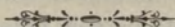


KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. O PADACZCE.



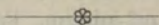
Patogeneza i etiologia.

(Rzecz wygłoszona na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie).

Napisał

Dr. med. Ludwik E. Bregman.

Ordynator szpitala.



Od czasów najdawniejszych, od początku niemal istnienia medycyny padaczka była przedmiotem najgorliwszych dociekań lekarskich, jednym z najciekawszych zagadnień naszej nauki. Począwszy od Hippokratesa wszystkie następujące kolejno szkoły lekarskie zajmowały się istotą i leczeniem tej choroby. Pomimo to i teraz jeszcze nie schodzi ona z porządku dziennego piśmiennictwa lekarskiego, i pomimo wielkich postępów wiedzy naszej, pozostało jeszcze zarówno pod względem powstawania jej, jak i różnorodnych objawów i leczenia wiele kwestyi niewyjaśnionych lub niezdecydowanych. Z wielu względów badanie padaczki ma znaczenie pierwszorzędne.

Jest to cierpienie często spotykane. Statystyka szpitalna nie daje dokładnego pojęcia o jego częstotliwości, gdyż większa część chorych nietylko nie leczy się w szpitalach, ale nawet w obecnych warunkach

niema niestety prawie wcale do nich dostępu *). Najlepsze cyfry daje statystyka wojskowa. Rayer podaje, że na 7507 stających do wojska było dwudziestu ośmiu epileptyków (4 na 1000), Morselli (we Włoszech 11,53 na 10,000, Binswanger (na podstawie danych zaczerpniętych z pruskiego ministerjum wojny) 2,06—2,91 na 1000 stających; 30,27—39,55 na 1000 uwolnionych od służby wojskowej. Według obliczeń Kaiserliches - Gesundheitsamt w Berlinie na 1000 chorych wypisanych ze szpitali przypada epileptyków 5 (w Prusach 6).

W Niemczech wskutek obowiązkowego uczęszczania do szkół, mamy dość dokładne cyfry, dotyczące padaczki u dzieci, i tak w Meklenburgu na 10,000 dzieci jest epileptyków 12,05, w Sachsen-Weimar — tylko 4,50, mniej jeszcze w Westfalli. W 2,76% przypadków śmierci we Włoszech padaczka jest przyczyną śmierci (!) czyli 0,76 śmierci na 10,000 mieszkańców. Wreszcie Russel znalazł między 5000 chorych, dotkniętych różnemi chorobami, w 1,8% powikłanie padaczką.

Szan. panowie! Z danych przytoczonych widzicie, że padaczka nie jest bynajmniej cierpieniem rzadkiem. Ale nie dość na tem. Jest to cierpienie straszne; widok chorego znacie wszyscy, widok ten okropny zgrozą zawsze przejmował człowieka, budził w nim postrach, który się najlepiej wyraził w nazwie, służącej przez długie wieki do określenia tej choroby (morbus sacer).

A jakże nieszczęśliwy sam chory. W ciągłej obawie napadu nie może niczem się zająć, unika zabaw, towarzystwa, i jeśli choroba jego stała się wiadomą, pozbawiony zostaje często możności zarobkowania, ludzie stronią od niego, boją go się; życie jego jest w ciągłym niebezpieczeństwie, a jednak on sam o swej chorobie ma zaledwie słabe pojęcie, wydaje mu się ona czemś oderwanem, obcem mu, w okresach międzynaпадowych czuje się zdrowym niemal i zupełnie przytomnym. Chory taki nietylko sam jest w niebezpieczeństwie, ale może się w każdej chwili stać wysoce niebezpiecznym dla otoczenia. Dość wspomnieć o zaburzeniach umysłowych, towarzyszących napadom lub je zastępujących, o gwałtownych wybuchach furji przy zupełnej utracie przytomności i pamięci. Najohydniejsze zbrodnie spełniane były w tych warunkach, bezwiednie i bezmyślnie.

*) Prócz tego choroba często pozostaje nierozpoznana, zwł. gdy napady powtarzają się tylko w nocy, lub nie są typowe i uważane jako zawroty głowy, zemdlenia i t. p.

Prócz tego wielka część chorych, choć bynajmniej nie wszyscy, ulega, zwłaszcza przy częstem powtarzaniu się napadów zniechęceniu umysłowemu lub zwyrodnieniu moralnemu. Znaczna część pijaków nałogowych, niemało przestępców są zarazem epileptykami, a chociaż nie zawsze między objawami temi zachodzi stosunek przyczynowy, bardzo często bowiem są to tylko następstwa współrzędne zwyrodnienia dziedzicznego, to jednak zawsze napady padaczkowe przyczyniają się do pędszego upadku osobnika. Dlatego i pod względem sądowo-lekarskim padaczka ma znaczenie ogromne; kwestya poczytalności lub niepoczytalności tych chorych, w wielkiej części przypadków dość łatwa do rozstrzygnięcia, staje się niekiedy nadzwyczaj zawikłaną i trudną, tembardziej, że jeden i ten sam chory być może w jednym przypadku poczytalnym, w drugim zaś niepoczytalnym.

Szan. panowie! Przystępując do referatu o obecnym stanie nauki o padaczce zrobić muszę naprzód małe zastrzeżenie. Temat ten jest tak obszerny i obejmuje kwestye tak różnorodne, że wszechstronne i wyczerpujące jego opracowanie przekroczyłoby znacznie granice dla referatu przeznaczone. Z konieczności zatem ograniczyć się muszę do kwestyi najważniejszych i najogólniejszych, pomijając pojedyncze spostrzeżenia, jakkolwiekby one same przez się były ciekawe. Pierwszeństwo przytem, rzecz prosta, mieć muszą te strony przedmiotu, co do których ostatnia doba nauki największe osiągnęła zdobycze.

Zaczynam od teoryi napadu epileptycznego.

Gdzie jest siedlisko napadu? W której części układu nerwowego powstaje i rozwija się? Kussmaul i Tenner pierwsi dali odpowiedź na to pytanie, wskazując na podstawie swych doświadczeń na pień mózgowy, między rdzeniem i odnogą mózgową, jako na miejsce, z którego drgawki powstają. Słusznie mówi Nothnagel, olśniony wynikami tych doświadczeń, które sam powtórzył i rozszerzył: „historja rozwoju nauki o padaczce jest najwymowniejszym przykładem znaczenia doświadczeń na zwierzętach dla postępu wiedzy lekarskiej. Dzięki im to w ciągu ostatnich 20 lat postąpiliśmy więcej w poznaniu tej choroby, aniżeli w ciągu 20-tu ubiegłych stuleci“. Po autorach wyżej wymienionych, do których dodać jeszcze muszę Brown-Séquarda, przysły doświadczenia Hitziga, Unverrichta, Ferriera i in., którzy skierowali uwagę na inne miejsce powstawania napadów, mianowicie na korę mózgową i pomijając zupełnie wyniki poprzednich badaczy, tu jedynie dopatrywali siedliska padaczki. Później Ziehen i Binswanger, badając dokładniej drgawki mięśniowe, otrzymywane doświadczalnie z różnych części

mózgowia, starali się objąć całokształt napadu padaczkowego i jego odmian. Szereg innych autorów, których wymieniać nie będę, pracował nad tym samym przedmiotem, a dowodem, że karta ta daleką jest jeszcze od zamknięcia są tak ciekawe i w części niespodziane wyniki, otrzymane przez ziomka naszego prof. Prusa.

W obecnej chwili dwie opinie głównie się ze sobą ścierają, mianowicie teoria korowa i t. zw. mieszana (korowo-podkorowa). Teoria wyłącznie rdzeniowa (medullarna) Nothnagla i dawniejszych autorów przez wszystkich niemal zarzuconą została. Niedawno jeszcze pod świeżym wrażeniem świetnych doświadczeń na korze i postępow lokalizacji korowej teoria korowa najwięcej między neuropatologami zwolenników liczyła, obecnie najwybitniejsi przedstawiciele wiedzy naszej oświadczają się przeciw wyłącznemu znaczeniu kory. Wnioski o znaczeniu kory w padaczce oparto na danych następujących: 1) wynikach doświadczeń, 2) faktach klinicznych.

ad 1) Drażniąc część kory ruchowej słabym prądem elektrycznym wywołuje się skurez kloniczny mięśni z niej unerwionych (na przeciwległej stronie ciała). Przy prądzie silniejszym, lub podrażnieniu dłużej trwającym, lub kilkakrotnie powtórzonym skurez ten przechodzi na inne mięśnie, rozprzestrzeniając się w porządku, odpowiadającym położeniu ośrodków na powierzchni mózgu. Mięśnie drugiej strony ciała zaczynają drgać po zajęciu wszystkich mięśni pierwszej, albo i nieco wcześniej. Gdy ośrodek jaki poprzednio został wycięty, to odnośna część ciała w drgawkach udziału nie przyjmuje. Gdy wyluszczonej został ośrodek, będący miejscem pierwotnego pobudzenia, to i w odpowiadającej mu części ciała drgawki ustają, a jeżeli wyluszczenie to dokonane zostało wkrótce po podrażnieniu, rozprzestrzenianie się drgawek na inne części niema miejsca. Wyluszczać jakikolwiek ośrodek po uogólnieniu się napadu sprowadzamy ustanie drgawek w odpowiedniej części ciała. Drażniąc po wyluszczeniu całej kory ruchowej jednej półkuli istotę białą, otrzymujemy na początku drgawki li tylko w mięśniach tej samej połowy ciała, później dopiero po stronie przeciwległej. Po wyluszczeniu zaś kory ruchowej obu półkul drgawek podobnych (przez podrażnienie istoty białej) otrzymać nie możemy wcale. Drażniąc korę nie ruchową, np. zrazu potylicowego, wywołać można również ogólny napad drgawkowy. Po wyluszczeniu zaś kory ruchowej jest to niemożliwe. Wyluszczenie kory ruchowej jednej półkuli i podrażnienie kory potylicowej tej samej strony wywołuje napad złożony według Unverrichta z 2-ech okresów: w 1-m tylko objawy ogólne — Aequivalentsymptome (niepokój i t. p.) w drugim drgawki tej samej strony. Jest to jego Funda-

mentalversuch, ponieważ dowodzić ma niezbicie, że drgawki zawdzięcają swe powstanie li tylko korze.

ad 2) Szereg danych *klinicznych* przytoczyć można na dowód, że kora mózgowa ma ważne znaczenie w powstawaniu drgawek. W pierwszej linii różne *cierpienia ogniskowe mózgowia*, nowotwory, rozmięczenia i t. p. Jest faktem ustalonym, że cierpienia takie umiejscawiając się w korze ruchowej lub w jej sąsiedztwie dają początek drgawkom klonicznym, które ograniczają się początkowo do części odpowiadających zajętemu ośrodkom, a później rozprzestrzeniają się na inne części i na drugą połowę ciała w porządku wskazanym przez położenie ośrodków w korze, zupełnie tak samo jak w doświadczeniach wyżej opisanych, jest to t. zw. *padaczka Jacksona*, czyli *padaczka korowa*. Inne cierpienia bardziej rozlane, a również głównie korę zajmujące, np. paraliż postępujący, wikłają się tak samo napadami drgawkowymi tego samego typu; to samo spotkać można i w stwardnieniu wielogniskowym.

W obrazie klinicznym napadu padaczkowego mamy 2 objawy główne, które przypisać możemy zajęciu li tylko kory mózgowej — mianowicie: *aurę i utratę przytomności*. Co się tyczy pierwszej, to wszyscy się już teraz zgadzają na to, że nie jest ona zwiastunem napadu, a raczej pierwszym jego objawem. Jeżeli napad padaczkowy pojmujemy jako wyładowanie nagromadzonej nieprawidłowo w ośrodkach energii, to aura nie jest niczem innym jeno wyładowaniem początkowym, ograniczonym, które daje impuls do wyładowania ogólnego. Być może, że w niektórych mniej licznych przypadkach, w których napad rozpoczyna się od tonicznego skurczu, jednej połowy ciała, lub od ruchów całego ciała, jak w t. zw. *Epilepsia procursiva* lub *E. rotatoria*, to wyładowanie początkowe następuje zgodnie ze zdaniem Binswanger'a w ośrodkach podkorowych, w większości wszakże przypadków aura nosi wyraźne cechy pochodzenia korowego. Nie będę tu wyliczał różnych rodzaj aury, lista ich jest zbyt długa, wogólności jednak możemy rozróżnić 2 główne postaci: a) wyładowanie, które sprowadza pobudzenie pewnej części kory (Erregungsentladung), i b) wyładowanie tamujące (Hemmungsentladung). Wszystkie niemal części kory mózgowej mogą być siedliskiem aury i we wszystkich spotykamy te 2 rodzaje pobudzeń; przytoczę kilka dla przykładu: w dziedzinie *wzrokowej* mamy halucynacje, zjawiska entoptyczne (subjective Lichtempfindungen) albo zamroczenie pola widzenia, niewyraźność przedmiotów, w dziedzinie *sluchowej* słyszenie pewnych dźwięków lub tonów, albo nierozumienie mowy, przyciszenie wszystkich dźwięków, w sferze *czucia* parestezye, bóle albo znieczu-

lenie (objektywnie stwierdzone przez Nothnagla), w sferze *psychicznej* nagłe przyśpieszenie kojarzenia myśli lub idee natrętne, albo stan zamroczenia, niezdolność do pracy umysłowej. Aura *ruchowa* występuje najczęściej pod postacią drgawek klonicznych, bardzo rzadko spotykamy wyładowania tamujące jako przemijające niedowłady lub bezwłady (Nothnagel, Higier).

Podkreślając znaczenie aury, jako objawu wskazującego na pierwotne wyładowanie w korze, nie powinniśmy jednak zapomnieć, iż nie jest ona objawem stałym. W połowie przypadków, według Binswanger'a nawet w 68,7%, brak jej zupełnie, w typowych przypadkach ma być mniej częsta, niż w nietypowych. O wiele stałszym jest drugi objaw, który tłómaczymy jako *wyładowanie tamujące całej kory mózgowej* — mianowicie utrata przytomności, towarzyszące jej upadnięcie zależne być może od udziału kory ruchowej. Utrata przytomności jest najbardziej stałym objawem napadów padaczkowych: widzimy ją w napadach wielkich (*haut mal*) zupełnych i niezupełnych, i w mniejszym lub większym stopniu w napadach małych — *petit mal*. Twórcy dawniejszej teorii medularnej tłómaczyli utratę przytomności anemią mózgu, która powstać miała wskutek podrażnienia ośrodka naczynioruchowego w rdzeniu przedłużonym. Pomijając kwestyę, czy istotnie anemia mózgu towarzyszy napadowi — przypuszczenie to oparte jest na bladeści twarzy na początku napadu, nie jest jednak jak wykazał Gowers dostatecznie usprawiedliwionem — nie jest bynajmniej rzeczą dowiedzioną, że pobudzenie ośrodka naczynioruchowego wywołać może anemią mózgu. W każdym bądź razie, ponieważ zgodnie z nowszymi poglądami kora mózgowa jest siedliskiem wszelkich spraw, z których wynika samowiedza osobnika, utrata tej ostatniej zatem może być następstwem li tylko zawieszenia czynności kory, a że objaw ten następuje na samym początku napadu, możemy zatem wnioskować, że *po początkowym ograniczonym pobudzeniu — tamującym lub pobudzającym następuje ogólne pobudzenie tamujące kory mózgowej*.

Oto są fakty, na podstawie których upowszechniło się przekonanie o wybitnej roli kory w padaczce. Czy słusznym jednak jest pogląd, mocą którego *cały* napad padaczkowy rozgrywa się w korze? Czy wyłącznie w niej następuje owe wyładowanie napiętej energii? Na pytanie to odpowiedzieć musimy przecząco. Nie ulega kwestyi, że nie tylko kora, ale cały niemal układ ośrodkowy, a zwłaszcza ośrodki podkorowe, zwoje (jądra) centralne mają ważny w tem udział, i że pobudzenie ich nie ma bynajmniej tego podrzędnego znaczenia, jakie jedynie przyznać im chce Unverricht. Przeciw jego teorii wy-

łącznie korowej przemawia szereg danych również doświadczalnych jak i klinicznych. Binswanger potwierdził wyniki N o t h n a g l a: znalazł on, że istotnie u królika — w przedniej bocznej części dna 4-tej komórki znajduje się okoliça, której podrażnienie wywołuje toniczny skurez mięśni oraz ruchy złożone (Associirte Bewegungsformen), podobnie objawy wywołuje przecięcie mostu Varola. U psa otrzymuje się wyłącznie toniczny skurez li tylko przez przecięcie przedniej $\frac{1}{3}$ dołu równoległobokowatego. Ziehen, Joh annsen, Rosenbach, Ferrier i in., pobudzając lub przecinając ciała czworacze, wzgórze wzrokowe, ciało soczewkowane, otrzymywali również czy to skurez toniczny czy różnorodne ruchy złożone (Stoss, Stampel, Laufbewegungen).

Według Binswängera w częściach tych znajdują się ośrodki, które w zwykłych warunkach służą do regulowania napięcia mięśni i do koordynacji najzwyklejszych ruchów ciała (Principalbewegungen, Gemeinschaftsbewegungen) — podrażnienie ich wywołuje zatem skurez toniczny i owe ruchy ciała.

Ziehen dowiódł, że i w napadzie padaczkowym, wywołanym przez podrażnienie kory skurez toniczny nie jest zależny od samej kory, a od podrażnienia ośrodków podkorowych. Gdy ośrodek został wyluszczonej, odnośna część ciała, jak już powiedzieliśmy, nie przyjmuje w napadzie udziału: tak się rzecz ma jeśli stosujemy prąd słaby — cały napad wtedy ogranicza się do drgawek klonicznych, skurczu tonicznego zaś brak zupełnie; zjawia on się dopiero przy prądzie średniej siły, a przy silnym przeważa i łączy się ze wspomnianymi ruchami ciała. Otóż w tych warunkach część ciała, odpowiadająca wyluszczonemu ośrodkowi, przy prądzie średnim okazuje lekki tonus, a przy silnym taki sam ciężec, jak i w innych częściach ciała.

Zdaniem Ziehena, Binswängera i in. skurez toniczny i różne ruchy złożone, spostrzegane w padaczcze, odnieść należy do podrażnienia ośrodków podkorowych, drgawki kloniczne zaś są właściwe korze mózgowej. Z ośrodków podkorowych otrzymać wprawdzie można też pewien rodzaj drgań klonicznych; Clonus korowy odznacza się jednak: 1) rozprzestrzenianiem się stosownie do topografii ośrodków korowych; 2) brakiem rytmu; 3) współudziałem mięśni synerwicznych.

Bechterew i uczniowie jego otrzymali wyniki bardzo podobne, których streszczać tu nie będę. Prus przekonał się, pobudzając korę mózgową, że bodziec nie posługuje się torami piramidowymi, a idzie ku śródmózdu torami, które autor ten nazywa pozapy-

ramidowemi. Przecięcie dorsalnej części śródmózdzia czyni niemożliwym wywołanie drgawek korowych, przecięcie części wentralnej pozostaje bez skutku.

Również jak i autorzy wyżej przytoczeni Prus przyjmuje, w śródmózdzu ośrodek dla ruchów skojarzonych. Zdaniem jego bodziec korowy nie rozprzestrzenia się wcale wzdłuż powierzchni korowej: oddzielenie jakiegokolwiek ośrodka od sąsiedztwa zapomocą rurki lub cięcia nie przeszkadza wywołaniu napadu z tego samego ośrodka. Napad padaczkowy tą drogą wywołany ma być odruchem: w korze pobudzone zostają pierwiastki czuciowe (zapędzowanie kory kokainą uniemożliwia wywołanie napadu), cała szara istota śródmózdzia, rdzenia przedłużonego i rdzenia kręgowego służy do przenoszenia odruchu. Doświadczenia Prusa, dotyczące przecinania czepka potwierdzone i uzupełnione zostały przez Bischoffa, który pokazał, że każda połowa czepka pozostaje w związku z półkulą tej samej, a z mięśniami przeciwległej strony.

Tak więc drogą doświadczalną dowiedzionem zostało, że bynajmniej nie z kory wyłącznie otrzymać można objawy drgawkowe, że tylko pewne rodzaje drgawek klonicznych są korze właściwe, że w napadzie, wywołanym z kory, ośrodki pedkorowe mają znaczenie niezmiernie ważne, gdyż im jedynie przypisać należy składnik toniczny napadu i wszelkie ruchy skojarzone, a według najnowszych poglądów nawet samo powstanie napadu nie jest możliwym bez ich pośrednictwa.

Przechodząc do strony klinicznej, spotykamy się przedewszystkiem z kwestyą stosunku padaczki korowej do P. idyopatycznej. Co nazywamy P. korową, o tem już wspomniałem, jak również i o tem, że postać tę spotykamy najczęściej w ogniskowych cierpieniach kory lub jej sąsiedztwa. To samo — rozprzestrzenianie się drgawek klonicznych w pewnym wskazanym przez topografią kory porządku — spostrzegamy i w niektórych rzadkich zresztą przypadkach samoistnych, bez wszelkich cierpień ogniskowych (E. partialis idiopathica).

W większości przypadków jednak rozwój napadu P. samoistnej bywa wręcz odmienny. Po pierwotnem zatamowaniu czynności kory — utracie świadomości i upadku — następuje skurcz toniczny całego ciała, a później dopiero okres ruchów klonicznych, które przedstawiają się (według Binswanger'a).

- 1) jako ruchy z lokomocją — uderzenia, rzucania i t. p.;
- 2) wstrząśnienia drgawkowego (ruckartige Zuckungen) ciała i kończyn, zwłaszcza proksymalnych ich części;

3) drżenie tułowia lub kończyn;

4) odosobnione drgawki kloniczne, które jedne tylko odpowiadają postaci drgawek korowych.

Zapewne, nie zawsze napad epileptyczny trzyma się ściśle nakreślonej tu formułki, bywają napady, w których drgawki kloniczne poprzedzają skurcz toniczny, (napady nietypowe Binswanger'a), lub w których jeden z głównych okresów jest słabo zaznaczony albo brak go zupełnie, w każdym bądź razie powstawanie objawów nie jest takie jak w padaczce korowej, już sama utrata przytomności, która tu zjawia się dopiero po rozprzestrzenieniu się drgawek na wszystkie niemal mięśnie, w pad. samoistnej zaś rozpoczyna napad, stanowi poważną między nimi różnicę. Być może, że różnica ta w pewnej mierze polega, jak mniema Unverricht na ułatwionem przenoszeniu pobudek (Bahnung), wskutek czego początkowe przebudzenie kory przechodzi odrazu na całą korę i na ośrodki niżej położone: pobudzenie tych ostatnich zostaje jeszcze bardziej ułatwione, dzięki zatautowaniu czynności pierwszej. W padaczce korowej zaś pobudzenie, wolniej się rozprzestrzenia i łatwiej się ogranicza. Tak pojmując ich stosunek zrozumieć łatwo, że granica między nimi nie jest ścisłą. Z jednej strony na tle p. korowej rozwinąć się mogą napady, w których charakter korowy zacierają się zupełnie, utrata przytomności następuje odrazu, tonus mięśni przeważa i t. d. Można powiedzieć, że cierpienie ogniskowe lub blizna po niem, będące przyczyną P. korowej, sprowadza tego rodzaju zmiany w ośrodkach nerwowych i pobudliwości ich, które są analogiczne do zmian w padaczce samoistnej). Z drugiej strony spotykamy przypadki samoistne, w których aura ruchowa ma charakter drgawek korowych, które rozprzestrzeniają się podobnie jak w p. korowej, ale uogólnienie napadu, utrata przytomności następuje bardzo szybko.

Badanie ośrodków umożliwiające w kilku takich przypadkach, dzięki dokonanej trepanacji, nie wykryło w nich żadnych zmian.

Widzimy zatem, że aczkolwiek niema zasadniczej różnicy w sposobie powstawania napadów P. korowej i samoistnej, która to ostatnia, jak widzieliśmy, też najczęściej z kory początek bierze, to jednak w sposobie rozprzestrzenienia się drgawek jako też i w poszczególnych postaciach objawów drgawkowych różnią się one dość znacznie. Według wszelkiego prawdopodobieństwa różnica ta polega nie tylko na większej szybkości w przenoszeniu pobudki, ale i na wcześniej-

szem lub silniejszym pobudzeniu ośrodków podkorowych, które nadaje napadom pewne cechy charakterystyczne.

Streszczając to, co powiedzieliśmy o powstawaniu napadu epileptycznego, powiedzieć możemy :

1) napad epileptyczny — zupełny — nie zajmuje jednej, tylko jakiegokolwiek bądź części układu nerwowego. Cały układ ośrodkowy — zarówno kora, jak i ośrodki podkorowe i nawet rdzeń kręgowy są miejscem wyładowań nagromadzonej energii, których wyrazem jest napad;

2) wyładowania te, będąc z punktu widzenia fizyologicznego zwiększoną czynnością pierwiastków nerwowych, mogą być tak samo jak prawidłowa czynność tych pierwiastków — tamującami lub pobudzającami;

3) punktem wyjścia wyładowania bywa w wielkiej części przypadków kora mózgowa, klinicznie wyraża się to pod postacią różnego rodzaju aury;

4) w dalszym rozwoju napadu kora mózgowa również ma znaczenie przodujące, jak widać z utraty przytomności, nagłego upadnięcia, drgawek klonicznych i zaburzeń psychicznych ponapadowych. Ale i udział ośrodków podkorowych jest w napadzie typowym jasno wyrażonym, zwłaszcza w tonicznym skurczu mięśni, niekiedy i w zjawiskach drgawkowych lub poruszeniach całego ciała;

5) padaczka korowa jest odrębną postacią padaczki, wyróżniającą się bardziej powolnym rozprzestrzenianiem się pobudki w porządku, który odpowiada położeniu ośrodków w korze. Spotykamy ją najczęściej w cierpieniach ogniskowych mózgowia, ale niekiedy i bez wyraźnych zmian w ośrodkach korowych.

(C. d. n.).

II. Kartka z dyetyki chorób narządów trawienia.

Dyeta mleczna w chorobach żołądka i kiszek.

Odczyt, wygłoszony d. 24 lipca na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie.

PODAJE

Dr. Józef Zawadzki.

(Dokończenie).

V.

Jeżeli choroby żołądka o tyle już zbadane zostały, że dziś nowe w tej dziedzinie prace mogą nie wiele już kwestyi nierozwiązanych rozwinać i wyjaśnić, nie da się tego opowiedzieć o chorobach kiszek. Pochodzi to zarówno od różnorodności spraw, odbywających się w kiskach, jak i skutkiem trudności badań bezpośrednich nad trawieniem kiskowem.

Z żołądka w każdym momencie trawienia możemy z łatwością otrzymać zawartość i zapoznać się ze zmianami stopniowemi, jakim miazga pokarmowa podlega, z kiszek zawartości nie możemy otrzymać w każdym okresie trawienia, a tylko badać w warunkach prawidłowych produkty końcowe. Nasze wiadomości czerpiemy z doświadczeń na zwierzętach i nielicznych badań nad przetokami, z wielką jednak ostrożnością możemy budować teorye na tem dla trawienia normalnego, gdyż ustrój zwierzęcy różni się od ludzkiego, a badania przy przetokach dokonywane są, bądź co bądź, na ludziach chorych.

Ztąd też, jak dotąd, badania nasze co do strawności musimy opierać na badaniu kału—końcowego wytworu trawienia. Nie będę, naturalnie, na tem miejscu rozpatrywać różnych spraw, zachodzących w kiskach, zaznacze, że po zmydleniu, zpeptonizowaniu i zcukrzeniu pokarmów nie cała ich ilość zostaje wchłonięta, a część znaczna wydalą się jako balast, którego ustrój spotrzebować nie może.

Na zasadzie licznych badań Rubner (Z. f. Biol 15. 115), ułożył tablicę strawności pokarmów, z której widać:

P o k a r m	W a g a		W c h ł o n i ę t o w %				
	świeża	such. poz.	subst. such.	białk.	tłuszcz.	węglow.	soli
Mięso	884	376	95	97	95	—	82
Jaja	984	247	95	97	95	—	82
Mleko	2470	315	92	94-99	95-97	100	51
Mleko z serem	2470	420	94	96	97	100	74
Bułka	860	758	95	81	—	99	93
Chleb czarny	1360	765	85	68	—	89	64
Makaron	695	626	96	83	94	99	76
Kukurydza	750	641	93	85	83	97	70
Kukurydza z serem	—	780	96	93	91	96	81
Ryż	638	552	96	80	93	99	85
Kartofle	3078	819	91	68	96	92	84

Tablica ta wskazuje, że w szeregu pokarmów mleko zajmuje jedno z miejsc naczelnych co do strawności i, że w warunkach normalnych liczyć możemy na wessanie 94%—99% białka, 95%—97% tłuszczów i całej ilości węglowodanów, ztąd wniosek, że jest to pokarm godny zalecenia w chorobach kiszek.

Co się tyczy spraw chorobowych Müller (Z. f. med. XV), badając wchłanianie pokarmów u chorych doszedł do wniosku, że wchłanianie różnych elementów pokarmowych pod wpływem spraw chorobowych nie jednakowym ulega zaburzeniom, tak np. najłatwiej ulega zaburzeniu wchłanianie tłuszczów, najtrudniej—węglowodanów—te ostatnie jednak łatwo fermentują. Fermentacya i gnicie w kiszkiach pod wpływem bakteryi odbywają się już w warunkach prawidłowych, w sprawach chorobowych wzmagają się do wysokiego natężenia, zależnie od rodzaju sprawy i odporności ustroju. Ztąd przez czas pewien stosowano w tych razach antyseptykę kiszkiową, podając cały szereg antyseptyków. Jak zwykle w tych razach zbyt ufano metodzie, nie zastanawiając się, że, zważywszy długość kiszki i powierzchnię błony śluzowej, wreszcie objętość zawartości, należałoby tyle wprowadzić środka przeciwbakteryjnego, iż lek antyseptyczny, zabiwszy bakterye, współcześnie pozbawiłby życia i chorego. Dlatego też słusznie zarzucono tę metodę.

Rubner i Orthweiler próbowali oznaczać stopień zdoiności pokarmów do spraw fermentacyjnych w kiszkiach, nie otrzymali jednak

wyników pozytywnych, choć Rubner zauważył, że przy karmieniu chlebem ilość bakterii w kale zmniejszała się znacznie.

Jak widzimy przeto o zachowaniu się pokarmów pod wpływem bodźców prawidłowych i chorobowych w kiszki posiadamy jeszcze bardzo ogólnikowe pojęcie i sprawa żywienia opiera się raczej na empirji, niż na ściśle naukowych podstawach. Z tem wszystkim pod względem dyetetyki w chorobach kiszki wypracowano pewne prawa empiryczne, które lekarzowi dać mogą przykłady jak chorych żywić.

Choroby kiszki pod względem dyetetyki podzielić możemy na następujące grupy:

- a) choroby błony śluzowej kiszki (nieżyty, owrzodzenia nowotwory);
- b) zmniejszenie i wzmożenie ruchów robaczkowych;
- c) zwężenie kiszki;
- d) nerwice kiszki.

Choroby błony śluzowej kiszki co do przyczyn, zmian i przebiegu nie różnią się od chorób innych błon śluzowych, funkcje błony śluzowej podlegają zmianom jakościowym i ilościowym, a dotyczy to zarówno wydzielania soków, jak i wchłaniania zawartości kiszki. Rozróżniamy cierpienia ostre i przewlekłe, rozróżniamy, jak i w chorobach innych błon śluzowych, nieżyty, owrzodzenia, nowotwory.

Nieżyte ostre kiszki inne mają przyczyny i objawy, zależnie od od odcinka, w którym przebiegają: inaczej przebiegać będzie nieżyt dwunastnicy, inaczej wyrostka robaczkowego, inaczej kiszki cienkich i grubych. Mamy tu szereg odcieni w przebiegu choroby, które ułatwiają nam postawienie rozpoznania, ale co się tyczy dyetetyki ta jedno ma tylko wskazanie w przebiegu ostrych nieżytów — wstrzymanie się od pokarmów przez cały czas trwania objawów burzliwych. Gdybyśmy nie uczynili zadosyć temu wskazaniu, niewątpliwie, stan pogorszyłby się i mógł się stać dla życia chorego niebezpiecznym. Nie będę więc dłużej zajmował uwagi czytelnika cierpieniami ostre, a przejdę do przewlekłych. Różnica między nieżytem przewlekłym kiszki cienkich a grubych jest znaczna, co łatwo zrozumieć z fizjologicznej funkcji, jaką wypełnia każda z tych części narządów trawienia oraz z budowy anatomicznej.

Nieżyty kiszki cienkich są chorobą ciężką, gdyż wywołują upadek odżywiania, skutkiem nieprawidłowego wydzielania soku, śluzu oraz upośledzonego wchłaniania, dlatego też dyetetyka gra tu rolę ważną w leczeniu. Stosowanie diety mlecznej często napotyka na

trudności, ale częściej dyeta ta jest wyborynym środkiem leczniczym, byle zastosowana była umiejętnie. Tam, gdzie biegunka jest silna, gdzie dużo niestrawionych cząstek pokarmowych możemy wykryć w kale, mleka słodkiego nie podaję nigdy, gdyż wzmacnia biegunkę, natomiast z dobrym skutkiem zalecam kefir dobrze sfermentowany 3-dniowy, a prócz tego kleiki, rosoly i lekką dyetę białkową. Skoro objawy zaczynają słabnąć, przechodzę stopniowo do mleka kwaśnego i słodkiego, zawsze dodając do tego ostatniego 10% wody wapiennej. Tam, gdzie wydziela się z kałem dużo śluzu, dodatek sody lub soli karlsbadzkiej, rozpuszczających śluz i dających przez to łatwiejszy dostęp pokarmom do błony śluzowej, prowadzi do wyleczenia. W ogóle, w chorobach кишки cienkiej przekładam pokarmy białkowe, unikam zaś nadmiaru pokarmów roślinnych, łatwo fermentujących i drażniących błonę śluzową zarówno przez zawartość drzewnika jak i przez produkty fermentacji. Co się tyczy stopniowania mleka, zależne ono jest od indywidualnych właściwości chorego i objęte w szemat żadną miarą być nie może.

Przewlekłe *nieżyty dwunastnicy* leczą się mlekiem wyborynym, a towarzyszące im objawy jak żółtaczka znikają szybko, zwykle stosuję w początkach mleko chude, gdyż tłuszcze wtedy trawią się źle, skutkiem zmniejszonego wpływania do kiszek soku trzustkowego i żółci.

Przewlekłe *nieżyty kiszek grubych* są mniej groźne dla ustroju, gdyż odżywianie chorego mniej cierpi, są natomiast często dotkliwe wobec częstych obostrzeń i trapiących chorego rozwołnień śluzowych, występujących naprzemian z zaparciem stolca, o tyle jednak mamy tu zadanie łatwiejsze, że kiszka gruba jest dostępna dla lekarstw przez odbyty wprowadzanych. Mnie osobiście najlepsze wyniki dawały lauwatywy Fleinera.

Mleko i dyeta mleczna nie mogą mieć w tem cierpieniu zbyt wybitnego działania leczniczego, dodaję je do pokarmów innych, szczególnie w postaci twarogu świeżego, kefiru i mleka kwaśnego; w razie zaparcia zalecam 50—60 grm. cukru mlecznego w mleku lub kefirze 1-dniowym.

Co się tyczy owrzodzeń, we wrzodzie dwunastnicy dyeta mleczna też samą odgrywa rolę, co i we wrzodzie żołądka, bliżej więc omawiać jej nie ma celu wobec powiedzianego powyżej; toż samo dotyczy raka kiszek. Dopóki zwężenie kiszek skutkiem nowotworu nie jest silne, dyeta mleczna winna być zalecana, gdy występują objawy zwężenia zaprzestać należy podawania mleka, gdyż ze wszystkich pokarmów zwierzęcych najwięcej stosunkowo daje kału. Tam, gdzie zwężenia

niema, mleko i przetwory mleczne, jako łatwo strawne, zawsze zalecać należy.

W chorobach zakaźnych, przebiegających ze zmianami na błonie śluzowej jak gruźlica, dur brzuszny, czerwonka i t. p., mleko i dyeta mleczna oddają nieocenione usługi, tak np. w durze brzusz-
nym jest to nieomal pokarm jedyny, jaki podajemy chorym przez cały czas trwania choroby, pokarm niedrażniący błony śluzowej i łatwostrawny.

Wysoka wartość pożywna, brak substancji drażniących sprawiają, że w połączeniu z napojami śluzowymi chorzy z gruźlicą kiszek znoszą ten pokarm stosunkowo najlepiej, szczególnie kefir 3-dniowy i kumys z dużą zawartością kwasu mlecznego i wysokoju są wtedy najbardziej na miejscu, dla poprawy odżywiania można też chorym zalecać twaróg świeży, rozbity w mleku kwaśnem.

Zaburzenia w sferze ruchowej kiszek nie nadają się zupełnie do leczenia dyetą mleczną; w zaparciach stolca, niektórzy zalecają serwatkę lub maślanę, trwałych jednak wyników nie widziałem, lepsze wyniki dają inne metody lecznicze, przeważnie mechaniczne.

O nerwicach kiszek da się toż samo powiedzieć, co o nerwicach żołądka: mleko można stosować *larga manu*.

* * *

W powyższym odczycie starałem się rozpatrzeć warunki, w jakich stosować należy mleko bądź w postaci ścisłej diety mlecznej, bądź też jako dodatek do innych pokarmów. Mleko powinno znaleźć szersze zastosowanie w chorobach narządów trawienia, niż dotąd i jeśli co stoi na przeszkodzie do rozpowszechnienia diety mlecznej, to małe zaufanie lekarzy w miastach większych do wartości tego pokarmu. W ostatnich jednak czasach nastąpił zwrot ku lepszemu w Warszawie, mianowicie z chwilą, gdy produkcję mleczną wzięli w ręce wielcy właściciele ziemscy w okolicy Warszawy i gdy powtórzyły się spółki mleczne dla produkcji na wielką skalę. Mleko tych zakładów, analizowane przezemnie i przez innych lekarzy, uważać można za dobre. Szczególniej, godne polecenia jest mleko centryfugowane i pasteuryzowane, którego cena niezbyt się różni od mleka nieprzerabianego. Mleko sterylizowane nie przyjęło się na bruku warszawskim, a mleko zgęszczone sprowadzać trzeba z zagranicy. Gdyby wśród lekarzy było większe zapotrzebowanie na mleko, niewątpliwie, przemysł w tym kierunku dałby się rozwinąć, żadnych bowiem przeszkód ku temu nie widzę.

Dziś, gdy mleko warszawskie nie budzi zbyt dużego zaufania, należy je przegotowywać przed użyciem w domu.

Zarówno jednak jak i słabe zainteresowanie się dyetą mleczną wśród lekarzy, szkodliwe jest i przesadne stosowanie mleka. Dlatego też szczegółowe podałem wskazania i rozpatrzyłem warunki diety mlecznej w chorobach żołądka i kiszek. Jedyna w czasach ostatnich spolszczona praca Hoffmana, poświęcona dyetetyce, mało uwzględniła dyetę mleczną i po macoszemu ją traktuje, może więc słów kilka w tej kwestyi nie zawadzi.

Literatura. *)

E. v. Leyden. Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik. Leipzig. 1897.

Munk i Uffelman. Die Ernährung der gesunden und kranken Menschen. Wien. 1891.

Jaworski. Podręcznik chorób żołądka. Kraków. 1899.

E. Jaworska. Kuchnia higieniczna. Kraków. 1897.

Kolisch. Lehrbuch der Diätetischen Therapie. Leipzig. 1899.

F. Hirschfeld. Nahrungsmittel und Ernährung. Berlin. 1900.

T. A. Hoffman. Kuracye dyetetyczne. Warszawa. Odczyty kliniczne № 125—127.

Fleischer. Speziele Pathologie und Therapie der Magen und Darm Krankheiten. Wiesbaden. 1899.

Nothnagel. Die Erkrankungen des Darms. Wien. 1895.

Wegele. Diätetische Behandlung d. Magen - Darmerkrankungen. Jena. 1896.

Th. Rosenheim. Pathologie und Therapie der Krankheiten des Verdauungsapparates. Wien. 1896.

Boas. Diagnostik und Therapie der Darmkrankheiten. Leipzig. 1898.

C. Voit. Handbuch d. Ernährung.

Karel. „Arch. gén. de méd.“ 1866.

Noorden. „Berl. Klin. Woch.“ 1891.

Rubner. „Zeitschr. f. Biol.“ Z. 15, 17, 18, 21.

Reichmann. „Gaz. lek.“ 1884, 1885.

Boas. Krankheiten des Magens — wyd. 1892.

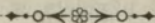
J. Zawadzki i L. Nencki. O wyjąławianiu mleka. „Zdrowie“ 1891 i „Gaz. lek.“ 1891.

J. Zawadzki. O siarkowodzie w żołądku rozszerzonym. „Kron. lek.“ 1894.

„ „ O zaparciu stolca i t. zw. chorobie Glénarda. Warszawa. 1895.

„ „ i J. Luxemburg. Przypadek wrzodu żołądka. „Gaz. lek.“ 1893.

*) Podaję tu źródła ważniejsze, z których czerpałem w toku tej pracy.



II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

337. Hans Baaz (Grac). **Leczenie przewlekłych owrzodzeń goleni.**
(Sammlung Klinisch. Vorträge № 267. 1900).

Opis leczenia, jakie autor stosował u całego szeregu chorych na przewlekłe owrzodzenia goleni, poprzedzają wzmianki dość obszerne o tem, jaki przykry dla oddziałów chirurgicznych balast stanowią tego rodzaju chorzy, jak pożądanym byłby sposób leczenia owrzodzeń ambulatoryjnie i jak przedstawia się w świetle nauki patologia i patogeneza tego cierpienia.

Główną przyczyną owrzodzeń goleni są rozszerzenia żył; długo-trwały ucisk a ztąd utrudniony odpływ krwi z kończyn dolnych prowadzi z biegiem czasu do zastoju w żyłach międzymięśniowych i podskórnych oraz do wężowatego ich skręcenia; ściany żył tracą swoją kurczliwość, tworzą się już to większe, już mniejsze wypuklenia zatokowe, zastłonki żyłne stają się niedomykalnymi i zanikają, krew krąży w żyłach wolniej, a nawet zatrzymuje się; w zatokach i skrętach naczyń tworzą się zakrzepy, niekiedy wapniejące (kamienie żyłne). Równoległe do tego odbywają się zmiany chorobowe w samych ścianach naczyń w tkance łącznej otaczającej naczynia i w skórze. Ściany żył to grubieją miejscami, to częściej cienieją lub zupełnie zanikają; sąsiednie rozszerzenia żył (phlebectasia) niekiedy zlewają się ze sobą wskutek zaniku ścian (phlebectasia anastomotica); skóra pokrywająca odnośne miejsca również zanika i staje się cienką, tak, że wystarcza niewielkie jej obrażenie, by spowodować niebezpieczny krwotok z rozszerzonej żyły, sama zaś ranka wskutek wadliwych warunków krążenia i niedokładnego odżywiania nie ma skłonności do gojenia się i daje początek owrzodzeniu. Dalej, owrzodzenia powstają skutkiem ropni okołożyłnych, otwierających się na zewnątrz, skutkiem pryszczycy i innych wykwitów, np. impetigo, na skórze, czynnikami zaś sprzyjającymi rozwojowi owrzodzeń są cienka skóra, przekrwiona i pigmentowana, obrzęk i przerost tkanki łącznej, słońsiowacizna.

Raz utworzywszy się, owrzodzenie ma skłonność do szerzenia się wokoło oraz w głąb, sprawa chorobowa dochodzi do kości (periostritis et ostitis chronica), otaczająca dany wrzód skóra jest stale w stanie podrażnienia zapalnego, a tem samem bardzo podatna do tworzenia się nowych wrzodów. Te zaś ostatnie goją się nader opieszale i czynią z dotkniętych nimi osobników prawdziwe ofiary. Zagrożony jest nawet, owrzodzenia są skłonne do nawrotów, gdyż pokrywają się cienkimi, delikatnymi bliznami, a otaczająca je skóra,

zarówno jak podłoże zostają nadal w niekorzystnych warunkach odżywczych.

Trwałego zagojenia możnaby spodziewać się tylko wówczas, gdyby udało się przyprowadzić całą chorobowo zmienioną skórę do normy, gdyby udało się poprawić krążenie krwi i odżywianie tkanek, wreszcie gdyby owrzodzenie pokrywało się jędrną ziarniną a następnie mocną blizną.

Ze wszystkich sposobów leczenia owrzodzeń goleni autor zatrzymał się nad sposobem *Unny*, wypróbowanym następnie przez wielu innych lekarzy. Sposób ten odpowiada, według *Baaz'a*, wszelkim wymogom: opatrunek wywiera dostateczny, równomierny ucisk na tkanki miękie, a jednak jest elastyczny, dzięki czemu poprawia krążenie krwi i zapobiega obrzemiom zastoinowym; nie ogranicza ruchów stopy, stanowi znakomitą ochronę przeciwko wszelkim podrażnieniom zewnętrznym, nie zmusza chorego do leżenia w łóżku i odrywania się od codziennych zajęć, wreszcie zmienia się stosunkowo rzadko i jest tani.

Jeden warunek jest konieczny, mianowicie, by chory w odpowiedniej chwili zwracał się do lekarza w celu zmiany opatrunku, a pora taka nastaje wówczas, gdy opatrunek zaczyna przesiąkać wydzieliną z owrzodzenia. Leczenie sposobem *Unny* nie przeszkadza zresztą, by w odpowiednim czasie, o ile chory zgadza się na to, wykonać przeszczepienie naskórka na ziarninowe powierzchnie, co przyspiesza znakomicie wyleczenie doszczętnie.

Baaz leczy swoich chorych w sposób następujący: obmywa jak najdokładniej i oczyszcza całą stopę i goleń; oczyszcza owrzodzenia z wydzielin, strupów i ciał obcych, odkaża owrzodzenie słabym roztworem sublimatu (1:2000), następnie osusza je zwitkiem waty sterylizowanej. Jeżeli w owrzodzeniu i na otaczającej je skórze widoczne są objawy zapalne (róża lub ropówka), wtedy poprzedza autor właściwe leczenie okładami z płynu Burowa, które stosuje aż do zniknięcia tychże objawów. Opatrunek stały wykonywa się w ten sposób: względnie oczyszczone owrzodzenie posypuje się jodoformem lub eufrofenem (dobry jest dodatek ortoformu w ilości 25% jako środka znieczulającego) i pokrywa się kawałkiem silku, wystającym nieznacznie poza brzegi wrzodu; otaczająca ten ostatni skóra, twarda, przyszycowata i bliznowo zwyrodniała, smaruje się dość grubo aż do zdrowych miejsc pastą *Lassara* (Zinci oxyd. Amyli puri aa p. 1 Vaselini fl. p. 2); następnie kładzie się mniejsza lub większa ilość (zależnie od wydzielin z owrzodzeń) warstw gazy odkażonej i waty. Wówczas smaruje się zapomocą pędzla całą kończynę, począwszy od połowy stopy do kolana, z wyjątkiem miejsc odpowiadających siedlisku owrzodzeń, masą klejowo cynkową rozrobioną w gorącej wodzie. Skład tej mieszaniny jest następujący: Zinci oxyd. Gelatinae aa 20,0. Glycerini Aq. destillatae aa 80,0; jeżeli smarowidło jest za gęste, dodaje się, wedle potrzeby, nieco wody lub gliceryny. Na powyższą warstwę smarowidła kładzie się opaska krochmalowa, zwilżona w wodzie ciepłej i wyżęta, którą opasuje się dokładnie i szczerlnie całą kończynę; później znów warstwa smarowidła, druga opaska krochma-

lowa i jeszcze raz smarowidło cynkowe. Zazwyczaj wystarcza 2—3—4 warstw naprzemian. Na ostatnią warstwę kleju cynkowego kładzie się zwykła sucha opaska z gazy, zabezpieczająca od walania się i przyklejania odzieży i nadająca ładniejszy i trwalszy wygląd całemu opatrunkowi.

Chory czuje się w takim opatrunku doskonale, wszelkie prawie dolegliwości ustępują, zwykła, codzienna praca nie doznaje uszczerbku, gdyż chory może swobodnie i bez bólu chodzić. Zależnie od ilości i jakości wydzieliny z owrzodzeń opatrunek można trzymać bez zmiany 1—3 tygodni; zwykle z początku zmienia się go częściej, w miarę zaś jak owrzodzenie oczyszcza się i poczyna ziarninować, co następuje dość szybko, można zmieniać opatrunek co kilka tygodni. Zmieniając opatrunek, powtarzamy wszystkie te czynności na kończynie, jakich dokonywaliśmy za pierwszym razem, z wyjątkiem tylko, że, z chwilą gdy wrzód oczyścił się i pokrył jędrną ziarniną, smarujemy go maścią z hydrargyr. praecip. rubrum, a w miarę potrzeby azotanem srebra. Gdy zagojenie nastąpiło, należy jeszcze czas jakiś, dopóki blizna nie stwardnieje, nakładać opatrunek klejowy cynkowy a wreszcie nauczyć chorego, by potem opasywał sobie dłuższy czas kończynę (od połowy stopy do kolana) opaską trykotową (6 ctm. szeroką i 5 metrów długą).

Kończy autor pracę swoją przytoczeniem kilku historii chorób jednoznacznych, niekiedy zaiste rozpaczliwych, gdzie otrzymano zagojenie doszczętne. Opisany sposób leczenia jest również nader skuteczny w dolegliwościach z powodu rozszerzenia żył bez owrzodzeń goleni.

W. Żurakowski.

Wyciąg ze sprawozdania ze zjazdu chirurgów niemieckich, odbytego w d. 18—21 kwietnia 1900 r. w domu Langenbeck'a.

(Beilage zum Centralbl. für Chirurgie № 28. 1900).

338. Bunge (z Królewca). Przyczynę do patologii i terapii rozlicznych postaci zgorzeli, umiejscowionej na kończynach dolnych.

Przyczynę powstawania zgorzeli kończyn dolnych omawiano, jak dotąd, rozmaicie, największej zaś powagi używały dwa, dość sprzeczne w stosunku do siebie poglądy. Winiwarter i zwolennicy jego dopatrują głównego źródła zła w nadmiernem rozrastaniu się, na skutek sprawy miażdżycowej, błony wewnętrznej (intima) naczyń, co prowadzi ostatecznie do ich zamknięcia (endarteritis obliterans); z drugiej znów strony twierdzi v. Zege-Manteuffel, że w grę tu wchodzi przeważnie stwardnienie (sclerosis) tętnic i następcze powstawanie zakrzepów, które, organizując się, wywołują zamknięcie naczyń w zakresie większym lub mniejszym.

Na zasadzie wyników, jakie można było osiągnąć z 14 przypadków odnośnych, B. usiłuje sprawę sporną rozstrzygnąć stanowczo, przyczem główną zwracał uwagę na: a) określenie ilości i mas, zamykających naczyń, t. j. rozrostów warstwy wewnętrznej i zakrzepów wraz z wytworami tychże — złogami bujającego śródbłonka; dalej: b) jak różnią się one histologicznie i c) w jakim, wreszcie, znajduje się stosunku cierpienie, w mowie będące, do zwapnienia? (arteriosclerosis).

Z patologii naczyń wiadomo, że w wieku starszym na warstwie wewnętrznej tętnie, osobliwie na kończynach dolnych, występują zgrubienia bądź pod postacią wysepek i wypukłości (arteriosclerosis nodosa) bądź rurek, lub kolisto na większej naczynia przestrzeni (arteriosclerosis diffusa). Rozrastające się stwardnienia intymae składają się, jak stwierdzono pod drobnowidzem, z mocnej i pozbawionej naczyń tkanki, ubogiej w jądra, a obfitującej w sprężyste włókna i skłonnej do zmian wstecznych, jak — zwyrodnienie tłuszczowe, szkliste i zwapnienie. Po zabarwieniu tkanka ta odróżnia się wybitnie od zaopatrzonej w komórki i naczynia obficie, ubogiej co do włókien sprężystych, zawierającej liczne barwnika krwi bryłki tkanki organizacyjnej zakrzepu. Różrosty sklerotyczne błony wewnętrznej wytwarzają się zwykle w miejscu odejścia gałązek mniejszych od naczynia większego, niekiedy naprzeciwko tego miejsca lub z obu jego stron. Zwężenie światła naczynia, zawarunkowane przez rozwój zgrubień powyższych jest równoznaczne czasami z zupełnem kanału tętniczego zamknięciem, a po za zwężeniem owem, wielokrotnem najczęściej na skutek wynikających ztąd zaburzeń w krwiobiegu, powstają organizujące się niebawem zakrzepy. Te ostatnie posuwają się dalej w kierunku dośrodkowym i obwodowym, zamykają krążenia oboczne, są więc nader dla życia kończyn niebezpieczne, stwarzając dogodne dla rozwoju zgorzeli warunki.

Możnaby dziwić się i, poniekąd, słusznie, że owe pierwotne sklerotycznej natury przerywanie drożności naczyń tak długo uchodzić mogło uwagi badaczy. Prawdopodobnie było to zależnem od późnego podejmowania badań, bo nie ulega wątpliwości najmniejszej, że zwężenia owe są zjawiskiem pierwotnem, zakrzepy zaś—wtórnein.

Leczenie w przypadkach tego rodzaju może być tylko chirurgiczne, sprowadza zaś się głównie do odcięcia kończyny, wykonywanego zazwyczaj na podudziu. U osobników młodszych, o ile na zgorzel tego rodzaju zapadną, można spróbować jeszcze zabiegów zachowawczych, z małemi wszakże widokami powodzenia.

Zaleca się zatem, z chwilą wystąpienia pierwszych objawów, jak bóle natury goścowej, utykanie, brak tętna w naczyniach stopy i t. p., długotrwałą terapię jodową oraz kąpiele w Nauheim, wpływające korzystnie na wytwarzanie się dróg obocznych. Jeżeli zgorzel stwierdzoną zostanie niewątpliwie, nie ma co długo czekać na zarysowanie się jasnej linii demarkacyjnej i należy operować pośpiesznie, świeżo bowiem i ciągle nagromadzające się zakrzepy mogą uczynić niezbędnem wykonanie amputacji kończyny wyżej jeszcze.

339. Friedrich (z Lipska). **Przedstawienie chorej z ropówką ręką ramienia lewego pochodzenia naczyniowego.**

26-letnia kobieta zadrapała się podobno przed 8 laty w lewą rękę; od chwili tej w odstępach czasu 6—9 miesięcznych odnawiały się stale na ramieniu i barku lewym, i tam wyłącznie tylko, obrzmienie oraz zaczerwienienie żywe wraz z bolesnością kończyny, co wszystko wytwarzało zawsze obraz kliniczny, właściwy dla ropówki (phlegmone) typowej. Na kończynie, w mowie będącej, znaleziono podczas badania 48 blizn od cięć operacyjnych. Nigdy, jak twierdzi chora, z ogniska przeciętego nie wylewała się ropa, pomimo to bóle ustępowały zawsze niebawem po dokonaniu incyzji. Ustrój nerwowy kobiety owej nie wykazywał żadnych swoistych dla histeryi objawów, jak również wykluczone były stanowcze przewlekłe cierpienie okostny oraz własności zakaźne powyższej sprawy chorobowej.

340. Blumberg (z Lipska). **Nowe rękawiczki operacyjne.**

Gdy po licznych w zakresie bakteriologii poszukiwaniach przekonano się, że rąk operującego nie udaje się nigdy wyjałowić z pewnością niezłomną, niektórzy z chirurgów, jak Mikulicz, Küstner, Döderlein i inni zaczęli używać rękawiczek, nastęrczających, wszelako, w zastosowaniu swoim pewne trudności techniczne. Przedewszystkiem nie łatwym jest manewrować palcami, zaopatrzonemi w rękawiczkę, zwilżoną przez krew, ciecz wysiękową lub płyny odkażające, gdyż rękawiczka wówczas łatwo zesuwa się; daję, ciężko operować tak zaopatrzoną ręką na narządach o powierzchniach gładkich i śliskich, tych bowiem pomocnik nie utrzyma długo w położeniu pewnem, co znów koniecznym jest warunkiem podczas wykonywania rękoczynów na żołądku, kiszkach, wątrobie, w dziedzinie ginekologii albo akuszeryi. Autor obmyślił zatem pewne w wyrobie rękawiczek operacyjnych udogodnienie, polegające na zaopatrzeniu części tychże przeznaczonych do chwytania i trzymania w powierzchnię szorstką, chropawą, pozostawiający najskrajniejsze czubki palców, niezbędne dla obmacywania, gładkiemi. Na niektórych rękawiczki gumowej modelach nie wszystkie palce urobione są na szorstko w stopniu jednakim, innym znów razem paluch wraz z wskazicielem lub palcem środkowym tylko, niekiedy wreszcie i dłoniowa cała rękawiczki powierzchnia jest chropawą. Ażeby rękawiczka taka mogła być przydatną jednocześnie dla prawej i lewej ręki, w innowacye owe zaopatrzonemi zostały obie powierzchnie: grzbietowa oraz dłoniowa.

Wyjaławianie rękawiczki odbywa się drogą gotowania w ukropie, przyczem powierzchnia szorstka nie ulega uszkodzeniu nigdy. Długość rękawiczek bywa rozmaita, niektóre sięgają do napięstka tylko, inne zachodzą aż na ramiona; grubość materyału, z którego wyrabiają się, bywa tu całkiem dowolną. Dla operacji nader subtelnych można używać rękawiczek tak cienkich, jak kondony; wypełnienie uprzednie wodą wyjałowioną lub wysypanie talkiem ułatwia

wciąganie na palce. Rękawiczka pasować musi do ręki dokładnie i nigdy nie powinny załamywać się koniuszeczki palców. Przed przystąpieniem do badania narządów płciowych rękawiczki namaszcza się waseliną, po użyciu należy je wysuszyć możliwie prędko i przeprowadzić razy kilka nad płomieniem.

Z uwagi na ustalenie się dziś poglądu, że przy sposobach istniejących odkażenie doszczętne rąk operującego jest tak prawie jak niemożliwe, w skutek czego ranie operacyjnej zagraża zawsze niebezpieczeństwo infekcyi, użycie rękawiczek nieprzepuszczalnych, jako wykluczające zupełnie groźbę ową, staje się koniecznością podczas wykonywania zabiegów aseptycznych. Osobliwie niezbędnymi rękawiczki takie są tam, gdzie chirurg, lub który z jego pomocników ma na rękę skaleczenia niejaki, z tych właśnie bowiem miejsc otrzymywano już nieraz liczne drobnoustrojów najzłośliwszych kolonii; niezbędnymi są dalej w tych razach, w których brak czasu na mycie rąk dokładne, w przypadkach zatem krwotoku, podczas wykonywania rękoczynów poporodowych i t. p. Z drugiej strony i dla chirurga samego rękawiczki te są rzeczą areypożądaną, bronią go bowiem i jego klientów przyszłych od zakażenia. Dla ścisłości dodać wypadnie, że rękawiczki, w mowie będące, dostarcza firma Zieger i Wiegand'a w Lipsku po cenach bardzo umiarkowanych.

341. Czerny (w Heidelbergu). O leczeniu raków nieoperacyjnych.

Mówca zaznacza przedewszystkiem, że, co najmniej, $\frac{3}{4}$ ilości ogólnej wszystkich nowotworów złośliwych są dla noża niedostępne i, że w Niemczech samych umiera na nie rocznie około 40,000 ludzi, wielu zaś, obarczonych temże cierpieniem prowadzi życie pełne udręczeń. Ulżyć losowi osobników tych, podtrzymywać gasnącą dla nich nadzieję jest obowiązkiem lekarza, bo jeżeli i ten ręce opuści, choremu pozostaje chyba szukać ratunku u oweczarza albo innego w guscie tym partacza. Nawiedzony cierpieniem tak ciężkim jest przekonany, że na świecie musi dlań rosnać ziele jakieś, na chorobę jego skuteczne, o którym może nie wie lekarz, lecz które zna jakiś człowiek wybrany.

Określenie ścisłe, co rozumieć należy pod pojęciem raka nieoperacyjnego, nie jest tak, jak się wydaje, łatwym, gdyż choć przypuszczać można w danym przypadku, że uda się usunąć doszczętnie wszelakie miejsca podejrzone, to jednak nie wykonywa się zabiegu u kobiety starej, np. która ma raka włóknistego (scirrhus), nie wrzodziejącego i rosnącego zwolna, nie obciążającego zatem istotnie dobiegającej i tak do mety wędrówki doczesnej. To znów operuje się bez uzasadnionej co do wyzdrowienia nadziei, lecz w celu zwolnienia chorego od krwotoku i wydzielania posoki chociażby na przeciąg kilku miesięcy. W tym celu podejmuje się cały szereg operacji tymczasowych, które nieuleczalnemu już choremu dają uczucie wyzdrowienia, jak np. gastroenterostomia, enteroanastomoza i t. p. Paliatywnie działa tu również nieraz i łyżka ostra, żegadło, chlorek cynku 20—80%, stosowany pod postacią pasty, tamponów lub tak zw.

strzałek przyżegających Maisonneuve'a. Lubo wyniki, otrzymywane ztąd, są zazwyczaj przelotne tylko, w niektórych jednak razach osiągnąć można tą drogą wyzdrowienie nawet w przypadkach głębokich np. rakowców policzka, raka macicznego i tp.

Ze środków nowszych autor zaleca stosowanie okładów z 10—30% formaliny zwłaszcza wobec posokowatych, krwawiących owrzodzeń rakowatych; tu skuteczne też są bardzo i pasty arsenowe, którym niepodobna odmówić wpływu swoistego niemal na niektóre guzów złośliwych odmiany, jak na chłoniaki (lymphomata maligna) nb. autorowi zdaje się, że i leczenie elektrycznością wywiera również swój wpływ dodatni. Niezbędnymi również dla leczenia umiejscowego owrzodzeń natury rakowatej, wywołujących w tkankach sąsiednich stan zapalny i bóle, są posypywania powierzchni nowotworowych lekami sproszkowanymi, jak: kwas borny lub salicyłowy, krochmal, orto — jodoform, oraz okłady z wody Goulard'a lub roztworu Bourow'a, nadmanganianu potasu, dalej, maści: cynkowa, bismutowa i borna, wreszcie plaster de Vigo i t. p. Z roślinnych środków pomocniczych niektórzy stosowali z pożytkiem cykutę, chelidonium, carduus benedictus, lignum sanctum i condurango. Dyeta wzmacniająca jest tu, rozumie się, warunkiem koniecznym. Dalej, ponieważ stwierdzono na pewno, że pod wpływem róży (erysipelas) niektóre nowotwory złośliwe, szczególnie mięsaki, dają się zniweczyć stanowczo, należy metode zastrzykiwania hodowli paciorkowców uzupełnić i stosować ją częściej.

Ale systematycznie tylko przeprowadzane prace mogą posunąć świat lekarski w walce z cierpieniem nowotworowem rzeczywiście naprzód; dlatego też pocieszającym jest niewymownie objawem, że w Berlinie powstało niedawno pod opieką rządu specjalne „Towarzystwo Badaczy Raka“. Należy mniemać, wszelako, że sprawa leczenia na pewniejsze wkroczy jeszcze tory, gdy za przykładem Londynu i New-Jork'u po różnych miastach Europy zaczną zakładać się szpitale dla rakowatych, które staną się jednocześnie ogniskiem ośrodkowem dla badań naukowych w kwestyi raka.

Jak stwierdzonem zostało stanowczo, szerzenie się raka wzrasta obecnie coraz bardziej, podczas gdy gruźlica, chociaż powoli, lecz niewątpliwie słabnie. W królestwie pruskiem śmiertelność roczna od raka stanowi 9,01 na 10,000 ludzi w miastach większych, 7,27 w mniejszych i 3,68 po wsiach. Im więcej posuwać się będziemy na południe we Włoszech, gdzie ludzie żyją na wolności większej, tem rak przytrafia się coraz rzadziej, a w Algierze jest cierpieniem, trapiącym wyłącznie Europejczyków.

W mowie będącą zatem sprawę chorobową uważać trzeba za jeden z darów kultury. Zauważono wogóle, że rak zdarza się tem częściej, im w natłoku większym przebywają ludzie jeden koło drugiego, co przemawiałoby tylko, że czynnik wywołujący idzie tu z zewnątrz; przypuścić zatem wypadnie, iż zarazek rakowaty wydziela się z owrzodzeń, istnieje czas jakiś, drogą przemiany pokoleń, na zewnątrz ustroju ludzkiego, poczem znalazłszy glebę podatną, nawiedza znów człowieka. Ten jednak ostatni, będąc już dziś na tropie,

zmierzającym ku dokładnemu określeniu przyczyny, poszukiwania swe posuwa naprzód bez przerwy i niedaleką może jest już chwila, w której uczonym, współzawodniczącym ze sobą na niwie tak szlachetnej, powiedzie się wyrozumieć dokładnie genezę raka i środki obmyśleć skuteczne. Może więc koniec dobiegającego do kresu stulecia opromieniony zostanie przez fakt ów radosny, iż z trzymającego się krzepko od wieków sfinksa choroby rakowatej uczony jaki zedrże wykrzywioną uśmiechem szyderczym maskę, a ludzkość, zdobywszy środki dla zwalczania nowotworów pomocne, odefnie, po udręczeniu tyłu, swobodniej.

342. K ö n i g. **Zmiany w technice operacyjnej, dotyczącej cierpień stawowych.**

W pracy, wyszczególnionej w nagłówku, uwzględniono: 1) operacje na stawach ze zmianami chorobowymi natury niezakaźnej i 2) rękoczynny chirurgiczne, podjęte celem usunięcia ze stawu infekcji. Do pierwszych autor zalicza zabiegi, wywołane przez uraz, a zatem: wyjmowanie kul i innych ciał obcych z jamy stawowej, resekcje wobec nowotworów ciężkie lub zniepodobnienia łąkotek (menisci), wreszcie szew rzepki. Ponieważ utrzymanie energii czynnościowej jest głównym tu dla operującego zadaniem, przedewszystkiem więc tenże upewnić się musi co do aseptyki. W tym celu operować należy samymi narzędziami tylko, unikać dłubania w tkankach stawowych palcami, wykonywać rękoczyn na pozbawionym krwi stawie, co skraca pracę i ogranicza wielce tamponadę, unikać w końcu stosowania środków przeciwnilnych, jako sublimat lub karbol. Dzięki metodzie takiej zakładanie sączków będzie w razach tych zjawiskiem wyjątkowym, na czem okres gojenia zyskać tylko może. W sprawie leczenia stawów zakaźnych podnieść należy dobre strony przekucia i następczego środkiem odkażającym wypłukania jamy przy małej stosunkowo skuteczności drenowania. Ciężkie paciorkowcowe i gronkowcowe infekcje są zupełnie na sączek nieczułe i rozległe tylko, torujące wygodny do stawu dostęp cięcia doprowadzić mogą do końca pomyślnego. Jeżeli chorym jest staw kolanowy, wykonywa się wówczas przedewszystkiem dwa cięcia boczne, okalające torebkę, do których wypadnie dodać zwykle trzecie w dole podkolanowym lub na łydce. Zatoki ropne pomiędzy mięśniami uda lub podudzia, ogniska wtórne w okolicy worka stawowego otwiera się i oczyszcza możliwie dokładnie. Jeżeli jednak po zabiegach powyższych gorączka nie zmniejsza się i sprawa przybiera zacząyna charakter ropnicowy, w okolicy stawu kolanowego poprowadzić wypadnie jedno jeszcze ponad rzepką przebiegające cięcie, zapomocą którego łączy się oba poprzeczne; tak szerokie rozwarcie stawu uratować może kończyne i życie.

343. E. P a y r (Hradec). **Szew naczyń i nerwów.**

Autor zespała oba końce przeciętej poprzecznie rurki tętniczej zapomocą dwóch podwiązek jedwabnych i protezy; wypróbował spo-

sób swój drogą doświadczalną na znacznej ilości psów i świń. Zauważyć trzeba, że technika zabiegu u zwierząt jest dosyć trudną, gdyż ich naczynia są małe i średnica tętnicy udowej dużego psa nie jest większą od promieniowej człowieka. Zamknawszy tymczasowo odcinek naczynia odprowadzający i doprowadzający bądź opaską Esmarch'a, bądź uciskiem palca, koniec tętnicy ośrodkowy przeciąga się zapomocą cieniutkiej pensety z haczykami przez wydrążony walec, którego światło tętnica owa wypełnia szczelnie. Wałec, długi na 9—15 mm., zaopatrzony jest na jednym z końców w głęboki na $\frac{2}{3}$ mm., rowek, swobodny koniec kikuta tętniczego wyziera na centymetr z wylotu walca. Pociągając teraz za pętlę nitki, koniec naczynia sterzący wywraca się ponad walcem w ten sposób, że warstwa tętniczki wewnątrz (intima) staje się dostępną na przestrzeni $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ ctm. Jeżeli ma się do czynienia z tętnicą większą, wywinięcia brzegów dokonano można posługując się specjalną pensetą, poczem dokoła części wywiniętej nakłada się podwiązkę w tem miejscu, gdzie na protezie wyżłobiony jest rowek, a zawiązany mocno węzeł jedwabny przytwierdza do tej ostatniej wywiniętą ścianę naczynia i wówczas koniec ośrodkowy gotowy będzie do zespolenia. Z kolei rzeczy na odcinku tętnicy obwodowym nakłada się 3—4 pętlę w odstępach równych, co pozwala rozszerzyć znacznie światło końca tegoż odcinka. Treść spojenia polega na tem, aby zaopatrzony w protezę koniec dośrodkowy dawał się wpochwic do odśrodkowego, w następstwie czego powierzchnie błony wewnętrznej obu odcinków stykają się wzajemnie na przestrzeni stosunkowo rozległej. Aby zapobiedz możliwemu wymykaniu się odcinków, podwiązką jedwabną przymocować wypadnie koniec obwodowy do protezy, przy czem dwa małe koliste odcinki tkanek ulegają pod działaniem ligatur zgorzeli

Długość zetknięcia się obu błon wewnętrznych nie przewyższa 2—4 mm., wobec czego zlepienie się powierzchni owych nie może być trudnem. Nie należy wypuszczać z pod uwagi, że wszelkie ciało obce, w naczyniu krwionośnem przebywające, łatwo stać może się bodźcem do powstawania zakrzepów i tem też wytlómaczyć trzeba niepowodzenie tych badaczy, którzy wprowadzali do światła naczyń cieniutkie, gładkie rurki szklane i ponad nimi próbowali zeszywać tętniczki. Użycie nie stykającej się z falą krwi protezy zaradza złemu, nadto ta ostatnia wyrabiana być winna z materiału łatwo wessalnego i dającego się wyjałowić zapomocą gotowania, a za materiał taki uważać należy glin i magnezję. Pierwszy w obecności soli kuchennej rozpuścić daje się przez wszystkie niemal kwasy organiczne, drugi, w obecności tlenu, kwasu węglowego i wody, daje związki rozpuszczalne również, t. j. niedokwas magnezji i dwuwęglan magnezji kwaśny. Sprawę wysysania się metalu prześledzić można dokładnie zapomocą przyrządu Zerssa'a.

Widzimy wówczas, że w tkance, na pewnej przestrzeni, powstaje dokoła metalu ziarnina, w której znikają cząsteczki i kryształy magnezji. Lubo badania natury anatomopatologicznej nad metodą w mowie będącą nie dobiegły, bynajmniej, do kresu, wiadomem jest

jednak, że zespolenie odcinków naczynia zazwyczaj już po upływie dni ośmiu jest trwałem, że na miejscu zlepienia zauważa się od wewnątrz wyraźne warstwy wewnętrznej zgrubienie, a z zewnątrz — twarde, dokoła tętnicy pierścień włóknisty. Zespalanie końców żył idzie jeszcze łatwiej; rozumie się w miejscu połączenia powstaje zwięźlenie pewne. Okres czasu, niezbędny do wessania się protezy magnezylowej bywa nader rozmaity i zależy od grubości walca oraz unaczynienia terenu. Przy szwie nerwowym autor stosował również ulegające wessaniu magnezylowe rurki, a połączenie obu odcinków nerwu w zamkniętej rurce cieniutkiej ułatwiało zawsze znakomicie dokładność przystosowania brzegów niewielką ilością szwów. W tych razach cienką nitkę katgutową przeciąga się przez każdy pień nerwowy, poczem oba końce wsunąć należy do wydrążonego walca i nitki związać, a wtedy oba odcinki adoptują się dobrze wewnątrz rurki. Metodę tę, prócz licznych doświadczeń na zwierzętach, autor wykonał z powodzeniem w trzech przypadkach na ludziach, przyczem w jednym przypadku zeszywano gałąź n. środkowego (n. medianus), w drugim — nerw strzałkowy, rozdarty przez wystrzał, w trzecim wreszcie — przebity nerw błędny.

344. Poelchen (Zeit). **Przedstawienie epileptyka, wyleczonego drogą operacyjną.**

Spostrzeżenie dotyczy 21-letniego ślusarza, który przed laty 6 nabawił się, podobno na skutek urazu, padaczki. Drgawki rozpoczynały się stale w stopie prawej i, prowadząc szybko do utraty przytomności, występowały tak często, że osobnik w ciągu ostatnich sześciu tygodni miewał napady prawie nieustannie z następczemi, trwającemi nieraz przez godzin 30-ci zaburzeniami świadomości. Operacji dokonano w hipnozie, wywołaniem której zajął się dr. Morgenroth, uczeń Forels'a. Po wykrajaniu płatu z części miękich i kości oraz rozcięciu opony twardej przekonano się, że pozbawione w miejscu tem tętnienia i znajdujące się w stanie niedokrewności mózgowie wypukła się na zewnątrz znacznie; niebawem jednak na obnażonej przestrzeni tętnienie wróciło z wyjątkiem jednego, dużego jak moneta 2-markowa miejsca, w odcinku górnym lewych zawojów środkowych. W miejscu tem dokonano niezwłocznie licznych nakłóć, nie znaleziono tamże, wszelako, nic nieprawidłowego. Płatu nie przyszywano; operacja trwała minut 50, podczas której chory zachowywał się bardzo spokojnie, westchnawszy tylko kilka razy po cichu.

Po nałożeniu opatrunku osobnik ów podniósł się, na zawołanie, sam, bez pomocy żadnej ze stołu operacyjnego, poszedł na salę, zebrał się i położył do łóżka. Z postępowaniem czasu gdy płat kostny zaczął przyrastać, drgawki, zrazu rzadsze, powróciły na nowo. Trzeba było zatem po raz drugi uchylić daszek kostny i ułożyć tenże w taki sposób, aby na przyszłość nie stykał się w miejscu tem z mózgiem. Obecnie, t. j. po upływie 2-ech lat od operacji człowiek ów zdolnym jest zupełnie do pracy, jedyny zaś ślad podejmowanych na nim zabiegów sprowadza się do wyczuwalnego na lewo od szwu

strzałkowego braku w kości. Brak ten, szeroki na $2\frac{1}{2}$ ctm., długi na $3\frac{1}{2}$ pokrywa blizna, włosów pozbawiona, tętniąca i na ucisk niebolesna.

345. O. Vulpus (Heidelberg). **O wartości gorsetu ortopedycznego.**

W leczeniu skrzywień kręgosłupa gorset odgrywał zawsze rolę poważną, o czym i autor niejednokrotnie przekonał się, rozporządzając nader obfitą kazuistyką odnośną, bo 800 przypadków obejmującą. Te ostatnie dotyczyły przeważnie osobników obarczonych wykrzywieniem bocznym (scoliosis), próchnieniem kręgów (spondylitis) i wiałem rdzenia (tabes). W okresie nasilenia zapalnej sprawy kręgów gorset nie zaradzi, wprawdzie, złemu, natomiast pożytecznym jest bardzo w okresie zdrowienia, przeszkadza bowiem wzrostowi garbu i uspakaja bóle.

Dalej, jak wiadomo, terapia skoliozy zasadza się na wzmocnieniu mięśni grzbietu i uruchomieniu kręgosłupa; że jednak zadosyćuczynieniu warunkom tym szkodzą: codzienny tryb życia, uczęszczanie do szkoły i t. p. okoliczności, nieraz niemożliwe do usunięcia, pozostaje nam zatem jedynie tylko ratunek w gorsecie, który: a) podpierze kręgosłup i b) utrwala osiągniętą już położenia poprawę, c) broni wreszcie od pogorszenia. Zarzuty, któremi walczą przeciwnicy tego rodzaju metody ortopedycznej, pochodzą od niewłaściwego utożsamiania gorsetu lekarskiego z damskim tualetowym.

Na oddziale autor używa dwóch odmian gorsetów, t. j. gorsetu materyalnego z rusztowaniem stalowem i celluloidowego lub rogowego. Pierwszy wskazany jest w przypadkach wiału rdzenia i próchnienia kręgów z brakiem lub z małym garbem lub wobec nawykowego trzymania się krzywo. Ciężkie postaci spondylitu i skoliozy wymagają gorsetu twardego.

346. G. Gottstein (Wrocław). **Głos rzekomy po całkowitem usunięciu krtani.**

Autor przedstawił chorego, któremu dokonał przed rokiem doświadczonego wycięcia krtani metodą Gluck'a, z przyczyny zajęcia tego narządu przez raka. Tchawica wszczepioną tu była do kąta dolnego rany, tak, że przerwany został związek pomiędzy płucami i jamą ustną. Aby łączność tę wytworzyć na drodze innej przeprowadzono z tej ostatniej powietrze do tchawicy zapomocą rurki gumowej, w której umieszczono przyrząd głosowy. Dzięki zabiegom tym, operowany, mówiący dotąd cichym szeptem, odzyskał mowę dostatecznie głośną do pełnienia dawniejszych swych obowiązków na kolei. Naturalnie, wypadło przeprowadzić tu przedwstępnie ćwiczenia systematyczne. Obecnie człowiek ów wymawia również dobrze i głośno spółgłoski jak i samogłoski w związku z temi pierwszemi i z osobna, jest nadto w możności dokonywania pewnej modulacji głosu w zakresie więcej, niż jednej oktawy. Na posiedzeniu operowany zadeklamował wierszyk i zanucił piosenkę.

Głos, którym pacjent posługuje się, wyrobiony został przez opieranie nagłośni na kurczącym się umięsieniu gardzieli. Zapas powietrza, niezbędny do wzięcia tonu, wytwarza się w lejku, który urobił się z kolei na miejscu wyciętej krtani, a wytłaczanie powietrza z owego lejka powstaje w następstwie skurczu mięśni szyjowych. Prócz tego lejka operowany posiada drugi jeszcze, nieco niżej, mianowicie — w górnej części przetyku, z którego powietrze przepędza kurcząca się muskulatura poprzecznie prążkowana tegoż narządu. Wszystkie te dane osiągnięto zapomocą zdjęcia krzywych. Po wypowiedzeniu 6—10 głosek następuje $\frac{1}{5}$ sekundowa przerwa, którą operowany zużywa dla nabrania powietrza, przyczem słyszy się wówczas charakterystyczny szmer połykania, z którym powietrze zostaje przechniętem do opróżnionego lejka.

347. Tietze (Wrocław). **Mięsak skóry w okolicy sutki, symulujący guz tejże.**

Jak przekonywały załączone podczas odczytu zdjęcia fotograficzne i preparaty, w danym przypadku miano do czynienia z licznymi, hojnie zaopatrzonemi w naczynia, powierzchownemi mięsakami skóry; guzy te, któremi obarezoną była pewna 40-letnia kobieta, siedziały tak szczelnie koło siebie w skórze sutki prawej, że robiły wrażenie nowotworu samego gruczołu i arcydokładne badanie tylko zabezpieczyć tu mogło od pomyłki. Guzy te rosły nader powoli i występować zaczęły już w dwunastym roku życia owej kobiety. W ostatnich czasach wzrost tychże zaczął postępować naprzód szybciej, przyczem guzy te zaczęły się owrzadzać. Rokowanie nie mogło być, sądząc z pozorów, pomyślnem, chociażby z uwagi na nastrzyk żywy dookoła podstawy sutki. Guzy wyłuszczone doszczętnie, brak pokryty został zapomocą operacji wytwórczej. Operowaną leczono potem preparatami arsenu. Od rękoczynu upłynął już rok blisko; dotąd nawrotu niema, a stan kobiety tej ogólny jest obecnie zadowolniający zupełnie.

348. v. Angerer (Monachium). **O pęknięciu podskórnem jelita i leczeniu operacyjnem w tym przypadku.**

Od orzeczenia wczesnego, czy stłuczenie brzucha jest powikłane przez pęknięcie kiszki, czy nie, zależy racjonalne w razach takich leczenie. Nie należy bowiem zapominać, że obraz chorobowy, po upływie 24 godz. od upadku, może być całkiem inny, niż na razie, na skutek powstania objawów gnilnego zapalenia otrzewny.

Ważnem jest wywiedzenie się dokładne o rodzaju urazu i kierunku, w którym zetknął się z brzuchem poszkodowanego, jak również — godnym uwagi stan jego powłok brzuszných. Jeżeli te ostatnie są wiotkie, wystarcza uraz niewielki do wywołania pęknięcia jelita. Wybitne objawy wstrząsu nie są tu wcale miarodajne, ponieważ nieraz w przypadkach ciężkich wstrząsu może nie być i odwrotnie. Gdy jednak objawy wstrząsu trwają całemi godzinami i wzma-

gają się stopniowo, przyjąć można wówczas z pewnością istnienie uszkodzeń wewnętrznych. Wzrastająca częstość tętna i wzmaganie się gorączki zależą tu zazwyczaj od zmian w otrzewnie zapalnych. Chory unika wówczas głębszych ruchów oddechowych, by nie powiększać dokuczających mu już wówczas bólów brzucha. Cenną nadto wskazówką rozpoznawczą są tu występujące wcześniej i uporeczywe wymioty, których nie ma w przypadkach kontuzji zwykłej. Bóle trwają bez przerwy, a umiejscawiane zrazu przez chorego ściśle, stają z postępem czasu coraz bardziej rozlane. Stosowanie zastrzyknięć morfiny i dawek makowca działa tu, poniekąd, ujemnie, maskuje bowiem obraz chorobowy i nastęrcza sposobność do pomyłek.

Trzeba pamiętać, że miejsce pęknięcia może być nieraz zamkniętem przez skurcze warstwy mięsnej jelita i śluzówkę wypadającą i dlatego chory przez pierwsze godzin kilka zabezpieczony jest od wydobywania się do otrzewny zawartości kiszkiowej oraz gazów; dlatego też utrzymywanie się czas jakiś tępości wątroby nie przemawia wcale przeciwko istnieniu pęknięcia jelita. Wreszcie napięcie powłok brzusznych, nie zdarzające się w przypadkach zwykłego stłuczenia, jest również objawem nie bez znaczenia.

Leczenie zachowawcze pęknięć jelita podskórnych stanowczo jest niewystarczające; ze 160 przypadków, leczonych przez chirurgów dawniejszych w ten sposób, w 149 otrzymano wynik zły, u pozostałych zaś osobników 11 trzeba było operować następczo roпно i przetoki kałowe. To też laparatomie wykonywać trzeba jak najwcześniej, po wyszukaniu zaś miejsca pęknięcia, na to ostatnie nakłada się szew lub wykonywa rezekeyę kiszki. Obecność wstrząsu nie jest tu wcale przeciwwskazaniem do operacji; usypiać podczas tejże należy eterem. Ponieważ jelito niejednokrotnie ulega pęknięciu w kilku jednocześnie miejscach, pożądanem jest przetrząśnięcie staranne całego kanału kiszkiowego, zaczynając od zmarszczki dwunastniczej, przesuując między palcami pętle jedna po drugiej, poczem zbadane jelita zdrowe odprowadza się z powrotem do jamy brzusznej. Jeżeli wysięk zdażył się już wytworzyć w jamie otrzewnej, dla dokonania odkażenia dokładnie pętle kiszkiowe odsuwa się na zewnątrz jamy brzusznej, tę zaś ostatnią wypłukuje się wyjałowionym soli kuchennej roztworem o ciepłocie 40—42° R.; nadto w takich przypadkach lepiej jest nie zaszywać, na razie przynajmniej, rany operacyjnej, a jamę zaopatrzyć w dren dla usuwania nazewnątrz nowopowstających wysięków.

349. v. Eiselsberg (Królewiec). O rękoczynach w obec nie- złościwych zwężeń odźwiernika.

Z 129 operacji w dziedzinie żołądka, dokonanych przez autora w ciągu ubiegłych lat czterech, w 56 nie miano do czynienia ze sprawami natury złośliwej. Niektóre z przypadków tych zasługują na wzmiankę bardziej szczegółową.

Jedno spostrzeżenie np. dotyczyło 36-letniej kobiety, u której dokonano sposobem Billroth'a rezekeyi odźwiernika na skutek krwa-

wiącego tamże owrzodzenia. Operowana żyje już po zabiegu 2 $\frac{1}{2}$ roku i czuje się bardzo dobrze. W innym przypadku znaleziono u pewnej 33-letniej chorej dużych wymiarów owrzodzenie wokolicy odźwiernika z umiarkowanym tegoż zwężeniem. W czas jakiś po wykonanej gastroenterostomii operowana zaczęła miewać wymioty krwawe, wobec czego, po upływie 8 miesięcy od operacji pierwszej, dokonano u chorej jednostronnego wykluczenia odźwiernika, przyczem znalezione wówczas owrzodzenie było niewielkie. Pod koniec tego rękoczynu wykryto ku wielkiemu zdziwieniu drugie, daleko większe w pobliżu wpustu owrzodzenie, na które, jednak, nie można było nic poradzić. Wbrew oczekiwaniom wszelakim operowana wyzdrowiała i w ciągu 7 następnych miesięcy cieszyła się zadowalniającym zupełnie stanem ogólnym. Przypadek trzeci dotyczył 60-letniej starszki, której przed 6 laty wykonano jejunostomię w przeświadczeniu, że ma się do czynienia z rakiem odźwiernika i wpustu. Kobieta ta, znajdująca się wówczas w stanie dalego posuniętego charłactwa, poprawiła się na tyle, że z upływem 11 od operacji miesięcy zaczęła przyjmować pokarmy per os, w 3 lata zaś potem można było zamknąć owo połączenie sztuczne.

Autor spostrzegał dalej 6 przypadków zwężeń odźwiernika, powstałych w następstwie oparzenia. U osobników 4-ch wykonano w ramach tych gastroenterostomii, u jednego — częściowe odźwiernika wycięcie, w jednym ze spostrzeżeń tych podejmowano kilka zabiegów. Raz tylko jeden otrzymano zejście niepomysłne, po gastroenterostomii; w pozostałych pięciu — operowani wyzdrowieli. W tejsze ilości przypadków oparzeniom uległ sam tylko odźwiernik, w jednym, — prócz tego ostatniego, i przylek bliznowato zmarszczony. W najciekawszem ze spostrzeżeń tych miano do czynienia z 34-letnią kobietą, która przed dwoma blisko laty napiła się, w zamiarze samobójczym, kwasu azotnego. Podczas badania, znaleziono, prócz wychudnięcia znacznego, zwężenie odźwiernika i przyleku. W miesiąc po wypadku dokonano jejunostomii, po miesiącu znów — gastrostomii, niespełna w pół roku chora na jednym posiedzeniu poddana została jejunorafii i gastroenterostomii, wreszcie w pięć miesięcy potem — gastrorafii. Po upływie pół roku od rękoczynu ostatniego przekonano się, że stan ogólny operowanej, która przez ten czas nauczyła się zakładać sobie sama zgłębnik, jest całkowicie zadowalniający.

(D. n.).

K. Niedzielski.

II. Choroby kobiet.

Z sekcji ginekologicznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, odbytego w lipcu r. 1900 w Krakowie.

Jako temat ogólny do rozpraw w sekcji wybrano o zapobieganiu gorączce połogowej (A. Mars) i o leczeniu gorączki połogowej (H. Jordan).

350. A. Mars, daje zwięzły obraz współczesnego stanu *nauki o powstawaniu gorączki połogowej*. Rozpatruje jej etiologię i patogenezę. Całą rzecz dzieli na 4 części, odnośnie do przyczyn, mogących wywoływać, ułatwiać lub utrudniać zakażenie. Naprzód, rozpatruje możliwość zakażenia przez osoby niosące pomoc i otaczające rodzącą, czy położnicę; powtóre wskazuje narzędzia i przybory wchodzące w zetknięcie z narządami płciowymi, a tem samem mogące pośredniczyć w zakażeniu; dalej zastanawia się nad źródłami zakażenia, które znaleźć się mogą w pobliżu rodzącej lub położnicy; w końcu omawia sprawę drobnoustrojów chorobotwórczych, które tkwią w organizmie rodzącej, lub położnicy. Osobny ustęp poświęca prelegent znaczeniu odporności organizmu osób, które zakażeniu ulegz mogą. We wnioskach prelegent wykazuje świetne wyniki stosowania postępowania bezgnilnego i przeciwnilnego w położnictwie jako metody zapobiegawczej przeciwko gorączce połogowej.

351. H. Jordan mówi o *leczeniu gorączki połogowej*. Naprzód należy starać się odszukać ogniska zakażenia i rozstrzygnąć o naturze jego, to bowiem wpływa na postępowanie lecznicze. Przechodząc do leczenia zakażenia septycznego, omawia leczenie miejscowe. Występuje przeciwko stosowaniu wyskrobania macicy po porodzie czasowym, jakoteż przeciw stałym przemywaniom macicznym. W przypadkach świeżych, zaleca zbadanie ręczne i ewentualne opróżnienie palcem macicy z resztek popłodu, a następnie, doradza przepłukiwanie nawet kilkakrotnie w odstępach czasu 12—24 godzinnych lekkimi środkami przeciwnilnymi, a także wytarcie wnętrza macicy alkoholem lub nalewką jodową. O stosowaniu pary (waporyzacji) na błonę śluzową macicy poporodowej niewypowiada zdania stanowczego. Wyjęcie macicy zakażonej uważa za właściwe tylko w zupełnie świeżych przypadkach. Leczenie miejscowe w przypadkach przewlecznych, uważa za chybione. Przechodząc do leczenia ogólnego, omawia naprzód leczenie surowicą swoistą Marmorka, a następnie rozpatruje metodę wstrzykiwania do żył różnych środków.

Z kolei zastanawia się nad środkami działającymi na ogólną przemianę materii ustroju, a na naczelnem miejscu stawia tutaj rozczyn fizyologiczny soli kuchennej; dalej alkohol, arsen, kreozot i t. p. podawane do wewnątrz. Osobny ustęp poświęca i zaznacza dobre wyniki przystosowaniu metody wywoływania ropni fiksacyjnych zapomocą olejku terpentynowego.

Wyliczenie środków objawowo działających, a także nasercowych, podniecających — zakończyło ten odczyt, w którym główną uwagę poświęcono stosowaniu surowicy, jako środka, zdaniem prelegenta, w gorączce połogowej, znakomitego.

Osią rozpraw wynikłych z tych dwu odczytów było: naprzód, zapobieganie gorączce połogowej, następnie leczenie surowicą swoistą Marmorka.

Rozprawy co do 1-go punktu streściły się we wnioskach, podanych przez Sołowija:

aby akuszerkom dostarczać sublimatu do mycia rąk;

by im dostarczać środków dezynfekcyjnych i waty aseptycznej z funduszy krajowych;

by akuszerkom co kilka lat ułatwiać kursa w celu powtórzenia wiadomości zawodowych.

Dobre wyniki przy stosowaniu surowicy zaznaczają: Jordan, Mars, Kościński, Pomorski, Jaworski.

J. Jaworski ujemne wyniki od stosowania surowicy stawia w zależności od tego, że: częste są zakażenia połogowe mieszane, wtedy jedynie surowica przeciwpaciorkowca działa skutecznie nie może, i trzeba uciec się do zastrzykiwań surowicy przeciwgronkowcowej;

że używa się za małych dawek surowicy;

że stosuje się ją zapóźno.

Najwyraźniejszy i najszybszy wynik stosowania surowicy widział Jaworski w przypadkach gorączki połogowej z nalotami w narządzie płciowym. Eliminacja tych nalotów następowała już w ciągu 24 godzin po zastrzyknięciu. Dwa przypadki zakończyły się, jako *metritis dissecans*.

352. T. Borysowicz mówi: *O stosowaniu szwu międzywęzłkowego (sutura internodosa)*, przy niektórych plastycznych zabiegach, dokonywanych na dolnym odcinku macicy. Prelegent demonstruje operację na wyrobach z gliny. Za szwem tym przemawia ułatwienie i dokładność w kojarzeniu powierzchni i brzegów, wyciętych płatów, szczególnie w tych miejscach, gdzie należy skojarzyć śluzówkę pochwową ze śluzówką kanału szyi macicznej, a mianowicie:

Przy odjęciu części pochwowej macicy.

Przy plastycznym rozszerzeniu ujścia zewnętrznego macicy.

Przy plastycznym rozszerzeniu zwężonego kanału szyi i ujścia wewnętrznego macicy.

353. Józef Jaworski mówi: *O powikłaniach ciąży, porodu i połogu wadami serca*. Odczyt ten zamieściła „Kronika Lekarska“.

354. Rosner. *O pęcherzykach Graafa, zawierających więcej niż jedno jajko*.

Pęcherzyki Graafa, zawierające więcej niż jedno jajko, spotyka się wogóle rzadko, szczególnie w jajnikach osobników dojrzałych. Badając jajniki dorosłego pancernika znalazł Rosner na 52 pęcherzyków 22, zawierających więcej niż jedno jajko, t.j. 11 miało dwa jajka; 7 trzy jajka; 2 cztery jajka; jeden pięć jajek; 1 siedm jajek. R. przypuszcza, że pęcherzyki te powstały przez zlanie się sąsiadujących ze sobą follikułów o jednym jajku.

355. Świtalski wygłosił rzecz: *Deciduoma malignum*. Na podstawie dwóch przypadków omówił szczegółowo sprawę powstawania, budowy i złośliwości tego nowotworu, jakoteż stosunek jego do ząsniadu złośliwego.

356. Fr. Stępkowski przedstawił *okaz macicy ciężarnej w 4-tym miesiącu, wyciętej z powodu raka części pochwowej i tylnego sklepienia pochwy*. Macica wyluszczoną została przez pochwę in toto. Udało się ją prawie całkowicie insitu wyluszczyć.

357. Koźmiński mówił: *O operacjach, mających na celu rozwiązanie rodzących drogami naturalnymi zapomocą zmniejszenia pojemności płodu*. Do wykonania zabiegów w celu zmniejszenia pojemności płodu K. operuje pod kontrolą oka i używa w tym celu dwu odpowiednich szerokich wzierników; ostrych pensetów z zamknięciem, na półostrych; małych nożyczek Negelego; mocnych dużych nożyczek prostych i dużą tępą łyżkę. Przy pomocy tych tylko narzędzi wykonano perforacją i wydobywie główki poprzedzającej lub następującej (26 przypadków), kraniotomię (3 przypadki) i zmniejszenie pojemności tułowia przy położeniach poprzecznych zaniedbanych (11 przypadków). Według K. ten sposób operowania okazał się łatwiejszym, aniżeli dotychczas używane.

Koźmiński przedstawił chorą, u której wskutek *obrażenia żyły próżnej dolnej* (vena cava inferior) wykonał zeszyście tego naczynia.

358. Stanisław Dobrowolski wygłosił odczyt p. n.: *Obrót zapobiegawczy przy miednicach ścięśnionych*. D. stawia następujące wnioski:

Obrót zapobiegawczy przy miednicach ścięśnionych ma rację bytu.

Częstość zastosowania go jest zawsze zależną od upodobania i osobistego doświadczenia operatora i nie da się ściślej granicy oznaczyć, które przypadki bezwzględnie kwalifikują się do obrotu zapobiegawczego.

U pierwiastek obrotu zapobiegawczego wcale nie należy stosować.

U wieloródek obrót daje dobre wyniki przy miednicach płaskich, gdzie ścięśnienie wymiaru prostego nie przekracza 8 cm., przy ogólnie ścięśnionych zaś 8¹/₂ cm., natomiast miednice ogólnie ścięśnione płaskie, zwłaszcza znacniejszego stopnia zupełnie się do obrotu nie nadają.

Obrót zapobiegawczy powinien się dokonywać dopiero po ukończeniu pierwszego okresu porodu.

Cperować się powinno albo przy pęcherzu, albo zaraz po pęknięciu pęcherza, co o tyle jest lepszem, że przed zabiegiem można prędzej niż przy pęcherzu stojącym ocenić wielkość główki.

Po obrocie zapobiegawczym, tak jak po każdym innym obrocie, bez wskazania nie trzeba próbować zaraz wydobywania płodu.

D. oparł swą pracę na materyale z ostatnich siedmiu lat kliniki położniczej krakowskiej.

(D. n.).

J. Jaworski.

III. Kongres psychologiczny.

(Korespondencja „Kroniki Lekarskiej“).



Paryż, 26-go sierpnia.

Czwarty kongres psychologiczny międzynarodowy po 6-dniowych obradach (20—25) został wczoraj zamknięty. Kongres odbył się pod prezydencją Ribot'a i wiceprezydencją Richet'a, a zawdzięczał wiele usilnej organizatorskiej pracy swego sekretarza Janet'a. Liczba członków czynnych była może nieco mniejsza, niż na ostatnim kongresie w Monachium, co się tłumaczy prawdziwą powodzią kongresów naukowych w roku bieżącym, jednak ożywienie i zainteresowanie zarówno w komunikatach jak dyskusjach okazuje się coraz większe.

Kongres dzielił się na 7 sekcji:

1) Sekcję psychologii w stosunku do anatomii i fizjologii mózgu.

2) Sekcję psychologii t. zw. introspekcyjnej, czyli polegającej na samoobserwacji i jej stosunku do filozofii.

3) Sekcję psychologii doświadczałnej i psychofizyki.

4) Sekcję psychologii patologicznej i psychiatrii.

5) Sekcję hypnotyzmu, sugestji oraz stanów pokrewnych.

6) Sekcję psychologii socjalnej i kryminalnej i

7) Sekcję psychologii porównawczej.

Pierwsza i ostatnia sekcja połączone zostały w jedną.

Już z powyższego programu wnosić można jak obszernie dziedziny obejmuje ta nowo odradzająca się nauka. Odrodzenie zaś swoje i zwrócenie na tory nauki pozytywnej przyrodniczej zawdzięcza ona wprowadzeniu metody obiektywnego spostrzegania i doświadczenia, którego warunki ustalać, a wyniki mierzyć się dają. Dzięki tym metodom obiektywnym materiał badania psychologicznego znakomicie się powiększył i obejmuje dziś nie tylko zjawiska psychologiczne życia indywidualnego normalnego w oddzielnych fazach wieku i płci, nie tylko zjawiska psychologiczne patologiczne w chorobach, ale i objawy duchowe życia zbiorowego mas na różnych stopniach rozwoju społecznego i w najrozmaitszych przejawach tegoż życia.

Dodajmy do tego psychologię porównawczą, czyli badanie stopniowego rozwoju życia duchowego nie tylko w onto ale i filogenetycznych łańcuchach rozwoju a olbrzymie znaczenie w psychologii biologii, olbrzymi jej udział w różnych postaciach życia w ogóle, w szczególności zaś ludzkiego czy to jednostkowego, czy zbiorowego wykaże się samo przez się. Jeśli zatem psychologia, jak przewidywać można, postępująca po dziś wytkniętych dla niej torach nauki przyrodniczej dojdzie do wyników choćby takich jak medycyna, to olbrzymim stać się może jej wpływ praktyczny, wyniki owe bardziej na-

rzuca się jako regulator warunków życia duchowego, tak dotychczas zaniedbanych lub co gorsza całkiem nieodpowiednio przystosowanych. Słusznie też zauważył Janet, że sądząc z wzrastającego zainteresowania się przedmiotem badaczy wszystkich krajów, sądząc z ogromnego rozwoju badań, który według obliczenia Ribot'a wyraża się publikacją od ostatniego kongresu w Monachium, to jest w ciągu ostatnich 3-ch lat, około 9000 nowych prac z tej dziedziny wnosić można, że naturalną tendencją wieku XX-go będzie badanie praw życia duchowego, w takiej mierze, w jakiej tendencją wieku XIX-go było badanie sił fizycznych przyrody. Jeśli wejrzeć w treść owych 9000 publikacji psychologicznych, to okaże się, że największa ich ilość jest poświęcona zastosowaniom psychofizjologicznych metod do badania sensacji i percepcji zmysłowych. Spostrzeżenia i badania dotyczące pamięci, wyobraźni twórczej, wyższych stopni asocjacji myślowych i t. d., mniej liczne, choć również dość okazałe zajmują miejsce. Nie to jednak dziwnego, że w nowoodradzającej się nauce główne usiłowania zwrócone są do badania pierwszych elementów życia duchowego.

Największem zainteresowaniem cieszyła się sekcja psychologii doświadczalnej, dalej sekcja psychologii patologicznej i sekcja hipnotyzmu.

W pierwszej z nich wygłoszono wiele interesujących komunikatów i demonstrowano nowe przyrządy jak np. aparaty pomysłu prof. Sommera z Giessen, do mierzenia subtelniejszych ruchów bądź dowolnych, bądź mimowolnych równocześnie w 3-ach wymiarach z góry na dół, z przodu w tył i bocznych, jak np. drzeń palców rąk, lub drzeń, ruchów ataktycznych, stopnia tonus mięśniowego w dolnych kończynach, dalej objawów kataleptycznych oraz mierzeń oddziaływania źrenicy. Przyrządy te oparte są na zasadzie skombinowanego mierzenia bodźca i oddziaływania.

Dr. Scripture, amerykańnik, przedstawił aparat do łatwego badania ślepoty barwnej; dr. Rubinowicz — aparat do badania zmian w źrenicy podczas pracy umysłowej; dr. Bianchi, nowy fonendoskop pozwalający kontrolować w różnych zmiennych warunkach naprzemiennie zwiększanie się i zmniejszanie objętości mózgu wyrażające się przyleganiem na większej lub mniejszej przestrzeni zrazów czołowych do wewnętrznej powierzchni czaszki.

W sekcji psychologii patologicznej do bardzo ciekawych należał odczyt prof. Tamburini'ego o zboczeniach świadomości t. zw. trzewiowej, oraz niektóre spostrzeżenia, dotyczące zmian patologicznych osobowości.

W sekcji hipnotycznej roztrząsano rozmaite metody leczenia psychicznego. Dr. Encause demonstrował zmodyfikowany przez siebie sposób Babińskiego przenoszenia objawów chorobliwych nerwowych z osobnika chorego na subiekta zahipnotyzowanego. Szkoda jednakże, że zbyt, jak się w praktyce okazało, liberalne zasady komitetu organizacyjnego dopuściły w tej sekcji odczyty, które nieprzyniosły żadnego naukowego dowodu na poparcie owych doktryn apriorystycznych, zbyt wiele zmarnowały czasu i wywołały tylko protest więk-

szości członków przeciw podobnemu nadużyciu gościnności na przyszłych kongresach.

Wielkim postępem praktycznym, dziś już osiągniętym dla postępu nauki, wydaje nam się tworzenie laboratoryów psychologicznych w klinikach chorób nerwowych i umysłowych. Takimi są tu np. laboratoria pod dyrekcją Janet'a w Salpêtrière oraz laboratoria w zakładzie obłąkanych w Villejuif pod dyrekcją Toulouse'a. Laboratoria te, niewykluczając badań na osobnikach zdrowych, którzy stanowią jedyny przedmiot badań dotychczasowych oficjalnych laboratorjach psychologicznych uniwersyteckich, jak tu np. w Sorbonnie, rozporządzają olbrzymim materiałem patologicznym, którego dostarczają chorzy. Wiadomo zaś jak często choroba przez dysocjacją złożonych objawów psychologicznych urzeczywistnia w części sama przez się i udogadnia warunki doświadczenia. Wobec tego więc, że psychologia normalna może być badana w laboratorjach oficjalnych, psychologia zaś patologiczna w laboratorjach szpitalnych, nie wydaje się jawną potrzebą założenie w r. b. t. zw. instytutu psychicznego międzynarodowego, który ma być instytucją w bardzo szerokich ramach, ma mieć swe laboratoria, kliniki, gromadzić w swej bibliotece publikacje psychologiczne wszystkich krajów i narodów, wydawać specjalne buletyny i katalogi, obejmująca całkowitą wszechświatową literaturę przedmiotu. Za to zaś, że otworzy swe progi wszystkim cudzoziemcom pragnącym poświęcić się badaniom tam dokonywanym, żąda w zamian poparcia moralnego i materialnego u wszystkich narodów. Otóż zanim je w szerszych kołach uczonych osiągnie instytut zwany psychicznym powinienby szczegółowszy program zakreślonych przez siebie badań sformułować i przedstawić. Na zakończenie winieniem dodać, że przyszły kongres psychologiczny zbierze się w r. 1904 w Rzymie pod przewodnictwem Lucciani'ego.

Dr. Rzeczniewski.

IV. Wiadomości terapeutyczne.



359. —j.z.— **Bromoform.**

Bromoform, jak wiadomo, nie rozpuszcza się w wodzie i strąca się po dolaniu wody z roztworu spirytusowego. Według G a y a unikamy tego przez dodanie chloroformu.

Rp. Bromoform 1,0

Chloroform 0,5

Alcohol 50,0

MD. 1 łyż. kawiana zawiera

0,05 bromoformu i 0,03 chloroformu.

(Lyon méd. 1900).

360. —j.z.— **Ichtyol.**

G u n s b u r g opisuje w „Lancet“ wyniki, jakie otrzymał w 500 przypadkach stosowania ichtyolu w chorobach kobiecych z zaparciem stolca i objawami niestrawności. Ichtyol stosował w pigułkach po 0,2 1—3 r. d.

Nigdy nie występowały przy tem bóle w brzuchu, przeciwnie dolegliwości dyspeptyczne ustępowały. (Münch. med. Woch.).

361. —j.z.— **Neuralgia trigemini.**
„Riforma med.“ zaleca jako antineuralgicum następującą mieszankę:

Rp. Extr. Cannab ind 0,05
Acidi salicyl 0,5
MD. 3 r. d. po 1 proszku.

362. —j.z.— Przeciw **potom** zaleca „Gaz. d. osp.“ następujące proszki, z których 1 brać należy na noc.

Rp. Camphor. pulv. 0,02
Pulv. opii 0,03
Kali nitr. 0,02
Sacch. 0,1
M f. P.

363. —j.z.— **Psoriasis.**
Brocq zaleca w łuszczycy następującą maść:

Acidi salicyl. 2,5
Ichtyoli
Pic. liq. aa 10,0
Acidi pyrog. 5,0
Lanolini 100,0
(Rif. med. 1900).

364. —j.z.— **Psoriasis palmaris syph.**

Ohmann-Dusmenil zaleca w tem cierpieniu maść:

Acidi salicyl. 1,0
Ichtyoli 2,0
Ugu. leniens 10,0

Mf. U. wcierań na noc;

dla zapobieżenia nawrotom daje:

Calomel. vap. par. 1,0
Ugn. leniens 30,0
Mf. Ungu.

365. —j.z.— **Ulcus ventriculi.**

Bourget stosuje we wrzodzie żołądka przepłukiwanie półtora chlorkiem żelaza. Po opróżnieniu żołądka z zawartości wlewa częściowo po 100—150 cm. 2% roztworu półtorachlorku żelaza aż do 1 litra, z którego 50—60 cm. pozostawia w żołądku w położeniu chorego na brzuchu. W celu strącenia pozostałej w żołądku ilości żelaza daje dwuwęglan sodu. Przepłukiwania te robi w ciągu 5 dni. Dyeta: ryż z mlekiem, doprowadzony przez gotowanie do konsystencji miazgi, z początku z cukrem, później bez cukru. Prócz tego zaleca 3% roztwory zasad (natr. bicarb.) 2—3 r. dz.

(Münch. med. Woch.).

KRONIKA BIEŻĄCA.

—z.— Zjazd międzynarodowy w Paryżu odbył się w czasie od 2—10 z. m. i zgromadził około 6000 uczestników ze wszystkich stron świata. W Paryżu, naturalnie, nauka zesłała na plan niemal ostatni i zjazd wogóle obfitych plonów nie dostarczył, dostarczył natomiast kilku doświadczeń więcej, czego po Francyi i ignorancyi francuskiej spodziewać się można. Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że z polaków było około 70 członków, większość jednak przyjechała jak to mówią z pustemi rękami. Nie dziwię się temu wcale, gdyż zyskał na tem zjazd w Krakowie, a ci, którzy w sekcji prasowej w Krakowie tak bardzo obstawali za tem, że zagranica chce coś o nas

wiedzieć przekonali się, że komitet zjazdowy nie pomyślał o zaproszeniu polaków, czechów, kroatów i t. p., i tłumaczył się, że o piśmiennictwie peryodycznem polskiem nie wie, podczas gdy sama „Kronika lekarska“ otrzymuje na zamianę kilkanaście pism francuskich. Ta umyślna ignorancja jest chyba najlepszym dowodem o ile warto zapoznawać zagranicę z naszym dorobkiem naukowym...

Drugim afrontem, jaki spotkał te narody, które nie mogły wysłać urzędowych przedstawicieli, było niedopuszczenie prezesów komitetów do audyencji u prezydenta narówni z delegatami, chociaż w Moskwie nikomu nie podobnego nie przyszło na myśl i wszyscy byli przedstawieni Najjaśniejszemu Panu.

Dowodzi to chyba dostatecznie, że rację miała większość lekarzy polaków, będąc nawet w Paryżu, nie zapisywać się na kongres, którego wartość naukowa była niezmiernie mała, a gorycz niezmiernie wielka.

Szczegóły co do prac na zjeździe odczytanych znajdują czytelnicy w dziale sprawozdawczym, tu tylko zaznaczą, iż w d. 2 sierpnia zebrał się przedstawiciele piśmiennictwa lekarskiego słowian mianowicie: prof. Hlava, prof. Pesina, doc. Vesehy, prof. Wicherkiewicz, prof. Kostanecki, dr. Kwaśnicki, dr. Subbotić, dr. Vasić, dr. Gumdram, dr. Semionowicz i dr. Zołotowicz dla obrad nad piśmiennictwem i sprawami słowian.

Uchwały są następujące:

1. Zjazdy słowiańskie zachowują nadal swój charakter narodowy, a każdy naród słowiański wstawi do statutu swych zjazdów paragraf, zapraszający słowian jako gości na te zjazdy i pozwalający w narodowym języku brać udział w rozprawach.

2. Każdy naród słowiański powoła osobną komisję, mającą za zadanie zebrać lekarskie słownictwo ludowe, w którym jeszcze najwięcej znajdzie się wspólnych pierwiastków językowych, co w dalszem następstwie oddziała na zbliżenie się terminologii lekarskiej poszczególnych narodów słowiańskich.

3. Wiece powołał Związek dziennikarzy słowiańskich, któremu porучzył sprawę zorganizowania wydawnictwa sprawozdawczego w języku francuskim p. t.: „Revue de la literature medicale slave“.

„Przegląd lekarski“ był reprezentowany przez d-ra Kwaśnickiego, który jednak nie posiadał mandatu od dzienników innych, ztąd uchwała ta co do piśmiennictwa polskiego będzie mogła być wprowadzona w życie po wybraniu delegata.

Pozostawiając sobie na później rozpatrzenie tych uchwał, tu tylko zaznać musimy, iż komitet miejscowy polski z kol. Motzem na czele starał się uprzyjemnić pobyt w Paryżu uczestnikom zjazdu i że uczestników tych wogóle więcej ciągnęła wystawa i Paryż, niż zjazd, z wielu względów nie sympatyczny.

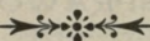
— z. — I znów, gdy lekarze zmuszeni są z powodu powrotu do zajęć ogłaszać się w pismach, urząd lekarski po 3—5 dni przetrzymuje ogłoszenia. Pisaliśmy już w tej kwestyi i zwracaliśmy uwagę na szkodę materyjalną, jaka ztąd dla lekarzy płynie. Dotąd jednak pozostało wszystko po staremu. Cui bono?

— z. — Jak wyjaśnia senat lekarze i adwokaci nie mogą wyłączyć przy opłacie podatku od mieszkania pokoi przyjęć i poczekalni, prawo to służy tylko instytucjom rządowym, stanowym i społecznym.

— z. — Kol. Józef Winiarski i J. Skłodowski zostali mianowani ordynatorami szpitala Dz.-Jezus.

— z. — Kol. Kozerski został mianowany ordynatorem szpitala Ś-go Łazarza.

— z. — Proseni jesteśmy o zaznaczenie, że V-ty zeszyt dziennika zjazdu wyszedł już z druku i doręczony zostanie wkrótce uczestnikom, opóźnienie więc nastąpiło nie z winy redakcyi, która wywiązała się w tym roku z zadania bez zarzutu.



SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. O padaczcze. Patogenoza i etiologia — Dr. Ludwik E. Bregman — str. 713.
II. Kartka z dyetetyki chorób narządów trawienia. — Dyeta mleczna w chorobach żołądka i kiszek — Dr. Józef Zawadzki — str. 723.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

337. Hans Baaz — Leczenie przewlekłych owrzodzeń goleni — str. 729. Wyciąg ze sprawozdania ze zjazdu chirurgów niemieckich, odbytego w d. 18—21 kwietnia 1900 r. w domu Langenbeck'a. — 338. Bunge — Przyczynę do patologii i terapii rozlicznych postaci zgorzeli, umiejscowionej na kończynach dolnych — str. 731.
339. Friedrich — Przedstawienie chorej z ropówką rzekomą ramienia lewego pochodzenia naczyniowego — str. 733. 340. Blumberg — Nowe rękawiczki operacyjne — str. 733. 341. Czerny — O leczeniu raków nieoperacyjnych — str. 734. 342. König — Zmiany w technice operacyjnej, dotyczącej cierpień stawowych — str. 736. 343. E. Payr — Szew naczyń i nerwów — str. 736. 344. Poelchen — Przedstawienie epileptyka, wyleczonego drogą operacyjną — str. 738. 345. O. Vulpus — O wartości gorsetu ortopedycznego — str. 739. 346. G. Gottstein — Głos rzekomy po całkowitem usunięciu krtani — str. 739. 347. Tietze — Mięsak skóry w okolicy sutki, symulujący guz tężże — str. 740. 348. v. Angerer — O pęknięciu podskórnem jelita i leczeniu operacyjnem w tym przypadku — str. 740. 349. v. Eiselsberg — O rękoczynach wobec niezłśliwych zwężeń odźwiernika — str. 741.

II. Choroby kobiet.

Z sekcji ginekologicznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, odbytego w lipcu w r. 1900 w Krakowie — 350—358 — str. 742.

III. Kongres psychologiczny (Korespondencya „Kron. lek.“) — str. 746.

IV. Wiadomości terapeutyczne — 359—365 — str. 749.

Kronika bieżąca — str. 749.

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

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