak wystylizowany, że czytelnik może mieć wątpliwość komu zasługuje wprowadzenia w czyn i „udoskonalenia“ metody przypisać. (*przyp. red.*)

nastąpić się trudności techniczne wówczas, gdy pożądaný punkt przyczepu jest zbyt oddalony od wolnego końca ścięgna. W razach takich Lange za przykładem Glück'a i Kümmel'a utworzył sztuczne ścięgno z grubej nitki jedwabnej z dobrym wynikiem. Jako materiału do szycia używa wyłącznie jedwabiu; w dolnej części rany pozostawiając pasmo gazy jodoformowej, które po 3 do 8 dniach usuwa przez otwór w opatrunku gipsowym, ten ostatni autor pozostawia przez dwa miesiące, pozwalając chodzić, jeżeli operował na kończyźnie dolnej, po 4 tygodniach. Przy przyszywaniu ścięgna Lange radzi zwracać baczną uwagę, aby nie było przszyte luźno, lecz z pewnem napięciem, które zdaniem autora, korzystnie wpływa na późniejszą sprawność mięśnia. Wywody swoje autor opiera na opisie 2 przez siebie pomyślnie operowanych przypadków.

A. Grużewski.

## V. Choroby skórne i weneryczne.

239. V. Augagneur. Stosowanie zastrzykiwań sztucznej surowicy Hayem'a w przymiocie złośliwym. (Annales d. Derm. et d. Syphil., Mai 1899.)

Autor w 2-ch przypadkach przymiotu złośliwego wypróbował działanie zastrzykiwań podskórnych sztucznej surowicy. W przypadku pierwszym — przymiocie złośliwym wczesnym — zastrzykiwania surowicy, dokonywane jednocześnie z wcieraniami szaruchy, dały rezultat dodatni. Wyniku takiego autor poprzednio nie mógł otrzymać od wcierań szaruchy w połączeniu z przyjmowaniem do wnętrza jodku potasu. W przypadku drugim — przymiocie złośliwym późnym — leczenie swoiste rtęcią i jodkiem potasu nie dawało żadnych rezultatów. Wpływ surowicy uwidocznił się w tym przypadku wkrótce po pierwszym zastrzyknięciu i leczenie swoiste, pomimo swej dotychczasowej bezsilności, doprowadziło przy jednoczesnem stosowaniu surowicy do zupełnego wyleczenia. Zastrzykiwania surowicy, według autora, dokonywać należy co 5—6 dni, w ilości 400—500 gramów. Im odczyn gorączkowy po zastrzyknięciu jest silniejszy i urynowanie obfitsze, tem wynik leczniczy staje się więcej wyraźnym. Ilość zastrzyknięć 4 do 5-ciu wystarcza, ażeby otrzymać możliwy efekt leczniczy. Kiedy zastrzyknięcia przestają wywoływać odczyn, nie działają już więcej na organizm.

H. Uliński.

240. Joseph. Leczenie owrzodzeń goleni za pomocą kruryny (Cru-  
rinum). (Dermatologisches Centralblatt, März, 1900).

Owrzodzenia goleni są cierpieniem tak upartem, że wszelkie leki pomyślnie na przebieg tego upartego cierpienia wpływające, chętnie są zazwyczaj probowane. — Polecana przez autora kruryna jest związkami rodanku bizmutu z chinolem i przedstawia się pod postacią żółto-czerwonego proszku, który w suchym miejscu przechowywać należy.

Przy owrzodzeniach goleni, połączonych z silną bolesnością i obfitą wydzieliną, autor stosuje przez kilka dni okłady z płynu Burowa (roztwór 8% Aluminii acetic), a gdy bolesność i wydzielina zmniejszy się przechodzi do kruryny, którą stosuje albo per se, albo też w połączeniu w równych częściach z pudrem, zwłaszcza że kruryna w pewnych razach wywołuje pieczenie. — Zdaniem autora, wyniki stosowania kruryny są bardzo zachęcające, gdyż owrzodzenia goleni prędko oczyszczają się a, co zatem idzie, gojenie szybkim posuwa się krokiem.

*Edmund Kurella.*

241. H. Fournier. Czy należy leczyć brodawki? (Le Progres  
Méd., № 14, 1900).

W klasycznych podręcznikach chorób skórnych znajdujemy opisanie 2-ch postaci brodawek: zwyczajną i płaską. Z wyjątkiem jednak nielicznych przypadków, widzimy najczęściej współczesny rozwój obu tych form u tegoż chorego. Okoliczność powyższa przemawia za tem, że formy te pochodzą z jednego źródła, jednego zakażenia, pomimo tego, że z punktu widzenia anatomo-patologicznego i klinicznego przedstawiają się czasem różnice.

Podstawą zabiegów leczniczych powinno być zbadanie rozwoju brodawek. Liczne spostrzeżenia wskazują, że tak brodawki płaskie jak i zwyczajne, doszedłszy do pewnej wielkości, zatrzymują się w swym rozwoju, nie sprawiając przytem choremu żadnej dolegliwości, inne znów mają skłonność do rozprzestrzeniania się w ciągu całego szeregu lat bez najmniejszej przerwy.

Znikanie brodawek pod wpływem poddawania myśli (sugestyi), zdaje się nie podlegać wątpliwości. Fakty tego rodzaju spostrzegane były przez Bernheim'a i Pitres'a. W równoznaczny sposób działają i zamawiania, praktykowane pomiędzy ludem prostym, jak również użycie do wewnątrz minimalnych dawek magnezyi, metylenu i wielu innych zupełnie obojętnych środków.

Brodawki mogą zniknąć, jeżeli jedną z nich, największą — matkę, niekiedy i mniejszą, usunąć jakim rękoczynem lub poddać uciskowi. Spostrzeżenia tego rodzaju zostały opublikowane przez Di-

day'a, Brocq'a i Brault'a. Zniszczenie również kwasem azotnym jednej brodawki może wywołać zanik pozostałych.

Niekiedy jednak wszystkie zabiegi lecznicze, nawet długo-trwałe, nie dają oczekiwanego wyniku, a brodawki po pewnym czasie znikają same bez żadnego leczenia.

Objaw powyższy, trudny do wyjaśnienia, zdaje się być zależnym od stanu nerwowego skóry, dotąd niezbadanego.

Znikanie wykwitów liszaja czerwonego płaskiego po miejscowym zastosowaniu kwasu octowego, celem zmniejszenia swędzenia, jak również znikanie tego samego objawu u chorych cierpiących na świerzbiączkę (prurigo) po zastosowaniu opaski tylko na miejsca ograniczone, przedstawiają nam analogiczne zjawiska.

Brodawki mogą również znikać bądź pod wpływem lekkiego obrażenia, bądź pod wpływem zabiegów leczniczych, nietylko miejscowo lecz i ogólnie działających.

Besnier i Brocq spostrzegali znikanie brodawek bez leczenia. Fakt ten powinien być brany w rachubę przy stosowaniu rozmaitych środków leczniczych.

Castel zauważył, że niekiedy brodawka — matka pozostaje, wszystkie zaś inne znikają, ale po pewnym czasie wyrastają napowrót.

W obec wszystkich tych powyższych danych, sprzecznych ze sobą, leczeniu brodawek można by nie przypisywać ważnego znaczenia, gdyby nie ta okoliczność, że są one zaraźliwe, co dziś jest faktem nie ulegającym wątpliwości.

Kaposi odrzucał niegdyś możliwość zarażenia się brodawkami, Besnier jednak, na podstawie faktów klinicznych, bardzo ścisłych spostrzeżeń i wznowionych badań, przyszedł do wniosku wręcz przeciwnego. Nietylko jedna osoba od drugiej może zarazić się brodawkami, ale występują one i drogą samozarażenia.

Payne, rozdrażniając brodawki dziecka, zaszczerpił je sobie pod paznokciem palucha, a po pewnym czasie zaczęło mu się pojawiać coraz więcej brodawek na powierzchni wyprostnej tegoż palca.

Jadasson i Dreysel na kongresie Niem. Dermatol. w r. 1896 pokazywali brodawki na swych rękach, otrzymane drogą szczepienia cząsteczek tego nowotworu. Autor w pracy swej przytacza jeszcze liczne spostrzeżenia innych klinicystów, wskazujące jak łatwo może nastąpić samozarażenie przez rozdrapywanie brodawek u danego osobnika.

Ponieważ fakt zaraźliwości brodawek został ustalony, powinniśmy zatem chorych leczyć bez zwłoki gdyż np. w szkołach nowotwory te mogą łatwo występować u znacznej liczby uczących się.

Należy oszczędzać brodawki i dla tego, że one nietylko niepotrzebnie oszczędzają chorych, ale i mogą być powodem ograniczenia czynności pewnych narządów np. powiek i warg. Jeżeli umiejscowiają się w ich kątach, przypadkowe oderwanie jakiej części brodawki, uderzenie lub przygniecenie może wywołać dotkliwy ból.

Pozostawione bez leczenia brodawki, ulegając częstym podrażnieniom, mogą stać się punktem wyjścia nowotworów złośliwych

np. raka lub miejscem zakażeń np. przymiotem. Ze względów wyżej wymienionych, autor zaleca bardzo niezwłoczne leczenie brodawek, problematycznemu leczeniu przez suggestyę nie przypisuje wielkiego znaczenia.

Leczenie najlepiej jest przeprowadzić stopniowo. Najpierw usuwają się duże brodawki, stojące oddzielnie, następnie średniej wielkości, nakońcu małe.

Usunięcie jednocześnie wszystkich brodawek wskazane jest wtedy, gdy chory chce pozbyć się ich szybko, lub ze względu na ich umiejscowienie.

Rozporządzamy bardzo znaczną liczbą środków miejscowych, którymi możemy zniszczyć brodawki, lecz wycięcie, wyskrobanie, przypalenie pętlicą galwaniczną, zastosowane umiarkowanie w celu uniknięcia blizn, będzie najskuteczniejszym i najprędzej prowadzi dożądanego celu. Należy przytem zwracać uwagę na ogólny stan chorego, jeżeli to będzie osobnik nerwowo, zastosować odpowiednie środki, przedewszystkiem leczenie wodą.

*Przypisek referenta.* Praktykując 9 lat na wsi, spostrzegałem liczne przypadki omawianego cierpienia.

Jakkolwiek zarazek brodawek nie jest znany, możność jednak zarażenia się nimi okazywała się niekiedy bardzo widocznie. Osoby dorosłe i dzieci, dotąd zupełnie zdrowe, dostawały po pewnym czasie brodawek, po przyjęciu służby, obciążonej tem cierpieniem.

Wpływ suggestyi na znikanie brodawek nie da się zaprzeczyć. Widziałem kilkakrotnie, jak osoby z ludu prostego, chcąc pozbyć się oszpecających ich narostów, robiły nacięć na małym krzyżyku z drzewa ile było brodawek na rękę, przedmiot ten później zakopywały w ziemię, — brodawki niekiedy znikają dosyć szybko.

W praktyce prywatnej, oprócz znanych sposobów leczenia, dawały mi częstokroć dobre wyniki i obmywania brodawek 1 do 2 razy dziennie wysokowym roztworem sublimatu w stosunku 1 na 500 lub 1 do 2% roztworem wysokowym kwasu salicylowego.

*J. Woźniechowski.*

## VI. Choroby kobiet i akuszerya.

242. Lingen. **Pelvipерitonitis.** (St. Petersburger medicin. Wochenschrift, № 10, 1900.

Pod względem umiejscowienia, pochodzenia wielkości i przebiegu ropnie miednicy kobiecej odznaczają się wielką różnaitością. Pierwotne ognisko ropy zwykle nie możliwem jest do określenia w tym stanie, w jakim chore zgłaszają się do szpitala, zwykle sprawa ropna zajmuje wtedy bardzo znaczną przestrzeń. Leczenie w tych przypadkach bywa ściśle wyczekujące (łód i środki narkotyczne), a zejście w większości przypadków pomyśle. W ciągu 4-ch lat

autor zastosował leczenie operacyjne w 26 przypadkach: gdy sprawa ropna zajmowała znaczną przestrzeń, przeważnie zaś jamę Duglasa, a wysięk chęlboczający wypukłał tylne sklepienie, wtedy przystępowano do przecięcia. Przypadki operacyjne autor klasyfikuje tak: 13 razy perimetritis suppurativa, 4 — parametritis i 9 peri — parametritis sup. Przyczyny powstania zapaleń nie zawsze można się doszukać. Najważniejsze mikroby są: gonococci Neisseri, stapylococcus aureus et albus, streptococcus pyogenes, bacter. coli commune, bacillus tuberculosis i inne. Początek cierpienia zazwyczaj burzliwy; silna gorączka, bóle w brzuchu i krzyżu, wzdęcie brzucha, ból przy oddawaniu moczu i kału, dreszcze. Wysiłek zapalny zbiera się obok macicy, otoczony bywa zrostami przylegających narządów i opuszcza się do jamy Duglasa, z przodu macicy wysięk zbiera się rzadko. Niekiedy w ogólnej masie wysiękowej udaje się wyczuć z boku macicy guz elastyczny, naprężony — można wtedy podejrzewać pyosalpinx lub rzadziej pyovarium, jako pierwotne ognisko ropne. Na 26 przypadków znalazł autor podobne guzy w 15-u. Ciepłota ciała, zwykle wysoka, spada nieco wówczas, gdy już „ropień dojrzał“, stale zaś spada po otwarciu ropnia. Ropnie jajowodu lub jajnika przedłużają leczenie i podtrzymują ciepłotę tak długo, dopóki ropień nie pęknie sam lub też go się nie otworzy; ten ostatni zabieg niekiedy bywa ryzykownym, ponieważ ropień omawiany leży dosyć wysoko wśród tkanki zmartwiałej.

Cięcie poprzeczne przeprowadzał autor za pomocą noża lub żegadła w tylnym sklepieniu na miejscu największego wypuklenia; leczenie następnie polega na ułatwieniu odpływu ropy i wydzieliny ropnej przez założenie drenu i częste opatrunki.

W 4 przypadkach trzeba było otwierać ropień przez powłoki brzuszne, w 22 więc była colpotomia poster. Średni czas pobytu chorej w szpitalu wynosił dni 56,8. Zejście śmiertelne miał autor w 3 przypadkach: a) pelviporitonitis tuberc. chron., b) septico pyemii z ropniami w płucach i c) pelvi pieritonitis powstała wskutek cierpienia jajnika prawego lub, co prawdopodobniejsze, wskutek apendicitis.

*Wł. Staniszewski.*

243. Heymann (z kliniki Mermanna). O metodzie i wskazaniach do wywoływania przedwczesnego porodu i poronienia. Archiv. f. Gynaecol. 1899. Br. 59 H. 2 (Str. 404 — 516).

Heymann opisuje szczegółowo 107 przypadków, jakie były operowane, w klinice Mermanna w ciągu ostatniego dziesięciolecia.

Zawsze stosowano metodę Krauzego t. j. bougies elastyczne poza ujście wewnętrzne macicy, pozostawiano je na 24 i więcej godzin. Poród następował przecięciowo po 36 godzinach.

Wskazaniami dla wywoływania przedwczesnego porodu lub poronienia służyły:



1. Zwężenie miednicy w granicach do 7,0 conj. vera dla miednic płaskich i 7,5 conj. vera dla miednic ogólnie zwężonych.
2. Nieprawidłowość płodu, jak Hydramnion, Mola, placenta praevia, wywołujące obfite krwotoki.
3. Choroby macicy jak retroversio uteri gravidi cum incarcerationatione.
4. Choroby ogólne zagrażające życiu matki podczas ciąży: zapalenie nerek, drgawki porodowe, wady serca, wole wywołujące silne ataki duszności.

Za czas najodpowiedniejszy dla wywoływania przedwczesnego porodu ze względu na życie dziecka uważać należy 36 tydzień; można wywoływać poród w 34 i 35 tygodniu z nadzieją utrzymania dziecka przy życiu ale należy rachować na to, jak operujemy przed 33 tygodniem ciąży. Śmiertelność dzieci przy przedwczesnym porodzie, wywołanym przy zwężeniach miednicy wynosiła 64,3%. — Śmiertelność matek około 8%.

*Grzankowski.*

## VII. Choroby gardła, uszu i nosa.

244. Arslan. O związku wyrosli adenoidalnych z zaburzeniami ocznemi. (Rapporto delle vegetazioni adenoidi colle affezioni oculari). Arch. ital. di otol. rinol. e laring. 1900—4 F.

Związek chorób nosa z zaburzeniami ocznemi znany jest od dość dawna. Ze spraw chorobowych jam nosowych przedewszystkiem błonica, oraz ozena warunkują zaburzenia oczne. Prócz tego i zaburzenia w przewodzie łzowym bardzo często (95—97%—Keller) znajdują się w związku ze zmianami w nosie.

Odnosnie do tego związku istnieje wiele hipotez, z których najważniejsze są: odruchowa, naczyniowa, zakaźna, wreszcie istnieją jeszcze 2: podrażnienie rozgałęzień nerwowych, oraz zolzy. Hipotezy te oparte są na stosunkach anatomicznych, istniejących między jamami nosowymi z jednej oraz oczami z drugiej strony.

Odnosnie jednak do związku cierpienia jamy noso-gardzielowej wzgl. wyrosli adenoidalnych z zaburzeniami ocznemi, posiadamy mało danych. Autor wyrosłom tym przypisuje znaczenie pierwszorzędne w powstawaniu zaburzeń ocznych. Dowodzenie to opiera na podstawie 16 odnośnych przypadków. Wszystkie dotyczyły małych dzieci; w 11 przyp. istniało: kerato-conjunctivitis z owrzodzeniami rogówki; w 2 zaś kerato-conjunctivitis cum panno corneali; w 1 przyp. dacryocystitis; w 2 — blepharo-conjunctivitis wreszcie w 1 przyp. trachoma. W wielu z tych przypadków leczenie cierpienia ocznego było już bez skutku stosowane. We wszystkich przypadkach usunięto drogą operacyjną wyrosła adenoidalne.

Z tych w 12 wynik był pomyślny t. j. zaburzenia oczne ustąpiły zupełnie; w niektórych przypadkach efekt był wprost zdumiewający, z pozostałych 4 — w 3 przyp. była znaczna poprawa, a tylko w jednym (trachoma) nie było żadnego efektu.

*Jan Sędziak.*

245. Pritchard. **Oczyszczanie odkażające przewodu usznego i części sąsiednich** — zarówno w celach operacyjnych, jakoteż dla leczenia przewlekłego ropienia ucha środkowego (Antiseptic purification of the meatus and adjacent parts: both for operations and as a treatment in chronic middle ear suppuration). four. af taz vhin. and otol 1900 № 3.

Autor, znany specjalista chorób usznych w Londynie od wielu lat stosuje oczyszczenia odkażające w chorobach wzgl. operacjach usznych — mianowicie 1) w przypadkach nie ropiejących, a więc np. przy usuwaniu zrostów, exostoses, przy wykonywaniu paracentezy etc.

W tych razach autor postępuje w sposób następujący: na godzinę przed operacją przewód zewnętrzny dokładnie się przestrzykuje roztworem kwasu karbolowego (1:40), następnie zaś wyciera roztworem 1:20. Również i cała muszla uszna dokładnie się wyciera 5% kwasem karbolowym. Sam przewód uszny wypełnia się następnie gazą (cyanidle gaze), zwilżoną również w roztwornie 1:20. lub 1:40. Taką gazą pokrywa się i muszlę uszną. Po operacji zarówno przewód jak i muszla uszna również pokrywają się gazą, przyczem pierwszy opatrunek następuje dopiero po 48 godzinach.

2) W przypadkach z istniejącym już ropieniem przed wykonaniem zabiegów operacyjnych (usuwanie polipów, lub ziarniny, kosteczek słuchowych i t. p.) autor zaleca już na tydzień przedtem przestrzykiwać ucho wzgl. uszy (przy obustronnem zajęciu) roztworem kwasu karbolowego (1:40) raz, lub dwa dziennie. Takie przestrzykiwania odkażające stosują się podczas i po operacji.

Niekiedy np. w przypadkach próchnień (caries) autor jeszcze dodatkowo wypełnia przewód uszny gazą, zwilżoną w roztwornie 1:20, oraz posypaną jodoformem. W tych razach zmiana opatrunku powinna się dokonywać częściej, mianowicie — już po 24 godzinach.

Leczenie podobne stosuje autor też 3) w ropieniach usznych przewlekłych. I tu po uprzednim dokładnem przestrzyknięciu 2½% roztworem kwasu karbolowego wprowadza on do przewodu usznego gazę, zmaczaną w 5% roztwornie kwasu karbolowego, w obfitych zaś ropieniach jeszcze posypaną jodoformem. Tampon taki, wprowadzony możliwie głęboko, pokrywa się mniejszym, a to w tym celu, ażeby w razie wyjęcia przez chorego jednego tamponu, drugi pozostał na miejscu. Gaza powinna być zmieniana raz na dzień,

lub co 2-gi lub 3-ci dzień. Nawet w razie ustąpienia ropienia, co zdaniem autora, bardzo szybko następuje w tego rodzaju leczeniu, radzi on jeszcze pozostawiać gazę na 10 dni do 2 tygodni.

*Jan Sędziak.*

246. F. Neuman. **O szprycowaniu jam nosowych.** (Ueber die Nasendonche und deren Ersatz). St. Petetersb. medicinische Wochenschrift. № 14. 1900.

Pod nazwą „szprycowania nosa“ autor rozumie przemywania jam nosowych za pomocą powszechnie znanego, t. zw. douche Weber'a, przemywania za pomocą szprycy, pompki wreszcie przez wciąganie płynów do nosa.

Mając na uwadze fizyologiczne właściwości normalnej błony śluzowej nosa (kierunek ruchu migawek nabłonka migawkowego, bakteryobójczą siłę wydzieliny błony śluzowej), autor uważa wszelkie przemywania nosa za bezcelowe, a nawet są one z wielu względów w wysokim stopniu szkodliwe.

Przedewszystkiem w wielu razach jamy nosowe są tak zwężone przez obrzmiałą w stanie kataralnym błonę śluzową, że płyny nie mogą przez nie swobodnie przechodzić. Usuwanie śluzu za pomocą szprycowań nie może być osiągnięte w wielu razach, gdyż często należałoby przepuszczać strumień bardzo silny i przez czas dłuższy, na co nie zgadzają się nawet na zagorzalsi zwolennicy przemywań, aby w zupełności usunąć przylegający do błony lepki śluz

Przez przemywanie błona śluzowa przepaja się płynami (imbitio, na co pierwszy zwrócił uwagę Bresgen.

Błona śluzowa nosa nie jest obojętną na zwykłą wodę (Aronsohn), tylko fizyologiczny roztwór soli kuchennej, 1,46% roztwór sodu i 2,92% roztwór natrii sulphurici są dobrze znoszone; mniej lub więcej nasycone roztwory są szkodliwe. Temperatura płynów również nie pozostaje bez znaczenia.

Woda, podług Lichtwiza, niszczy błonę śluzową, działając na jej nabłonek i zakończenia nerwów, przez co bakteryobójcza siła wydzieliny zmniejsza się, a nawet niknie. Po szprycowaniach występuje często anosmia i bóle głowy, co tłumaczy się wnikaniem płynów do jam bocznych nosa i podrażnieniem błony śluzowej.

Największą jednak szkodę wyrządzają chorym szprycowania nosa, jeżeli płyn dostanie się do trąbki Eustachiusza i jamy bębenkowej. W tych razach bowiem działa nie tylko sam płyn, lecz i znajdujące się w nim, wprowadzone z jamy nosowej pasorzyty. Stąd też i częste ropne zapalenia jamy bębenkowej bywają następstwem szprycowań nosa. Autor od lat 12 zaniechał szprycowań nosa.

Natomiast w leczeniu przewlekłego i ostrego nieżyty nosa stosuje on maści dezynfekujące lub mentol, rozpuszczony w oleju ku

wazelinowym czy też w płynnej parafinie. Rozpuszczony 2% mentkol używa się albo w postaci wlewań po kilka kropel do jam nosowych albo też przepajając nim tamponiki z waty.

*Logucki.*

### VIII. Choroby oczu.

247. Prof. H. Truc i Dr. Ch. Cauvin. Operacja wycięcia tęczówki oka w jaskrze przewlekłej niezapalnej. Kilka wyników w przypadkach dłużej obserwowanych. (De l'iridectomie dans le glaucome chronique simple. Quelques résultats éloignés. Archives d'ophtalmologie. 1900 T. XX. № 1.

Z pomiędzy operacyj, dokonywanych na oczach, dotkniętych jaskrą przewlekłą niezapalną, tylko iridectomia i sclerotomia zasłużyły sobie na naszą uwagę. Odnośnie do sclerotomii zaznaczyć jeszcze wypada, że rezultaty tej operacji nie są trwałe; dowodzą tego poszukiwania doświadczalne Schoelera, badania histologiczne Schnabla i Rochon-Duvigneanda, wreszcie nawet spostrzeżenia kliniczne, które przekonywają nas w dostatecznej mierze, że blizna po sclerotomii nie jest blizną filtrującą. Pomimo to przyznać musimy, że sclerotomia jest operacją dobrą, lecz wskazania do niej są nne, aniżeli do iridectomii. Przedewszystkiem sclerotomia wskazaną jest jako operacja przygotowawcza do iridectomii w jaskrze o wysokiem ciśnieniu wewnątrzgałkowym, u pacjentów bardzo wrażliwych i niecierpliwych, jak również jako zabieg paliatywny, w jaskrze bezwzględnej bolesnej. We wszystkich innych przypadkach jaskry przewlekłej wskazaną jest jedynie iridectomia. Wycięcie tęczówki jako zabieg operacyjny przeciwko utracie wzroku w następstwie jaskry przewlekłej niezapalnej, przedstawia *maximum* gwarancyi w znaczeniu zachowania wzroku na przyszłość, ponieważ wynik tej operacji jest zawsze długotrwały.

Względnie do techniki operacyjnej trzeba zauważyć, że iridectomia, stosowana w jaskrze, winna być szeroką (Graefe) i peryferyczną; cięcie należy przeprowadzać bardzo wolno, ażeby ciecz z przedniej komórki oka wypływała spokojnie i ciśnienie wewnątrzgałkowe opadało stopniowo; dlatego też lepiej robić operacje nożem kataraktalnym Graefego, aniżeli lancą; wycięcie tęczówki winno być dokładne. Odnośnie do czasu, w którym najlepiej przystąpić do operacji, pożądanem byłoby, ażeby wycięcie tęczówki w jaskrze chronicznej niezapalnej stosowane być mogło jaknajwcześniej. Cenne wskazówki, dotyczące rokowania po iridectomii, otrzymujemy, zawdzięczając środkiem, zwężającym źrenicę resp. zmniejszającym ciśnienie wewnątrzgałkowe (myotica). Jeżeli po kilkakrotnem wpuszczeniu do oka kropel (Pilocarpini nitrici 0,10; Eserini

salicylici, 0,05; Cocaini hydrochlorici 0,01; Aquae destillatae 5,00) po upływie 2 — 3 dni, siła widzenia powiększy się i pole widzenia rozszerzy się, to można być pewnym, że rezultat operacji wycięcia tęczówki będzie pomyślny.

Kierując się powyżej przytoczonymi względami, prof. Truc i dr. Cauvin oddawna stosowali iridectomię w jaskrze przewlekłej niezapalnej i, w ogóle mówiąc, byli zadowoleni z wyników swych zabiegów. Lecz w roku 1896 zjawiała się praca Schoena, w której pomieniony autor wyraził szereg powątpiewań co do skuteczności operacji i wycięcia tęczówki w leczeniu jaskry niezapalnej, opierając się na braku obserwacyj, sięgających dłuższego czasu i braku statystycznych danych.

Celem więc niniejszej pracy Truc'a i Cauvin'a jest — prócz wyrażenia swych zapatrywań na kwestyę leczenia operacyjnego jaskry chronicznej niezapalnej — zestawienie danych cyfrowych, zaczerpniętych z różnych źródeł i opisanie przypadków, obserwowanych dłuższy czas po dokonaniu operacji wycięcia tęczówki. Z szeregu przytoczonych tu tablic statystycznych wyjmujemy dla streszczenia jedną (Sidler - Huguenin), zawierającą 36 chorych na jaskrę niezapalną, którzy poddali się operacji iridectomii; z pomiędzy nich 20 zachowało wzrok w dobrym stanie.

Przechodząc do uwzględnianych przez autorów obserwacyj, sięgających stosunkowo bardzo odległych czasów, przytaczam przypadek dr. Wagnera z Odessy, komunikowany na zjeździe w Moskiewie w r. 1897, z którego dowiadujemy się, że wspomniany lekarz 21 lat temu poddał się operacji wycięcia tęczówki z powodu jaskry przewlekłej niezapalnej i od tej pory cieszy się znakomitym wzrokiem.

W końcu pracy zostały przytoczone własne przypadki autorów w liczbie 14. Czas obserwacji od 6 miesięcy do 3 lat. Wynik operacji w 12-stu przypadkach zadawalniający, w 1-ym (I) mierny i w 1-ym (XII) bardzo dobry.

*W. Garliński.*

248. Donald Gunn. Niedrożność przewodów łzowych u młodzieży. The Ophthalmic Review. Februar, 1900.

Zaburzenia w drogach łzowych (worek łzowy i przewód nosolzowy) najpospoliciej wybuchają po 45-ym roku życia (i to szczególnie u kobiet), dosyć też często wydarzają się u noworodków oraz u dzieci. O ile u osób dorosłych stwierdzenie istotnej przyczyny tych zaburzeń nieraz nie udaje się, o tyle u młodzieży dosyć łatwo wykazać źródło tej sprawy chorobowej.

Autor kreśli 18 historii chorób dróg łzowych u dzieci, dzieląc cały swój materiał na dwie grupy, a każdą grupę na dwa poddziały. Pierwsza obejmuje przypadki, w których choroba istniała w chwili przyjścia dziecka na świat lub też wkrótce potem rozwi-

nęła się; zawiera przypadki, w których przewód łzowy oczywiście przy porodzie lub przedtem już był zatkany albo przez fałdy błony śluzowej u dolnego wylotu, albo z powodu wadliwego ustawienia chrząstek nosowych oraz muszli, albo też przez układy chrząstkowe, istniejące za życia płodowego, a znikające potem — przypadki, kiedy nieraz już uprzednio rozwinęło się rozszerzenie przewodu łzowego, rodzaj mucocèle, wywołane przez wydzielinę nagromadzoną w okresie życia płodowego. Prawdziwy ropień powstaje dopiero wtórnie, po przyjściu dziecka na świat, przez zakażenie z zewnątrz. Sondowanie szybko ulecza tych chorych. Drugi poddział pierwszej grupy zawiera przypadki, w których objawy chorobowe wybuchają dopiero po urodzeniu, zwykle powikłane, a prawdopodobnie wywołane przez sprawy zapalne łącznicy, co do pochodzenia wrodzonego tych spraw nasuwają się wątpliwości — nie spotyka się tu rozszerzenia przewodu łzowego — obejść się też można bez stosowania zgłębników a poprzestać na wkrapianiu roztworów siarczanu cynku. Druga grupa zawiera przypadki, dotyczące młodzieży dorastającej, u której zaburzenia łzowe powstają wskutek kily (często towarzyszy im zapalenie mięszsowe rogówki) lub też wskutek gruźlicy nosa albo oczodołu. Autor opiera się na materyale klinicznym gdyż nie miał możności do przeprowadzenia badań anatomicznych w tym kierunku, wskazuje natomiast na najnowszą pracę Rochon-Duvigneaud'a (Arch. d'Opht. Febr. 1899), który wykazał na preparatach, że często u płodów oraz u noworodków dolny wylot przewodu noso-łzowego w zupełności bywa zamknięty.

*Bronisław Ziemiński.*

---

249. L. Weiss (Heidelber) i Dr. Klingehöffer. Jaką wartość ma Röntgenografia dla stwierdzenia obecności ciał obcych we wnętrzu gałki ocznej? („Welchen Werth hat die Röntgen-Photographie für den Nachweis von Fremdkörpern im Augenninnern“? Archiv für Augenheilkunde. Band XXXIX, Heft 4).

---

W pracy niniejszej zebrany cały zasób dotychczasowych wiadomości, tyczących się stosowania fotografii Röntgena w celu wysłedzenia ciał obcych w oku. Wartość tej metody została przez autorów zbadaną na 12 własnych spostrzeżeniach. Siedm razy udało się stwierdzić obecność nawet bardzo drobnych ciał obcych. Przytem zaznaczyć należy, że w jednym i tym samym przypadku przy kilku zdjęciach raz otrzymywano dodatni, a innym razem ujemny wynik. W czterech przypadkach pomimo wielokrotnie nawet robionych zdjęć fotograficznych nie można było za pomocą promieni Röntgena wykazać ciała obcego, tymczasem w jednym z tych przypadków obecność ciała obcego była zupełnie pewna, gdyż stwierdzona wziernikiem, a w drugim bardzo prawdopodobna, a zaledwie w dwóch tylko przypadkach wątpliwa. W ostatnim przypadku otrzymany

skiagram wzniecił podejrzenie, że w oku tkwi ciało obce, po wy-luszczeniu zaś gałki nie znaleziono w niej takowego. Z otrzymane-go obrazu bynajmniej nie można wnioskować, ani o postaci, ani o wielkości ciała obcego. Przy różnych zdjęciach można we wręcz odmiennych kierunkach oznaczać umiejscowienie ciała obcego.

Poważny zarzut da się uczynić autorom, że nie przeprowadza-no w tych przypadkach badania za pomocą sideroskopu, gdyż nie-które z opisanych tu przypadków dobitnie dowodzą, jak nieodzownym środkiem rozpoznawczym jest ten przyrząd.

*Bronisław Wagner.*

250. M Mohr. Powikłania ze strony przyrządu wzrokowego w na-stępstwie influenzy. (Wiener med. Rudschau, № 3, 1900).

Pierwsze luźne spostrzeżenia, odnoszące się do powikłań influ-enzy ze strony narządu wzroku robiono w roku 1743 podczas epi-demii grypy w Anglii, następnie tamże w latach 1757, 1758 i 1762. Od roku zaś 1889 i 1890, kiedy influenza grasowała w całej Euro-pie, poczęły dopiero zjawiać się prace poważniej nieco traktujące i uwzględniające oddzielne postaci chorobowe oczu, będące w związku z influenzą. Szereg spostrzeżeń z każdym rokiem staje się ob-fitszym. Najczęściej w związku z przebytyą influenżą zdarzają się roz-maite formy zapaleń łącznicy, począwszy od zwykłego przekrwienia teźże a skończywszy na zapaleniu błonicowem.

Cierpienia rogówki są względnie rzadkie. W roku 1889 Hans Adler opisał jako następstwo influenzy keratitis centralis subepite-lialis, też samą postać, mającą także same pochodzenie, opisali v. Reusse pod postacią keratitis maculosa i Fuchs pod postacią ke-ratitis punctata superficialis. Dalej wskazują na herpes febrilis na powiekach i rogówce jako następstwo influenzy, keratitis dendritica (Horner, Fuchs), keratitis phlyctenularis marginalis (Hosch) keratitis suppurativa (Adler, Eversbusch, Rampoldi, Coppez, Eperon Lindner), keratitis purenchymatosa zawsze jednostronnie (Adler, Pflüger, Hil-pert, Schmidt-Rimpler), eczema rogówki. Gazis widział kilka przy-padków zapaleń twardówki (episcleritis).

W influenzy jako chorobie infekcyjnej, cierpią organy obficie unaczyniowe w tej liczbie i system naczyniowy oka — tęczówka i nac-zyniówka. Podają przypadki iritis plastica, serosa, purulenta, iri-do-chorioiditis, irido-cyclitis, chorioretinitis, hyolitis, panophtalmi-tis i glaucoma. Adler, Pflüger, Rampoldi, Schmidt, Rimpler, Eperon, Knies, Badol, Lagneur, Gillet i inni jako cierpienia będące następ-stwem influenzy.

Takież same istnieją spostrzeżenia co do siatkówki i nerwu wzrokowego: krwotoki siatkówki, odklejenie, zator tętnicy środkowe, siatkówki, opisują Gillet de Grandmou, Rampoldi, Gałęzowski, Horch Copper, Greeff. Dujardin, przypadki neuro-retinitis, neuritis retro-

bulbaris, zaniku nerwu wzrokowego Pfeüger, Hillemanns, Uthhoff, Braunstein, Stoever.

Przytaczają spostrzeżenia porażen mięśni ocznych (Mohr), zapalen otoczki Tenona, worka łzowego (Wicherkiewicz) gruczołu łzowego (Lindner) a nawet zmętnienia soczewki (Schmidt-Rimpler) wszystko jako następstwa przebytej grypy.

Żadne z powyżej wymienionych cierpień oka nie jest objawem grypy, jednakże dzięki licznym a sumiennym spostrzeżeniom związek między nimi a wyżej wzmiankowaną infekcją nie ulega najmniejszej wątpliwości, na korzyść czego zresztą przemawia rozwój przebieg i leczenie każdego poszczególnego powikłania ze strony przyrzędu wzroku. Za wyjątkiem nielicznych przypadków zwykle te cierpienia dają się usunąć, nie pozostawiając śladów.

*S. Cetnarowicz.*

## IX. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

251. **Phototherapie Finsena**, leczenie zogniskowanymi chemicznymi promieniami świetlnymi bywa stosowane w miejscowych pasorzytniczych chorobach skórnych. W niektórych przypadkach bierze się także pod uwagę i własność światła wywoływania zapalenia. Bakteryobójcze działanie światła zależy wyłącznie od niebieskich, fioletowych i ultrafioletowych promieni, szczególnie zaś od tych ostatnich. Promienie świetlne, które zabijają drobnoustroje, wywołują również zapalenie skóry. Dla celów leczniczych powinno światło jaknajwięcej zawierać promieni niebieskich, fioletowych i ultrafioletowych i jaknajmniej promieni ciepłikowych. W oświetlonych częściach skóry wywołuje się ischaemia trzeba się natomiast wystrzegać spalenia. — Zogniskowanie słonecznych, lub też elektrycznych promieni tęczy, otrzymuje się za pomocą odpowiednich aparatów, które jednocześnie oziębiają światło. Pomimo tego jest ono jeszcze za ciepłe, aby mogło być skierowane na skórę bez szkody. Ponieważ dalsze oziębianie światła nie może mieć miejsca zzewnątrz, trzeba zatem oziębiać skórę. Otrzymuje się to za pomocą małego przyrzędu, zamkniętego z obydwóch stron płytkami z kryształu górskiego i napełnionego zimną wodą bieżącą przyrząd ten ma za zadanie wywoływać bezkrawistość skóry. Po seansie skóra jest czerwona i obrzęknięta. Zapalenie to powiększa się nieraz potem, tworzą się bąble, do zmarnienia skóry nigdy nie dochodzi. Leczenie to wskazanem jest w tych przypadkach, gdy choroba jest powierzchowną, miejscową i pochodzenia pasorzytniczego.

*H. K.*

252. **Badanie moczu w chorobach żołądka.** Friedberger badał mocz w rozmaitych chorobach żołądka na kwaśności i zawartość fermentu, wyniki były wogóle ujemne, na zasadzie określenia kwaśności nie



można wnioskować o kwaśności soku żołądkowego, zmniejszenie zaś fermentu jest nieco wyraźniejsze w razie takiegoż objawu w soku żołądkowym.

(D. A. f. kl. Med., 65, 5 i 6).

J. Z.

253. S. Talma proponuje następujące postępowanie w celu badania siły wydzielniczej żołądka. Wprowadza, mianowicie, do żołądka, uprzednio dokładnie wypłukanego roztwór zobojętniony 3 grm. ekstraktu Liebiga w 1 litrze wody. Po godzinie bada zawartość żołądka, określa kwaśności ew. HCl zapomocą fenoltaleiny. Ekstrakt nie podlega fermentacyom, w zawartości więc niema produktów ubocznych.

(Aerl. klin. Woch., 19).

J. Z.

254. Marage utrzymuje, że **pharyngitis granulosa** jest tylko miejscowym objawem **arthritis urica** i wskutek tego zaleca leczenie ogólne, aby zapobiedz nawrotom.

(Wien. Med. Woch.).

H. K.

255. Viollet utrzymuje, że **lasecznik gruźliczy** zachowuje się w śluzie nosowym w ciągu dni 39 w pełnej sile i żywotności, tak że niekiedy bakteryobójcza własność śluzu względem danego lasecznika może być osłabioną.

(Wien. Med. Woch.).

H. K.

256. Dr. Th. Fuchs z Wiednia opisuje przypadek **kolki wątrobowej nerwowej**, która tak ludzaco naśladowała kolkę wskutek kamicy, że przystąpiono nawet do operacyi, aby usunąć kamienie żółciowe. Po otwarciu jamy brzusznej, pęcherzyk żółciowy okazał się próżnym. W przypadkach kolki wątrobianej bez żółtaczki trzeba zawsze mieć na uwadze wyżej wspomniane cierpienie.

(Wien. Med. Pr., № 14, 1900).

H. K.

## X. Wiadomości terapeutyczne.

— 257. (*hk*) **Acidum chinicum** ( $C_7H_{12}O_6$ ).

Jest to biały proszek, krystaliczny, rozpuszczający się w wodzie, topi się przy  $161^{\circ} C$ . — W kwestyi zachowania się kwasu chinowego w ustroju ludzkim przeprowadzał w roku zeszłym badania J. Weiss (Berl. Kl. Woch., № 14) i wyprowadził wnioski, że kwas ten przy podawaniu do we-

wnątrz wywołuje wyraźne obniżenie wytwarzania się kwasu moczowego. Środek ten ma tę ważną zaletę, że nie wywołuje działania ubocznego. Najodpowiedniejszą dla celów leczniczych okazała się mieszanina kwasu chinowego z lityną, która wzmacnia działanie lecznicze tego preparatu. Zapisuje się następującą formułę.

Rp. Acid. chinic. 0.5

Lithii citric. 0.15

Sacchar. albi 0.3

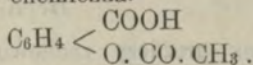
Mf. trochisci Dtdos № 50.

S. Od 6—10 sztuk na dzień.

Tabletki te noszą w handlu nazwę „Urosin“. Neumann (Berl. kl. Woch., 1899) leczył niemi szereg chorych na dnę i otrzymał bardzo zadawalniające wyniki.

— 258. (*hk*) **Aspirina.**

Aspirina jest połączeniem salicylu z kwasem octowym, formuła chemiczna:



Preparat ten przedstawia się pod postacią igiełek krystalicznych, barwy białej, w wodzie rozpuszcza się trudno, łatwiej natomiast w wyskoku, eterze i t. d. Topi się przy 135° C. Od kwasu salicylowego odróżnia się tem, że po dodaniu rozcieńczonego roztworu chlorku żelaza nie daje zabarwienia niebieskiego. — Aspirynę stosuje się zamiast kwasu salicylowego i salicylanu sodu, ponieważ nie drażni ona błony śluzowej żołądka. W kwaśnym soku żółtkowym podlega ona trudno rozszczepieniu i dopiero w zasadowym soku kiszkiowym, we krwi i w sokach tkankowych rozkładowi podlegają. Wielu autorów, jak K. Wittnauer, Wolhemuth, L. Lengyel, Ketly i Floeckinger, wypróbowali aspirynę u łóżka chorego i wykazali, że działa ona bardzo dodatnio w goście stawowym i mięśniowym, a także w dniu, zmniejszając gorączkę, bóle i obrzmienia stawów, i nie wywołując przy tem ubocznego działania kwasu salicylowego i soli jego sodowej. Wolffberg stoso-

wał aspirynę przeciwko bólom w niektórych chorobach oczów: episcleritis, jaskra, zapalenie tęczówki. W przypadkach bólów newralgicznych i w pleurodynii, okazała się bezskuteczną. Aspirynę podaje się po 1.0 od 3 — 4 dziennie w wodzie ocukrzanej.

— 258. (*jz*) **Alopecia.**

Gessner zaleca w alopecia następującą maść:

Sulfur. pracip. 5.0—10.0

Resorcin. 2.5—5.0

Acidi salicyl. 1.5—3.0

Flor. benzoës 2.0

Vaselín. ad 100.0.

Mtung.

(France méd., 22).

— 260. (*kd*) **Antyseptyczne płukania.**

Tidedey używa jako antisepticum do płukania ust i gardła w odrze następującego płynu:

Thymoli 0.015

Ac. carbolici 5.0

Aq. destill. 1000.0.

z bardzo dobrymi wynikami.

(Ann. de méd. inf., № 9, 1900).

— 261. (*jz*) **Jodum.**

A. Elsb erg z New-Yorku wprowadził dla użytku zewnętrznego 20% roztwór jodu w równych częściach wyskoku i eteru; nigdy przy stosowaniu nie widział działania ubocznego, wystarcza zazwyczaj jednorazowe pędzlowanie dla osiągnięcia skutku.

(M. m. W., 19).

— 262. (*jz*) **Nectrianinum w raku.**

Bra i Mongour podają wyniki, otrzymane przy leczeniu raka za pomocą płynnego preparatu, który nazywają nectrianinum. U ludzi i zwierząt już po wstrzyknięciu pod skórę 5 cm sz. preparatu

w razie istnienia raka występuje odczyn ogólny, u zdrowych natomiast żadnego odczynu nie bywa. Stosowali ten środek w przypadku nieoperacyjnym raka macicy, w raku żołądka, w epiteliomacie twarzy. Jako wynik podają zmniejszenie lub zupełne zniknięcie krwawień i wypływu ropnego, powstrzymania nowotworu w rozwoju, zanik nawet. Polepszenie to trwa dotąd, dopóki środek jest stosowany, ale jest tylko miejscowe, na stan ogólny środek wpływu nie wywierał. Dlatego też zalecać go można jako środek miejscowo działający i znieczulający w odpowiednich przypadkach.

(M. M. W., 12, 1900).

— 263. (*kd*) **Otitis media.**

Theobald znalazł środek poronny przeciwko ostremu zapaleniu ucha środkowego przy grypie. — Przy pierwszych objawach zapalenia wpuszcza do ucha 3—4 razy dziennie po 8 kropeł następującego lekarstwa:

Rp. Atropini sulfurici 0.06  
Cocaini muriatici 0.12  
Aq. destill. 7.20  
MDS.,

poczem następuje często poprawa. Jeżeli zaś objawy zapalne pozostają, natenczas trzeba robić przekłucie bębienka w tylnej części, a następnie stosować 2—3 razy dziennie przemywania ucha przeciwnym roztworem.

(Laryngoscope, 5, 1899).

— 264. (*jz*) **Pruritus.**

Levedde stosuje w pruritus salicyl metylat.

Rp. Salicyl. methylat. 2.0  
Zinci oxydat.  
Vaselin. 20.0  
Mf. Pasta.

(M. m. W., 20).

— 265. (*jz*) **Tussis convulsiva.**

Hintner zaleca w krztuścu heroine:

Rp. Heroin 0.03--0.5  
Aq. laurocerasi 10.0  
Acid. hydrochl. q. s. ad sol.  
DS. 2 razy dziennie po

10—15 kropeł.

(M. m. W., 20).

## XI. BIBLIOGRAFIA.

*D-r. Pierre Janet: Nevroses et idées fixes.* I-sza serya, tom in 8<sup>o</sup>, 490 str.  
Prof. Raymond i Dr. P. Janet: II-ga serya, tom in 8<sup>o</sup>, str. 550, 1898 r. u Alcana. (Travaux du laboratoire de psychologie de la Clinique à la Salpêtrière).

W 1-ym tomie dr. P. Janet, dyrektor laboratorium psychologicznego kliniki chorób nerwowych w Salpêtrière, podaje wyniki swych badań doświadczalnych za pomocą metody hypnotycznej w kilkunastu przypadkach częściowo naruszonej równowagi umysłowej na tle hysterycznym i psychastenicznym. Określenie *idée fixe* pojmuje autor w bardzo szerokim zakresie, stosując je nie tylko do zjawisk natury czysto intelektualnej, lecz i do stanów wzrusze-

niowych trwałych, stanów osobowości niezmiennych, słowem do wszelkich stanów psychologicznych chorobliwych, których wspólną cechą jest, iż raz wytworzone trwają uporeczywie, nie mając zdolności do skutecznego przystosowywania się do zmiennych warunków środowiska. Chcąc je zmodyfikować, stosuje autor w odnośnych przypadkach metodę hypnotyczną i podaje wyczerpującą analizę zarówno psychologii patologicznej danego przypadku, jak modyfikacji spowodowanych przez hypnotyzm. W ten sposób zbadane są wyczerpująco poszczególne przypadki zaburzeń woli, uwagi, pamięci, dalej właściwe idées fixes, ich charaktery i prawa rozwoju, specjalne przypadki zaburzeń czucia, ruchu i czynności fizyologicznej w zależności od idées fixes, przykurzenia i porażenia mięśni tułowia u hysterika, przypadek bezsenności, zależnej od idée fixe podświadomej i t. d.

Autor nie ogranicza się przedstawieniem jakiegoś pojedynczego epizodu danego przypadku, lecz w tej seryi badań kreśli całkowitą historię przebiegu choroby i modyfikacji w niej zachodzących pod wpływem stosowania hypnotyzmu, dążących do sprowadzenia równowagi psychicznej. Wychodząc przytem z zasady, że choćby częściowe zboczenie równowagi psychicznej jest zawsze przyczyną lub skutkiem zboczenia działalności całego umysłu, w analizie swej obejmuje zawsze całość indywidualizmu psychologicznego.

Tym, którzy tolerują hypnotyzm, jako środek doraźnego uśmierzania jakiegoś pojedynczego objawu psychopatycznego w przypadkach najczęściej zawikłanych i zastarzałych, doradzamy uważne odczytanie tego tomu.

Chcąc uniknąć zarzutu, który w swoim czasie spotkał Charcota, że doświadczenia hypnotyczne, dokonywane przez czas dłuższy na jednym osobniku w warunkach jednostajnych środowiska, mogą dawać wyniki sztuczne w skutku wzajemnego suggestyjonowania się badanego osobnika i operatora, Janet wespół z prof. Raymondem wydali wślad za pierwszą drugą seryę spostrzeżeń odmiennych, bo obejmującą 152 przypadki, odnoszące się do chorych przychodnich, przybywających z różnych stron i warunków na poradę do ambulatoryum kliniki i pozostających pod wpływem operatora możliwie krótko.

Rozklasyfikowanie w opisie tego rodzaju przypadków przedstawiało, jako rzecz nową co do założenia, niemałe trudności. Pokonano je jednak szczęśliwie, trzymając się podstaw psychologicznych i zasady Charcota, aby na początek opisywać przypadki najprostsze, przechodząc stopniowo do bardziej zawikłanych.

Część 1-sza tej seryi obejmuje charakterystykę 75 przypadków *zaburzeń psychicznych*. Spotykamy tu kolejno według słownictwa francuskiego: Confusion mentale (primitive, secondaire, périodique), aboulie (primitive, consecutive, périodique), délires coenesthésiques (czyli zaburzenia osobowości), délires émotifs (systématisé, permanent, généralisé), obsessions et impulsions, ataki snu, somnambulizmy, ucieczki i t. d.

Część 2-ga tej seryi obejmuje 77 przypadków *zaburzeń somatycznych* czucia, ruchu (drzeń, płasawicy, tic'ów, porażen, przykur-

czeń), zaburzeń mowy, skureczów trzewiowych, zaburzeń naczyńioruchomych i troficzných.

Z przeglądu tych przypadków okazuje się, że zaburzenia psychologiczne uwagi, woli, wyobrażeń, a zwłaszcza uczuć grają częściej, niżby się zdawać mogło, ważną rolę w powstawaniu cierpień na pozór czysto cielesnych, na które się skarżą chorzy.

Każdy fachowy czytelnik tego tomu spotka w nim materiał, mogący rozszerzyć zakres jego wiedzy medycznej.

*Rzeczniowski.*

\* \* \*

**Elemente der pathologisch — anatomischen Diagnose.** Anleitug zur rationalen anatomischen Analyse von dr. *Oskar Izrael*. Zweite Auflage. Berlin, 1900, str. 132, Cena mr. 3.

Do najtrudniejszych chyba działów nauk lekarskich zaliczyć trzeba diagnostykę anatomo-patologiczną. Autor jako wytrawny anatomo-patolog, pojmując doskonale jakie trudności rzecz ta szczególnie dla początkujących lekarzy przedstawia, dał nam krótki podręcznik, który wstępem do anatomii patologicznej nazwać by można. Autor przyucza czytelnika do systematycznej racjonalnej analizy, obznajmia go ze zmianami patologicznymi z ich cechami i naturą, analizuje każde zjawisko i objaśnia go.

Podręcznik swój podzielił autor na 6 rozdziałów: I. Wstęp do diagnostyki anatomo-patologicznej. II. Widzialne własności ciała. III. Spójność. IV. Cechy rozpoznawcze części składowych ciała. V. Krew oraz jej znaczenie dla rozpoznania zmian w narządach. VI. Rozpoznanie tkanek i narządów.

Tekst objaśnia 21 rysunków.

Książka Izraela napisana jasno i zwięźle wyszła obecnie w drugim, poprawnym wydaniu, zawiera wiele cennych wskazówek, które i doświadczonemu lekarzowi przydać się mogą.

*H. Kucharzewski.*

## XII. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 19 marca 1900 r.

I. *A. Majewski* przedstawia wieśniaka z Głuska pod Lublinem, lat 23, któremu przed 10-ciu dniami usunął *wole* mięszone, wielkości głowy dziecka. Guz ten chory pamięta od 10-go roku życia. Przed 5-ciu laty miał kilkakrotnie robione mięszone zastrzyknięcia jodyny do guza; guz wtedy znacznie się zmniejszył; w ostat-

nim jednak roku znów zaczął szybko rosnać. M. usunął płat prawy i środkowy, pozostawiając najmniej zmieniony lewy płat. Ranę zasztyto na głucho. Zagojenie przez rychłozrost.

II. M. *Seidenmann* przedstawia chorego po wykonanym mu na powiece zabiegu wytwórczym.

G. cierpi od lat wielu na jaglicę, która obecnie znajduje się w okresie tworzenia się blizn. Od roku blisko entropion górnej powieki oka prawego. Brzeg powieki bardzo cienki, rzęsy leżą na rogówce, która zmętniała jest i nierówna; w dolnej zewnętrznej części widoczną jest biała blizna po owrzdzeniu wielkości łebka od szpilki. Operacja polegała na rozszczepieniu powieki wzdłuż całego brzegu w ten sposób, iż w przedniej części zostały skóra i mięsień okrężny powieki, w tylnej chrząstka powiekowa i spojówka. W utworzony w ten sposób rowek włożono płatek z błony śluzowej jamy ustnej, szerokości 3 mm., dobrze oczyszczony z tkanki tłuszczowej; płatek ten przrósł doskonale na całej długości i utworzył kompletnie prawidłowy brzeg powieki. W kilka dni po operacji przezroczystość rogówki się zwiększyła, wskutek czego siła widzenia podniosła się prawie w dwójnasób.

*Adam Majewski.*

### XIII. SPRAWOZDANIE

## z posiedzenia Warszaw. Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie z d. 3-go kwietnia 1900 r.

Przed porządkiem dziennym: 1) *Kopczyński* przedstawił dwa przypadki zaniku mięśni postępującego: a) u chłopca 16-letniego zaczęły występować od 8-iu lat objawy osłabienia ramienia prawego. Przed 4-ma laty zwrócono mu uwagę, że łopatki jego bardzo odstają. Obecnie zaznacza się znaczny zanik mięśni barkowych, ramieniowych, łopatkowych i t. d., znaczne osłabienie siły w kończynach, zwłaszcza prawej. Mięśnie tułowia również wyraźnie zanikłe, podobnie jak i część mięśni kończyn dolnych. Mimika twarzy bardzo nieznaczna; brzozy nozo-wargowe wygładzone; wargi duże, ciastowate; oka prawego chory nie domyka. Pobudliwość mięśni nie wzmożona. Odruchy kolanowe nieco osłabione. Czucie wszędzie zachowane. Oddziaływanie na prąd elektryczny jest prawidłowe; odczynu zwyrodnienia nie ma. b) Chłopiec 16-letni zaczął doznawać od 9 go roku życia pewnej trudności przy staniu. Obecnie stoi chory z trudnością, przeważnie na palcach i przestępuje ciągle z jednej nogi na drugą. Chód nieco kaczkowy. Stopy mają cechy *pedis varo—equini*; roz-

ginanie i zginanie stopy i palców bardzo osłabione. Napięcie mięśniowe w nogach osłabione. Uda i golenie dość cienkie. Zanik rozginaczy stopy. — Pobudliwość elektryczna mięśni strzałkowych i rozginaczy stopy — wyraźnie osłabiona, odczynu zwyrodnienia nie ma. Brak odruchów kolanowych. Przypadek podług K. przedstawia neurotyczną postać postępującego zaniku mięśni (Hoffman).

2) *Borsuk* przedstawia: a) mężczyznę, który był trepanowany przed 4-ma laty z powodu ropnia pod oponą twardą w okolicy brózdki Rolanda, powstałego po urazie. Po rękoczymie znikły objawy padaczki Jackson'owskiej i bezwładu połowiczego. Obecnie z objawów chorobowych istnieje tylko zanik mięśni i osłabienie siły dłoni prawej. Na miejscu rękoczymu wyczuwa się tętnienie mózgu, co dowodzi, że nie wytworzyła się tu kość, ponieważ rana zagoiła się nie przez rychłozrost, lecz przez ropienie. b) Mężczyznę, u którego wykonał uranoplastykę. Chory przechodził przymiot i nie leczył się całkiem, dopóki nie wystąpiło przedziurawienie podniebienia. Operacja, wykonana przed 3-ma miesiącami podług Langenbecka, nie powiodła się, ponieważ płyty nie zarosły. Po przeprowadzeniu leczenia swoistego (Hg, KJ). B. wykonał drugą operację w gorszych warunkach, bo pozostały zrosty i blizny po pierwszej operacji; jednak po 2 tygodniach nastąpiło zupełne wygojenie. B. jest zdania, że u syfilityków należy przed powyższą operacją zastosować leczenie swoiste.

3) *Krauze* przedstawił chorego po amputacji uda z powodu zaburzeń naczynioruchowych w stopie. Chory od dłuższego czasu doznawał bólu w lewej nodze. W ostatnich czasach wystąpiły zaburzenia naczynioruchowe, zgorzel dwóch palców i zanik mięśni chorej kończyny; stópa naczęła, odruchy ścięgnowe bardzo wzmóżone. Tętna w art. poplitea i femoralis niewyczuwalne. Ponieważ żadne leczenie nie pomagało, a zgorzel szerzyła się, K. wykonał amputację goleni poniżej kolana; lecz wkrótce wystąpiła zgorzel kikuta, tak że trzeba było wykonać ponowną amputację w dolnej części uda. Przy badaniu drobnowidzowem znaleziono endoarteriis obliterans i peri neuritis.

4) *Stankiewicz* przedstawił chłopczyka, który miał na wszystkich kończynach po jednym palcu naliczbowym. Paluszek dłoni lewej połączony był stawem z wyrostkiem kostnym, długości około 2 ctm., wychodzącym z 5-ej kości śródreżca i zlany z istotą kostną tej kości. Reszta paluszków miała zwykle stawy na nasadach kostek prawidłowych.

5) *Bregman* przedstawia preparat nowotworu mózdzka w półkuli lewej i vermis. Wkoło nowotworu było rozmięczenie. Badanie drobnowidzowe wskazuje, że jest to tuberculium solitare. Chory 61-letni cierpiał od paru tygodni na bóle i zawroty głowy. Tętno było stale zwolnione (50 — 60); na obu oczach brodawka zastoinowa; przygnębiecie psychiczne; chód spastyczno-mózdzkowy; lekki bezład i osłabienie siły w ręce lewej; napięcie mięśni w kończynach wzmóżone; brak zaburzeń uczucia prócz wzrokowych. Rozpoznanie wahało się pomiędzy nowotworem zrazu czołowego i mózdzka.

6) *Steinhaus* przedstawia preparaty mięsaka wątroby 24-letniej kobiety, operowanej przez *Krauzego* z powodu podejrzenia bąblowca. W ogromnie powiększonej wątrobie znaleziono przy operacji guzy chelboczące; po przecięciu jednego wylała się masa krwi i skrzepów, tak że ledwo można było zatamować krwotok. Chora zmarła nazajutrz. Na sekcji znaleziono ogromne powiększenie wątroby (waga 15 f.), 8 guzów chelboczących w niej i guzik twardy, wielkości śliwki na przejściu od przedniego do bocznego brzegu płatu lewego. Guzy chelboczące były wypełnione skrzepami i otoczone grubą błoną łączno-tkankową. Miąższ wątroby wkoło guzów stłuszczonej. Badanie drobnowidzowe wykazało mięsaka o wielkich komórkach wrzecionowatych i olbrzymich wielojądrowych.

7) *Logucki* przedstawił włókniaka, usuniętego z jamy nosogardzielowej za pomocą pętli galvano-kaustycznej. Włókniak jest wielkości jajka kurzego.

Na porządku dziennym prof. *Przewoski* przedstawił następujące okazy anatomo-patologiczne:

1) Guz mózgu w okolicy tylnej części spoidła wielkiego nad wzgórkami czworacemi, pochodzący od 42-letniego mężczyzny, który chorował od 4-eh miesięcy na ciągłe bóle głowy, zawroty, stępienie umysłowe i miał tętno zwolnione i przekrwienie dna oka. Guz przy dokładnem zbadaniu został uznany za torbiel dermoidalną.

2) Nowotwór podstawy mózgu, pochodzący od 50-letniego mężczyzny, składający się z licznych guzików, podobnych z wyglądu i blasku do pereł, ułożonych obok siebie w oponie miękkiej z prawej strony mostu i rdzenia. Guziki składały się z woreczków łącznotkankowych, wysłanych nabłonkiem płaskim wielowarstwowym i wypełnionych nabłonkiem zrogowaciałym i cholestearyną (*Margaritoma* — *Perligeschwulst*).

3) Okaz zwyrodnienia szklistawego otrzewny, pochodzący od kobiety 62-letniej, u której wymacywano oddawna dwa wielkie guzy w części dolnej brzucha. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono: znaczną rozedmę płuc, cysto-adenoma proliferum papillare obu jajników oraz zmiany w otrzewny, która w bardzo wielu miejscach wyglądała jak szklista chrząstka, pokrywająca powierzchnię stawów. Swobodna powierzchnia zgrubień była gładka, błyszcząca. Niektóre zgrubienia miały 5 — 6 mm. Komórek zgrubienia zawierały bardzo mało, lecz dużo tkanki międzykomórkowej, złożonej z nawarswionych blaszek. Tkanka nie dawała odczynu na amyloid, lecz barwiła się mocno kwaśną fuksyną, eozyną, barwnikiem van Giessona.

4) Okaz licznych kostniaków (koło 200), znalezionych u 36-letniego suchotnika, które chory zauważył w 12 roku życia. Największy guz znajdował się na spojeniu kości łonowej z biodrową; miał postać i wielkość gruszki, zwróconej wierzchołkiem do kości. Na wolnym końcu znajdował się worek maziowy. Inne guzy były wielkości orzecha do ziarnka konopi. Wszystkie guzy były pokryte chrząstką szklistawą lub tkanką podobną do okostny. Istota guzów była gąbczasta. Najwięcej guzów znaleziono na pasach kostnych,



łączących kończyny z tułowiem. Na chrząstkach znaleziono około 80 chrząstniaków.

Posiedzenie z d. 24-go kwietnia 1900 r.

Przed porządkiem dziennym *Krauze* przedstawił chorego po wycięciu tętniaka tętnicy łokciowej. Chory zgłosił się z powodu silnego bólu i obrzmienia części górnej przedramienia, które zjawiły się przed 18 dniami. Rozpoznawszy po kilku dniach tętniaka, K. wyciął go. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Guz przedstawia worek, w który wchodzi tętnica i kończy się w nim otworem okrągłym. Nieco niżej znajduje się drugi otwór tej samej tętnicy. Obok otworu dolnego znajduje się otwór, prowadzący do żyły. K. przypuszcza, że zmiany powyższe są wrodzone.

Na porządku dziennym *Popielski* mówił o ośrodku odruchowym czynności wydzielniczej trzustki. Po zrobieniu tracheotomii psu, P. przecinał rdzeń i zastosowywał oddechanie sztuczne; potem odszukiwał przetokę trzustki i łączył ją z rurką szklaną o podziałkach milimetrowych. Żeby pobudzić trzustkę do czynności, P. wlewał do dwunastnicy kwas solny (0.4 — 0.5%) i określał szybkość wydzielania soku w określonych odstępach czasu (co minutę). Aby przekonać się, w jakich częściach przewodu pokarmowego powstają bodźce, sprowadzające czynność trzustki, P. oddzielał różne części przewodu pokarmowego i wlewał do nich kwas solny. Doświadczenia wskazały, że tylko podrażnienie dwunastnicy i kiszek cienkich sprowadza wydzielanie soku trzustkowego. To wydzielanie odruchowe nie ginie nawet po przerwaniu wszelkiej łączności trzustki z ośrodkowym układem nerwowym (zniszczenie całkowite rdzenia, przecięcie obu dwóch nerwów błędnych i współczulnych, oraz wycięcie ganglion coeliacum). Doświadczenia takie udawały się na kotach; musiano jednak podwiązywać przedtem wszystkie znaczniejsze naczynia, aby obniżenie ciśnienia krwi po zniszczeniu rdzenia nie spowodowało śmierci. Odruchowa czynność wydzielnicza trzustki zależy od komórek zwojowych, które znajdują się w samej trzustce. P. jest zdania, że obwodowe ośrodki nerwowe mogą pracować samodzielnie, a ośrodkowy układ nerwowy panuje nad czynnościami wszystkich narządów i może zmieniać je w różnych kierunkach.

W dyskusyi *Nusbaum* zaznacza, że istnieją doświadczenia dawniejsze, wskazujące, że niekoniecznie w układzie ośrodkowym należy poszukiwać ośrodków odruchowej czynności wielu narządów. — *Claud-Bernard* wykazał to w stosunku do gruczołu podszczękowego, *Nusbaum* w stosunku do pęcherza (1879 r.).

*Popielski* odpowiada, że doświadczenia *Claud-Bernarda* nie wykazały tego dowodnie, bo następują pewne wątpliwości (*Schiff*, *Bidder*, *Heidenheim*). Co się tyczy udziału ganglion mesentericum inferius w odruchowym wydzielaniu moczu, to doświadczenia N. nie są również przekonujące, ponieważ w pęczku czuciowym, doprowadzającym

bodźce do zwoju, mogą być zablakane włókna ruchowe; podrażnienie zatem takiego pęczka może dać czynność pęcherza, lecz nie odruchową. P. uniknął tych błędów w swej pracy nad trzustką.

*W. Miklaszewski.*

## KRONIKA BIEŻĄCA.

*Dnia 1-go czerwca 1900 r.*

(J. Z.) Zbliża się chwila ukończenia egzaminów teoretycznych na stopień lekarza, nastąpią niebawem wakacje i większość tych, co połowę już egzaminów lekarskich zdali, rozjedzie się szukać wypoczynku, znaczna jednak liczba młodych kolegów pozostanie w Warszawie, przygotowując się do drugiej połowy egzaminów powakacyjnych; w każdym razie pozostaje blisko 3 miesiące czasu wolnego, któryby mogli młodzi koledzy zużytkować w sposób odpowiedni, z bogacając swoje wiadomości praktyczne i ułatwiając sobie w ten sposób z korzyścią dla siebie i ogółu dalsze w życiu zadanie.

Najtrudniejszą, niewątpliwie, rzeczą w początkach zawodu naszego jest udzielanie pomocy w wypadkach nagłych, kiedy szybko decydować się trzeba i doraźnie dać pomoc dobrą; trzeba pewnego wyrobienia w tym kierunku, nabycia pewnej śmiałości, aby zadowalniająco spełnić zadanie. Od lat trzech przed memi oczyma przesunęło się kilkudziesięciu młodych lekarzy, jako kandydatów na lekarzy dyżurnych w tutejszem Pogotowiu ratunkowym, wielu z nich miało dokładne wiadomości teoretyczne, niezłe praktyczne, a jednak przy udzielaniu pomocy na razie tracili głowę i nie byli w możności należycie wywiązać się z zadania, a dopiero po kilkudziesięciu wyjazdach stopniowo nabierali wprawy, szybkości oryentowania się i, co najważniejsza, spokoju potrzebnego w chwilach grozy. Zawdzięczają to tylko przyzwyczajeniu i wprawie.

Rozmaitość przypadków obserwowanych na Pogotowiu ratunkowym sprawia, że już w ciągu krótkiego czasu lekarz obznajmić się może z najbardziej typowymi uszkodzeniami zewnętrznymi i chorobami wewnętrznymi, a wyrobienie lekarzy dyżurnych sprawia, że każdy wyjazd dla młodego lekarza jest zawsze z korzyścią.

Wobec tego uważałbym za nader dla młodych kolegów pożądaną, aby część przynajmniej przerwy między egzaminami poświęcili na zdobycie umiejętności udzielania pomocy w wypadkach nagłych, nigdzie zaś tego zrobić nie mogą lepiej, jak na Pogotowiu warszawskim, zorganizowanem zupełnie i działającym stale.

Poświęciwszy 2 — 3 godzin dziennie, młody kolega w ciągu miesiąca może zapoznać się dokładnie z całym szeregiem przypadków

i nauczyć się t. zw. chirurgii polowej, tak często potrzebnej lekarzowi w jego praktyce prowincjonalnej.

Nie wątpię, że zarząd instytucji nie będzie miał nie przeciw uczęszczaniu młodych lekarzy na Pogotowie, ani przeciw wyjazdom ich do wypadków, jak nie wątpię, że wielu z kończących medycynę zechce skorzystać z okazji, aby uzupełnić swe wykształcenie praktyczne.

Wobec dużej względnie liczby studentów kliniki niewystarczają i pozostają duże luki w wyrobieniu praktycznym młodego lekarza, uzupełnienie tych wiadomości jest obowiązkiem lekarzy starszych, tych szczególnie, którzy mają możność po temu: należy pomóc lekarzowi w jego studyach, a korzyść stąd wypłynie nie tylko dla niego, ale i dla środowiska, w którym w przyszłości działać będzie.

Rzucając myśl tę, mam nadzieję, że zainteresuje czytelników, którzy nie omieszkają zapewne rozprzestrzenić ją między młodymi adeptami medycyny.

—h.— „Ruskij Inwalid“ donosi, że p. minister wojny przedstawił ministeryum oświaty zdanie konferencji W. L. Akademii w kwestyi dopuszczania wychowanców szkół realnych do akademii medycznej. Konferencja oświadczyła się za dopuszczeniem, uważa przytem egzamin dodatkowy z języka greckiego za zbyt ciężki, z języka zaś łacińskiego tylko w zakresie pierwszych 4 klas. W razie aprobaty tego poglądu przez p. ministra oświaty, podobno już w przyszłym roku szkolnym — tytułem próby — będą przyjmowani realści do akademii. Należy przypuszczać, że za akademią otworzą swe wrota realistom i wydziały lekarskie uniwersyteckie.

—h.— Dowiadujemy się, że przekład polski znakomitego dzieła Unna'y: „Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten“ jest na ukończeniu. Przekład ten wypełni wielki brak, jaki od wielu lat daje się odczuwać wszystkim, coby chcieli uzupełnić swe wiadomości z dziedziny chorób skórnych przy pomocy podręcznika w języku ojczystym. Wybór dzieła Unna'y ze względu na podstawowe i oryginalne traktowanie przedmiotu ze wszechmiar zasługują na uznanie. Tłumaczeniem zajął się kol. J. Grabowski.

— Ze statystyki szpitalnej. W oddziale ginekologicznym d-ra Neugebauera w szpitalu Ewangelickim w Warszawie na 280 operacji, połączonych z otwarciem jamy brzusznej, natrafiono 15 razy (5 1/2%) na skręcenie szypuły guzów, a mianowicie:

- 1) 12 przypadków guzów jajnikowych;
- 2) 2 przypadki guzów przyjajnika i 1 guz jajnika (hydrosactosalpinx).
- 3) ilość obrotów skręconej szypuły wahała się od 1/2 do 1/4 razy;
- 4) w 14 przypadkach notowano udział trąbki w skręconej szypule;
- 5) jeden raz spostrzegano skręcenie mesovarii bez udziału jajnika;
- 6) w jednym przypadku skręceniu uległy jajnik, lig. rotundum i odpowiedni róg macicy;

7) dwa razy zauważono dyslokację lewostronnego guza wprawo z przecięciem jajowodu.

Wszystkie operacje, przy których natrafiono na szypułę skręconą, dały 0% śmiertelności.

M. Warszawski.

—h.— Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża zawiązało osobny komitet w celu urządzenia szkoły dozorczyń chorych. „Rosya“, skąd czerpiemy tę wiadomość, nie wspomina, czy szkły takie mają być urządzone przy wszystkich, a przynajmniej znaczniejszych oddziałach „Czerwonego Krzyża“.

—h.— Dr. Lortet badał pod względem odpowiedności higienicznej mieszkania stróżów i szwajcarów w Lugdunie i przyszedł do bardzo smutnych wyników. Na 300 zbadanych domów w  $\frac{8}{10}$  mieszkania były niemożliwe: ciemne, małe, nieprzewietrzane komory; 23 leżały nad dołami kloacznymi tak, że przy opróżnianiu dołów rodziny stróżów musiały się wynosić z mieszkań. Podobne stosunki powtarzają się w  $\frac{8}{10}$  ze wszystkich 17,600 domów miasta. Wśród tej ludności suchoty zabierają mnóstwo ofiar. Zdaje się, że  $\frac{3}{4}$ , a być może nawet  $\frac{4}{5}$  stróżów i ich rodzin choruje na piersi (Lyon. méd. kwiecień). W Warszawie po ostatnim spisie jednodniowym mieszkań dzięki zwróceniu specjalnej uwagi na mieszkania stróżów, stosunki te nie są może tak rozpaczliwe, w każdym jednak razie sprawa ta nie powinna schodzić z uwagi kogo należy, a zwłaszcza trzeba ją mieć na oku przy budowie nowych domów. Sprawa ta nie zostanie rozstrzygnięta radykalnie, dopóki nie zostaną skasowane ostatecznie mieszkania w suterrenach.

—h.— *Kongres gruźliczy w Neapolu.* Pomiedzy 25 a 28 kwietnia r. b. odbył się w Neapolu kongres gruźliczy, pod protektoratem najwyższym królowej włoskiej, przy udziale wielu dostojników i przedstawicieli państwa i nauki.

Sądząc ze sprawozdań w pismach fachowych, kongres ten nie dorzucił nic nowego do skarbcza wiedzy. Trudno się też było tego spodziewać wobec krótkich stosunkowo terminów, w jakich zjazdy gruźlicze się odbywają. Odkrycia naukowe nie robią się na obstalunek. Zdaje się też, że głównym zadaniem zjazdów tych nie są cele czysto naukowe, ale raczej propaganda idei walki z gruźlicą wśród mas inteligencji i sfer urzędowych.

Wobec tej myśli, wobec szerszego udziału publiczności nielatarskiej, a więc nie mogącej krytycznie przyjmować podawanych jej twierdzeń—wnioski ostateczne zjazdów powinny być stawiane nader oględnie i po wszechstronnej dyskusji, aby, z jednej strony swą krącością nie terroryzowały szerokich mas, a z drugiej — przez swój charakter efemeryczny—nie narażały powagi nauki.

Jako ogólną cechę zjazdu w Neapolu można by zaznaczyć, że nie był on tak krącowo bakteriologicznym, jak berliński, i głosy klinicyistów zabrały w nim poważniejszy udział. Wymieniamy tu odczyt prof. de Giovanni, znakomitego ftizeologa z Padwy, pod tytułem: gruźlica predystynowanych.

Do czego prowadzą jednak takie projekty praw, jakich domagają się p. p. Kallivokas z Aten i Manella: Zabronienie małżeństw suchotników, niedopuszczanie do żadnych miejsc rządowych i prywatnych, odosobnianie ich przymusowa dezynfekcyą mieszkań, palenie zwłok i t. d. Takie niehumanitarne żądania nie znalazły by pewnie poklasku w Atenach z przed 2500 lat. Dobrze, że lekarze ci nie są prawodawcami — bo wtedy mieszkańcy ich państwa musieliby mieszkać w jakichś odosobniskach—tu syfilitycy, tam suchotnicy, indziej trędowaci i dotknięci chroniczną rzeżączką, jaglicą i t. d.

A wszakże w tym samym Neapolu zrobiony był przed 100 laty z suchotnikami eksperyment według recept dzisiejszych ftizeofobów. Wspomnił o nim minister Bacelli w swej mowie na otwarciu kongresu, ale nazwał go „przedziwnym instynktem ludu.“ Wiemy jaką drogą nieraz ów instynkt się rozwija, a historia mówi wyraźnie, że dekrety, prześladowające suchotników, były wydane przez najwyższą radę zdrowia i one to rzuciły panikę, która w ludzie przez długi czas utrzymywała się, przejawiając się w różnego rodzaju okrutnymi ograniczeniami nieszczęśliwych chorych.

Jeżeli historia ma być nauczycielką, to zaiste dziwny wniosek wyciągnięty został z jej rady w takim wspomnieniu ówczesnych praktyk. Czy ów eksperyment okazał bowiem jakiegokolwiek korzyści? Powinien by był jednak przypomnieć, jak niebezpiecznie jest opierać prawodawstwo na niedowiedzionych hipotezach.

—h.— Dr W. J. Pokrowskij wygłosił ciekawe dane o walce jakie toczą ze sobą w Rosyi herbata i wyskok. Herbata po raz pierwszy została przywieziona do Rosyi w 1638 roku; obecnie wychodzi jej rocznie około 3 milionów pudów, czyli około funta na głowę rocznie, co rosłała się jednak bardzo niejednakowo w różnych częściach państwa: mieszkańiec Petersburga wypija 4 do 5 funtów rocznie, mieszkaniec wsi 0,3—0,8 funtów. Obecnie Rosya wypija herbaty za 110 milionów rubli.

Na napoje wysokokowe Petersburg traci 50 milionów rubli, na herbatę zaś i cukier 16—17 milionów. W ogóle w całej Rosyi wychodzi na herbatę i cukier (40 milionów pudów) około 330 milionów, a na wódkę piwo, wino 600—700, której to sumy większa część pada na wieś, używającą mało herbaty, albo wcale. W ogóle na herbatę, cukier i napoje wysokokowe Rosya traci więcej niż miliard t. j.  $\frac{1}{4}$  całego dochodu państwowego.

—h.— Dr. Sullivan zestawil dane statystyczne o wzroście w Anglii użycia wyskoku i zamachów samobójczych. Ostatnia cyfra wzrasta silniej i szybciej, niż wzrost ludności. Największej cyfry dostarczają ludzie w sile wieku (20—40 lat), którzy godzili na swe życie w chwili odurzenia wyskokiem. Co do zajęć, to najwięcej było szynkarzy, rzeźników, woźniców, wędrujących kramarzy i muzykantów. Wśród ludności rolnej spotyka się najmniejszy procent zarówno alkoholików, jak i samobójców. (Wr., 18).

—h.— W Paryżu w pewnej kawiarni pokazuje się młody olbrzym lat 17, który dziś ma 2.25 metra wysokości, a co miesiąc ro-

śnie o 2 ctm. (?). Tamże można zobaczyć 5-cioletnią dziewczynkę wagi 130 funtów, mającą w pasie cały metr. Ojcem olbrzymą był podobno karzeł. Dziewczynka zaś miała matkę brodatą. (France Méd. de Paris, — Wr., 18).

—h.— „La Presse médicale“ podaje cytata z Herodota, dowodząca, że już w starożytnym Egipcie istniały specjalności lekarskie. Prastary historyk opowiada: w medycynie był u nich podział. Każdy lekarz zajmuje się pewną jedną chorobą, a nie wieloma. Lekarzy wszędzie obfitość. Jedni leczą oczy, inni głowy, ci zęby, brzuch, tamci choroby wewnętrzne.

—h.— W Krakowie otrzymała, po odbyciu wymaganych egzaminów, prawo praktyki p. Zofia Moraczewska, dr. med. uniwersytetu w Zurychu. (Wr., 17).

—h.— Dr. Hebig, opierając się na dziełach Antoniusza Liberalis, który żył około 160 r. po narodzeniu Jezusa Chr., dowodzi, że w owych czasach znane były kondomy, tylko że nie nakładano ich na członek, a wprowadzano do pochwy. Kondomy obecnie wyrabiają się z wyrostków robaczkowych cieląt, baranów i jagniąt. Jak wiadomo, nazwa kondom (u nas mówi się zwykle kondon) pochodzi od nazwiska Condom'a, który zrobił ten wynalazek przed 65 laty. Z powodu, że ochrzeczenie przyrzędu jego nazwiskiem utarło się tak powszechnie, Condom w następstwie zmienił zupełnie nazwisko, rezygnując z rozgłosnej sławy, jaką tą drogą nabył.

—h.— Miasteczko Wiśniowiec, w gub. Wołyńskiej, od kilku tygodni poszukuje lekarza. Pożądany jest lekarz polak, katolik. Ludność — około 6,000, składa się przeważnie z izraelitów. Włościanie leczą się chętnie. Pobliski tartak, zatrudniający 200 robotników — zapewnia 300 rb. stałej pensyi.

—z.— Wyszła z druku praca d-ra J. Sędziaka p. n. „Choroby jamy ustnej, gardzieli i przełyku“. Pracę autor wydał swoim nakładem i poświęcił Wszechnicy Jagiellońskiej.

## NEKROLOGIA.

— Dnia 28 maja zmarł w Kielcach dr. **Mikołaj Warman**, przeżywszy lat 41. Zmarły odznaczał się ruchliwą i energiczną działalnością społeczno-lekarską i przyjmował udział w pracach literackich.

— Dn. 13-go z. m. zmarł w Hrubieszowie w 53-im roku życia powszechnie szanowany lekarz, dr. **Konstanty Stecki**. Przyczyną śmierci był tyfus, którym s. p. Stecki zaraził się przy łożu chorego.

## Odpowiedzi Redakcyi.

*Ostrożnemu.* — Ustrój męski płciowo dojrzewa dopiero koło 25 roku życia. Stosunki płciowe przed tym rokiem są przedwczesne i „rozum“ nie może ich zalecać, jeżeli nie stał się już „faktorem namiętności“ — według słów Shakespeare'a. Czystość myśli, ćwiczenia fizyczne, unikanie pobudzających rozmów, książek i t. p. najlepiej utrzymują „zmysł płciowy“ w pożądanym spokoju. Polecamy w tym przedmiocie w języku niemieckim (tłumaczenie z szwedzkiego): prof. dr. S. Ribbing: „Die Sexuelle Hygiene“, Leipzig, 1891, i radzimy szczerze przyswoić sobie wyłuszczone tam poglądy.

## SPIS RZECZY.

### Prace oryginalne.

- I. Przypadek błonicy krtani, symulującej ropień migdałka językowego, oraz wtórne zapalenie podśluzowe krtani — Dr. Jan Sędziak — str. 426.
- II. Spraw y postępów Rycerskich y przewagi opisanie krotkie z naukami y tey zacney zabawie potrzebnemi. Notatka bibliograficzna — Fr. Giedroyé — str. 432.
- III. Z dziejów położnictwa w dawnej Polsce. Kartka historyczna — Józef Jaworski — str. 435.

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Patologia i medycyna wewnętrzna.

224. Prof. dr. P. Baumgarten — Przyczynek do nauki o odporności przyrodzonej — str. 440. 225. Brieger — O znaczeniu rozpoznawczem i leczniczem łaseczników gruźliczych i innych drobnoustrojów w płwocinie — str. 442. 226. Prof. Levy i D. Bruns — W sprawie wczesnego rozpoznawania gruźlicy płuc — 443. 227. P. Cohnheim — Nowa formuła dla oznaczenia ilości treści żołądka — str. 445. 228. Prof. Kotowczykow — O leczeniu okresu ropnego ospy — str. 445. 229. Dr. Hans Haenel — Zapalenie nerek w ospie wietrznej — str. 446.

### II. Choroby układu nerwowego.

230. Oppenheim — Encephalitis et Poliencephalomyelitis non purulenta — str. 447. 231. Chipault — Leczenie rwy twarzowej za pomocą rezekcyi górnego szyjowego zwoju nerwu współczulnego — str. 448. 232. Eversmann — Osobliwy przypadek zaników mięśniowych, powstały w sposób ostry i po 8-letnim rozwoju choroby zakończony zejściem w okres stacyonarny — str. 449. 233. Saenger — O objawach mózgowych w raku — str. 451.

### III. Choroby dzieci.

234. Marfan—Powikłanie i leczenie włóknikowego zapalenia płuc u dzieci—str. 452.  
235. Dr. Tulinow — Reumatyzm rzeączkowy u dzieci — str. 453.

### IV. Chirurgia.

236. Dr. C. Rossander—Leczenie rakowców bez ich wycinania—str. 455. 237. A. Rou-tier — Przewężny i leczenie ropni gruczołu krokowego — str. 458. 238. F. Lange—Przeszczepianie ścięgien na okostną — str. 459.

### V. Choroby skórne i weneryczne.

239. V. Augagneur — Stosowanie zastrzykiwań sztucznej surowicy Hayen'a w przy-moście złośliwym — str. 460. 240. Joseph — Leczenie owrzodzeń goleni za pomo-cą kruryny (Crurinum) — str. 461. 241. H. Fournier — Czy należy leczyć bro-dawki? — str. 461.

### VI. Choroby kobiece i akuszerya.

242. Lingen — Pelvipерitonitis — str. 463. 243. Heymann — O metodzie i wska-zaniach do wywoływania przedwczesnego porodu i poronienia — str. 464.

### VII. Choroby gardła, nosa i uszu.

244. Arslan — O związku wyrosła adenoidalnych z zaburzeniami ocznymi—str. 465.  
245. Pritchard — Oczyszczanie odkażające przewodu usznego i części sąsiednich — zarówno w celach operacyjnych, jakoteż dla leczenia przewlekłego ropienia ucha środkowego — str. 466. 246. F. Neuman — O szprycowaniu jam nosowych — str. 467.

### VIII. Choroby oczu.

247. Prof. H. Truc i dr. Ch. Cauvin — Operacja wycięcia tęczęwki oka w jaskrze przewlekłej niezapalnej. Kilka wyników w przypadkach dłużej obserwowanych — str. 468. 248. Donald Gunn — Niedrożność przewodów łzowych u młodzieży — str. 469. 249. L. Weiss i dr. Klinghöfler — Jaką wartość ma Röntgenografia dla stwierdzenia obecności ciał obcych we wnętrzu gałki ocznej? — str. 470. 250. M. Mohr — Powikłania ze strony przyrządu wzrokowego w następstwie grypy — str. 471.

IX. Wiadomości pomniejsze — str. 472.

X. Wiadomości terapeutyczne — str. 473.

XI. Bibliografia — str. 475.

XII. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie — str. 477.

XIII. Sprawozdanie z posiedzenia Warsz. Tow. Lekarskiego — str. 478.

Kronika bieżąca — str. 482.

Nekrologia — str. 488.

Odpowiedzi Redakcyi — str. 489.



Do numeru bieżącego dodaje się cyrkularz Apteki Fr. Karpińskiego o wodzie Coulséxeville.

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

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