

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Lekarz jako biegły przed sądem.

Odczyt wygłoszony na Zjeździe przyrodników i lekarzy polskich w Krakowie,
dnia 21-go Lipca 1900 roku.

Podał

Dr. Józef Zawadzki.

Szanowni Panowie!

Kwestya, którą na tem miejscu zamierzam poruszyć, wkracza tak blisko w dziedzinę życia codziennego, że baczną zwracać na siebie winna uwagę, łączy się bowiem nie tylko z medycyną, nie tylko z prawem i jego procedurą, ale i z życiem, zdrowiem i mieniem całego szeregu ludzi, którzy zmuszeni są dla tych lub innych powodów stykać się z sądem.

Zdawałoby się, że kwestya taka, pierwszorzędnej wagi, powinna być już rozstrzygnięta poniekąd w sposób, gwarantujący zupełną ścisłość orzeczeń z jednej strony, a wiarę w orzeczenie z drugiej, że lekarz biegły winien być dobrym sędzią w postawionej mu kwestyi lekarskiej, a jego zdanie — miarodajnem dla sądu. Nie znam o tyle stosunków w innych krajach, bym mógł powiedzieć, że gdzieindziej lepiej się dzieje, u nas w Królestwie, śmiało rzec mogę, wiele jeszcze pozostaje do czynienia w tej kwestyi, a piśmiennictwo lekarskie tak mało zajmuje się sprawami medycyny sądowej, że artykuł w tej kwestyi jako *rara avis* zjawia się na szpaltach pism naszych.

Procedura sądów w Królestwie zna 2 rodzaje śledztwa: śledztwo pierwiastkowe, prowadzone piśmiennie przez sędziego śledczego oraz śledztwo sądowe prowadzone ustnie i publicznie przez sąd na posiedzeniu publicznem, to śledztwo sądowe może się prowadzić zarówno w 1-ej instancyi — sądzie okręgowym, jak i w instancyi apelacyjnej jako uzupełnienie śledztwa, przeprowadzonego w 1-ej instancyi na żądanie stron lub samego sądu. Jeżeli chodzi o uznanie kogoś za niepoczytalnego, sąd orzeka o tem przed rozprawą główną na zasadzie zdania biegłych w tym celu wezwanych, świadectwa z pobytu badanego osobnika w zakładzie dla obłąkanych na obserwacji lub badania jednorazowego. Tak się dzieje w sprawach karnych. W sprawach cywilnych sąd za zgodą stron lub sam od siebie wyznacza 3 ekspertów, którzy wypowiadają swoje zdanie ustnie i piśmiennie w *ad hoc* sporządzanym akcie.

Jak widzimy, piśmiennie lekarz wypowiada swe zdanie na śledztwie pierwiastkowym oraz w sprawach cywilnych, w innych razach jedynie ustnie, a zdanie jego jest wnoszone do protokołu posiedzenia.

Na śledztwie pierwiastkowym według § 341 Proc. karnej sędzia śledczy winien zakomunikować lekarzowi wszelkie dane ze śledztwa, które mogą posłużyć jako wskazówka, na co przy badaniu zwrócić należy uwagę.

Na sądzie lekarz ma do rozporządzenia: a) protokół oględzin na śledztwie pierwiastkowym, o ile był przeczytany w sądzie; b) badanie świadków, które odbywa się w jego obecności, o ile strony nie uznają za potrzebne odbycia badania świadków bez jego obecności, (co w praktyce zdarzyć się może bardzo rzadko); c) badanie uszkodzowanego na sądzie i d) dowody rzeczowe.

Oto środki, które w sprawach karnych mogą dać lekarzowi materiał do wypowiedzenia zdania w kwestyi przyczyn, rodzaju, następstw uszkodzeń oraz do rozstrzygnięcia wielu kwestyi lekarskich, które wynikają w czasie śledztwa.

Rozpatrzmy po kolei te materiały.

Przedewszystkiem zaznaczyć musimy, iż prawo żąda, aby oględzin na śledztwie pierwiastkowym dokonywał lekarz sądowy; należałoby przypuścić, że posiada taka istnieje i że pod tym względem wyodrębniła się już pewna specjalność, powierzona lekarzowi, który wistocie jest biegłym w medycynie sądowej. Do tej pory mowy o tem nie ma w praktyce, a rolę lekarza sądowego bierze na siebie lekarz policyjny i miejski w miastach, lekarz powiatowy w powiecie, w ich braku lekarz wolnopracujący — o specjalizacji w danym razie, naturalnie, nie może być mowy, gdyż lekarze miejski i powia-

towy obok zajęć sądowo-lekarskich mają do załatwienia masę spraw sanitarnych, wojskowych i t. p., a przedewszystkiem muszą zajmować się praktyką lekarską, gdyż płaca 200 — 900 rb. rocznie na utrzymanie wystarczyć żadną miarą nie może. Ztąd wynika, że lekarzy specjalistów w medycynie sądowej urzędowo niema i że ten i ów z lekarzy może więcej lub mniej interesować się tą kwestyą, ale bynajmniej nie ma czasu na śledzenie postępów nauki w tym kierunku, ani na pracowanie samoistne nad tą gałęzią wiedzy.

Tyle co do lekarzy wykonywających oględziny. Wobec tego czyż trudno się dziwić, że lekarz miejski w jednym przypadku prawidłowy rozszczęp błony dziewiczej ku przodowi uznał za rozerwanie, że w innym ograniczył oględziny pośmiertne do słów „czaszka rozbita, na dnie rany widać mózg“, że uznał za możliwe napisać orzeczenie, iż śmierć nastąpiła od arszeniku na zasadzie znalezienia objawów przewlekłego nieżyty kiszek, bez jakichkolwiek zmian w żołądku, że do dnia dzisiejszego w większości oględzin za *przyczynę* śmierci podaje się stereotypowo paraliż serca lub paraliż mózgu...

Zaiste, dziwić się nie można, gdyż nie najcześniejsze jednostki zajmują niekiedy posady lekarzy miejskich i powiatowych, a rozliczne zajęcia pozwalają lekarzowi z wielkim trudem prowadzić studia naukowe.

Ale przyznać należy, że często nawet najcześniejszy lekarz nie byłby w możności dokonać oględzin według zasad nauki — brak mu po temu miejsca i środków.

Według prawa obowiązującego kieruje śledztwem, a więc i oględzinami sędzia śledczy, lekarz jest tylko jedną z osób wpływających do śledztwa, a czynność swą wykonywa pod wyłącznym kierunkiem sędziego śledczego (pisze się sędzia śledczy dokonał oględzin „za pośrednictwem lekarza“), lekarz zatem pozbawiony jest najważniejszego czynnika — samodzielności. Brak tego czynnika jest rzeczą fatalną dla medycyny sądowej, wyklucza bowiem prawie możliwość dojścia do prawdy naukowej. Lekarz np. może uznać za konieczne zbadanie mikroskopowe tkanek zabitego, a sędzia śledczy ma prawo nie dokonać tego dla tych lub innych względów.

Wprawdzie, prawodawca przewiduje, że mogą zdarzać się wątpliwości przy obdukcjach sądowych i pozwala na wzywianie kilku lekarzy do obdukcji, zazwyczaj jednak jest to rzecz trudna do wykonania na prowincyi, możliwa tylko w Warszawie, gdzie są specjaliści i gdzie korzyść z takiego konsylium mogłaby być osiągnięta, ale i ci wszyscy razem wzięci lekarze są tylko wykonawcami woli sędziego śledczego i nie bez jego zezwolenia przedsięwzabrać nie mogą.

A tymczasem dziś już zwykle badanie makroskopowe nie wystarcza, jak nie wystarcza opis słowny uszkodzenia. Trzeba mieć wielki dar obrazowego przedstawienia opisu, aby czytający później opis taki mógł mieć jasne pojęcie o uszkodzeniu, odtworzyć je sobie w umyśle, w razie potrzeby narysować. Dziś z upowszechnieniem fotografii konieczną jest rzeczą odfotografowanie zarówno zewnętrznych jak i wewnętrznych uszkodzeń, one tylko mogą uprzytomnić kierunek, rodzaj i t. p. uszkodzenia i dać materiał rzeczywisty do wyprowadzenia wniosków. A nietylko fotografia jest tu potrzebna, przede wszystkim dokładne zbadanie zwłok pod względem anatomicznym, co bez badania mikroskopowego często niemożliwą jest rzeczą. Jakże często typowe glejaki były brane za wylew krwawy w mózgu, jak często błahą przyczynę zewnętrzną podawano za przyczynę śmierci, tam gdzie zmiany anatomiczne w nerkach, wątrobie, sercu dostatecznie mogły śmierć wytłómaczyć.

Dzieje się to nie tyle z braku umiejętności u lekarza, ile z braku środków rozporządzalnych.

Jedynie w Warszawie i to od niedawna sekcye sądowo-lekarskie są dokonywane w prosektoryum medycyny sądowej wobec profesora i studentów. Tu lekarz do pewnego stopnia rozporządza środkami badania naukowego, ale wyłącznie przy oględzinach pośmiertnych. Oględziny pośmiertne według prawa muszą się odbywać na miejscu wypadku, albo w bliskości bezpośredniej np. szopie, na podwórzu, i t. p., gdzie, naturalnie, mowy być nie może o jakichkolwiek naukowych badaniach, a nawet o względnej wygodzie. W żadnym z miast Królestwa nie posiadamy „morgi“ t. j. domu przedporzebowego, urządzonego odpowiednio do wymagań higieny i nauki lekarskiej, a co gorsza nie dotąd nie słyhać, aby dom taki powstać miał w przyszłości chociażby w Warszawie.

Narzędzia sekcyjne są zwykłym trzosem do oględzin pośmiertnych, o żadnych narzędziach pomocniczych, o urządzeniach do badania ściślejszego, naturalnie, niema mowy.

Tam, gdzie badanie chemiczne jest konieczne, tam gdzie trzeba przeprowadzić badanie krwi lub nasienia (innych badań nikt nie dokonywa), przedmioty badane w starannie opieczętowanych pakietach są przesyłane do wydziału lekarskiego gubernialnego i tam oddawane do badania asesorom farmacyi.

Nie zawsze badania te są ściśle, często p. aptekarze nie liczą się z następstwami, jakie najdrobniejsza może pociągnąć za sobą omyłka, a choć prawo jest dość ściśle i odnośnie ostrożności przepisuje, nie uwzględnia nowych metod badania.

Stoi mi zawsze w pamięci przypadek, który ścisłość tę ilustruje doskonale: 65-letnia kobieta została oskarżoną o otrucie zięcia. Zięć ten przy objawach ostrego nieżytu przewodu pokarmowego zmarł w ciągu dni 8, przez czas cały miał ciągle wymioty i rozwolnienia. Lekarz na sekcji sądowej stwierdził ostry nieżyt żołądka i kiszki, bez śladu owrzodzeń w żołądku i dwunastnicy. Oddane do analizy żołądek, kiszki i trzewia wykazały według analizy około 15 grm. arszeniku, „sądząc z grubości zwierciadła w aparacie Mascha“. Niezwykle to zestawienie: brak owrzodzeń w kiszkach, 6-dniowa choroba i 15 grm. arszeniku w połowie trzewiów zwróciły uwagę biegłego, który na sądzie wyraził wątpliwość co do dokładności badania, a nadto zauważył, że w protokóle badania nie znalazł różniczkowego badania na antymon. Sąd mimo to skazał podsądną na roboty ciężkie. Innego zdania była izba sądowa apelacyjna, która nakazała badanie powtórne. Badanie to, wprawdzie, wykryło ślady arszeniku, wobec jednak braku innych poszlak sąd uniewinnił oskarżoną.

Tego rodzaju przypadki nie są odosobnione i częstokroć pilną trzeba zwracać uwagę na protokóły, aby ze szkodą sprawiedliwości nie przeoczyć niedokładności badania.

Badania mikroskopowe krwi, nasienia odbywają się według szematycznych przepisów, rzadko uwzględniają nowsze badania, to też zbyt często tam, gdzie krew lub nasienie są niewątpliwie, badający nie znajduje ich wcale.

Opis całego badania musi być do akt dołączony, a prawdziwość wyniku stwierdza zawsze podpisem inspektor wydziału lekarskiego.

Za to o badaniach bakteriologicznych, biologicznych i t. p. sąd nie jeszcze nie wie i badania takie w przypadkach odnośnych nigdy nie są przeprowadzane: brak ku temu odpowiednich czynników, brak co ważniejsza urządzeń stosownych.

Tyle co do oględzin pośmiertnych.

Oględziny poszkodowanych żywych odbywają się bądź w szpitalu, bądź w domu chorego, bądź też w izbie sędziego śledczego. W pierwszym przypadku zazwyczaj traktowane są naukowo z tego względu, że szpitale posiadają wszelkie pomoce naukowe, a protokół lekarza sądowego jest często kopią karty szpitalnej, nadto zazwyczaj w tych przypadkach do akt dołącza się kopia karty szpitalnej, posiadającej wielkie dla lekarza biegłego na sądzie znaczenie.

Badanie chorego w domu odbywa się również wobec sędziego śledczego i tu lekarz może w miarę potrzeby zastosować te lub inne metody badania, a, jeśli ma jakiegokolwiek wątpliwości, odroczyć wyowiedzenie ostatecznej opinii.

Toż samo dotyczy badania w izbie sędziego śledczego, ale ważnym szkopułem jest tu brak pokoju oddzielnego. Izba jak każdy zresztą pokój urzędowy posiada stoły, krzesła, ale nie posiada wcale kanapy, improwizować ją trzeba z ław, stołów i t. p., co wygodne nie jest, badanie samo odbywa się bez przygotowania, lekarz nie jest zawiadomiony o tem, do jakiego go wzywają wypadku, o rodzaju przypadku przekonywa się dopiero na miejscu, kiedy nie czas pomyśleć o przygotowaniu narzędzi do badania, bo prawnicy pilą, by sprawę jaknajprędzej zakończyć.

Czas by już był, przynajmniej w miastach większych, wyosobnić w gmachu sądowym choć jeden pokój wspólny dla dokonywania badań sądowo-lekarskich. Lekarz znaleźć tu winien wszystko pod ręką, cokolwiek do badania jest potrzebne, zarówno narzędzia jak i stosowne miejsce. Wiemy jak często w czasie samego badania chorego rodzą się u lekarza nowe pytania, które zapomocą tylko badania dodatkowego mogą być rozstrzygnięte. Zaczawszy od zwykłych narzędzi perkusyjnych, skończywszy na dobrej maszynie elektrycznej, dobrym mikroskopie — pokój ten obejmować winien wszystko — wtedy dopiero może być mowa o ścisłości badania. Nadto pokój taki powinien mieć wszelkie urządzenia potrzebne do zmiany opatrunku, jeżeli tego zajdzie potrzeba.

Tam gdzie byłoby to niemożliwe ze względu na brak pomieszczenia, badania odbywać się winny w szpitalu miejscowym, ewentualnie w gabinecie lekarza. Nie przeszkadza to przepisom prawa, gdyż wobec sędziego śledczego badanie odbywać się może wszędzie, byleby miejsce wyraźnie było oznaczone w protokóle sądowo-lekarskim.

Po spisaniu t. zw. *visum repertum*, które właściwy akt oględzin stanowi, sędzia śledczy winien postawić lekarzowi pytania, odnoszące się do danej kwestyi.

Pytania te na zasadzie § 349 procedury karnej odnoszą się: a) do rodzaju uszkodzeń oraz wpływu ich na zdrowie poszkodowanego; b) narzędzi i środków użytych do wywołania uszkodzenia i c) jak dawne jest uszkodzenie. Zazwyczaj prócz tych pytań proceduralnych sędziowie śledczy stawiają dodatkowe np. ile osób mogło uczestniczyć w napadzie, jak szybko nastąpiła śmierć, w jakim położeniu wzajemnem byli napadnięty i napadający i t. p. Są to nieraz pytania wagi pierwszorzędnej i wymagają od lekarza prócz wiadomości lekarskich dużo przytomności umysłu i poważnego traktowania przedmiotu.

Jeżeli w protokółach samych częstokroć jak widzieliśmy są niedokładności znaczne, to za to we wnioskach przy sumiennem porów-

naniu treści oględzin z wywodami znajdujemy tyle dowolnych pojęć, tyle nieumotywowanych zdań, że niewiadomo czemu dziwić się więcej, czy chęci lekarza zaimponowania swą wiedzą sądowi, czy też nieusprawiedliwionej niczem śmiałości. A tymczasem jest to najważniejsza część pracy lekarskiej w śledztwie pierwiastkowym; na zasadzie orzeczenia sędziego śledczy formułuje swoje zarzuty przeciw oskarżonemu. Jakże często się zdarza, że lekarz ranę lub uszkodzenie uznał za ciężkie, co wywołuje często konieczność pozbawienia wolności oskarżonego, podczas gdy na sądzie uznano ranę za lekką i oskarżony niepotrzebnie przesiedział $\frac{1}{2}$ roku w więzieniu.

Jaskrawsze są jeszcze przykłady. Lekarz policyjny przy oględzinach u 8-letniej dziewczynki znalazł rozerwanie ku przodowi błony dziewiczej, rozerwanie tego typu nie zdarza się nigdy i u każdego obznajmionego więcej z medycyną sądową, rodziło się *a priori* przypuszczenie, że jest to rozszczep naturalny; jakoż badanie powtórne na sądzie potwierdziło to przypuszczenie, a jednak ów lekarz nie wahał się orzec, że w danym wypadku było zgwałcenie z pozbawieniem dziewictwa i oskarżony 18-letni chłopiec przez $\frac{1}{2}$ roku był pod ciężkim zarzutem, za który groziły mu roboty ciężkie.

Tu błąd wynikł z rozpoznania i nieznamomości medycy sądowej, ale są inne błędy, wynikające wprost z tego, że lekarz jest pod widocznym wpływem sędziego śledczego i w kierunku jego domniemań wydaje swoją opinię.

Dwóch młodych ludzi oskarżają o zgwałcenie 16-letniej dziewczyny, lekarz dokonywający oględzin w dwa dni potem oświadcza, iż znalazł tylko zaczerwienienie narządów płciowych zewnętrznych, błonę rozerwaną, ale brzegi rozerwania zagojone, niekrwawiące, na ciele śladów obrażeń żadnych; mimo to we wnioskach przypuszcza możliwość zgwałcenia, a nawet rozerwania błony. Naturalnie, i tu na sądzie lekarz bieglej musiał poddać krytyce wnioski lekarza policyjnego, co znalazło zresztą potwierdzenie w zeznaniach świadków, którzy stwierdzili, iż poszkodowana oddawna już udzielała się za pieniądze. I znów dzięki orzeczeniu lekarza 2 podsądni przez rok nieomal byli pod ciężkim zarzutem. W danym razie lekarz popełnił błąd zarówno przeciw nauce jak i przeciw wnioskowaniu logicznemu, a co ważniejsza przeciw zadaniu lekarza. Miał prawo do pewnego stopnia wnioskować, że w danym razie niedawno było spółkowanie, ale przy braku jakichkolwiek obrażeń nie miał prawa mówić o spółkowaniu gwałtownem.

Tych przykładów, poczerpniętych z praktyki sądu warszawskiego, wystarczy aby zobrazować złe wnioski lekarzy dokonywających oględzin.

Rozumiem dobrze, że częstokroć czas, stan choroby poszkodowanego, sposób badania nie pozwala na sformułowanie wniosków, ale prawodawca kwestyę tę rozstrzygnął, pozwalając w ciągu dni 3 lekarzowi dawać wnioski sędziemu, a co ważniejsza pozwolił na wezwanie większej liczby lekarzy lub na odroczenie wnioskowania. Z tego udogodnienia zazwyczaj mało korzystają lekarze, a jednak pozwoliłoby ono uniknąć wielu błędów.

Zdarza się jeszcze od czasu do czasu szczątkowy objaw dawnej procedury, że po opinii lekarza, skoro sędzia śledczy ma jakiejś wątpliwości, udaje się do wydziału lekarskiego gubernialnego o wydanie opinii. Aczkolwiek jest to rzadki objaw, nie mniej jednak bezużyteczny, gdyż prawo właściwie nie zna wydziału jako instancyi wyższej w wypowiedaniu opinii i tego rodzaju opinia może być uważana jedynie za opinię zbiorową czy pojedynczą każdego członka wydziału, a nie za jakieś ostateczne rozstrzygnięcie sprawy. Naturalnie, opinie te na sądzie bądź nie są czytane wcale, bądź stanowią materiał do orzeczenia dla lekarza biegłego.

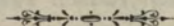
Oto warunki ekspertyzy lekarskiej na śledztwie pierwiastkowym, przejdę teraz do ekspertyzy lekarskiej na sądzie i zacznę od ekspertyzy w sprawach karnych.

Jak już nadmieniałem na początku lekarz biegły na sądzie ma do rozporządzenia według prawa: 1) protokoły oględzin na śledztwie pierwiastkowym; 2) śledztwo sądowe, przy którym jest obecny i do którego często używają lekarza, który dokonywał oględzin pierwotnych; 3) oględziny poszkodowanego i 4) dowody rzeczowe.

Na zasadzie tych danych przywołany biegły ma wydać opinię według pytań, sformułowanych przez sąd, oraz wyjaśnić swą opinię na zapytanie oskarżyciela i obrony.

Nadmieniam, że dostarczenie danych powyższych zależy od sądu i stron, lekarz wezwany na posiedzenie nie ma prawa powoływać się na żadne dowody istniejące w śledztwie pierwiastkowym, a nie przeczytane na sądzie, innymi słowy musi przyjść nieprzygotowany zupełnie i natychmiast po skończonem śledztwie ustnie wypowiedzieć swe zdanie. Wypływa to z ducha ustaw sądowych, według których całe śledztwo musi być słowne i jawne dla stron obu.

O PADACZCE.



Patogeneza i etiologia.

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

Napisał

Dr. med. Ludwik E. Bregman.

Ordynator szpitala.



(Dokończenie).

Dla postawienia wskazań leczniczych ważnem jest przedewszystkiem stwierdzić istotny związek padaczki ze znajduwanymi zmianami w czaszce lub w jej powłokach. Nie jest to rzeczą trudną tam, gdzie padaczka ma postać Jacksonowską, choć i tu, jak już powiedzieliśmy, punkt wyjścia napadu może niekiedy nie odpowiadać wcale okolicy urazowej. Zadanie nasze staje się znacznie trudniejszym, gdy padaczka nie jest typowo korową, a zbliża się do postaci idyopatycznej. W takich razach domniemany związek urazu z padaczką poddany być musi przed przystąpieniem do operacji ścisłej krytyce, zwłaszcza gdy prócz tego znajdujemy inne jeszcze przyczyny mogące wywołać padaczkę. Za związkiem etyologicznym przemawiają: poważne uszkodzenia czaszki ze znacznem wklęśnięciem kości, aura odpowiadająca m. w. okolicy uszkodzonej, lub t. zw. „Erschöpfungssymptome“ t. j. przemijające porażenia ponopadowe części unerwionych z tej samej okolicy.

Bardzo ważne znaczenie ma również stała i ograniczona bolesność czaszki przy opukiwaniu (Parcussonsschmerz) a najbardziej możność wywołania tą drogą napadu lub przynajmniej aury, poprzedzającej napad.

Streszczając o padaczce urazowej powiedzieć możemy:

1) uraz może być przyczyną padaczki nawet bez miejscowego uszkodzenia czaszki, li tylko przez wstrząśnienie mózgu;

2) choc psychiczny współdziała w pewnej mierze, inne momenty etyologiczne również przyczynić się mogą;

3) przy miejscowem uszkodzeniu czaszki wystąpić mogą drgawki wkrótce po urazie wskutek ucisku kości, wylewu krwi i t. d., — leczenie operacyjne daje w tych razach rokowanie dobre;

4) po dłuższym przeciągu czasu po urazie powstać może;

a) Padaczka Jacksonowska, którą zaliczyliby raczej należało do postaci symptomatycznych.

Po operacji napady ustają, w większości przypadków wszelako tylko czasowo.

b) Padaczka zwykła, podobna do samoistnej, lub postaci przejściowe od Jacksonowskiej do ogólnej. W tych razach trepanacja jest wskazana, jeśli α) aura lub objawy wyczerpania ponapadowe wskazują na odpowiedni ośrodek korowy; β) jeśli opukiwanie blizny jest bardzo bolesnem lub wywołuje aure; δ) jeśli brak innych momentów mogących być przyczyną padaczki).

Padaczka odruchowa. Niemniejsze od p. urazowej znaczenie posiada padaczka odruchowa, gdyż i tu również ściśle rozpoznanie etyologiczne daje ważne wskazania lecznicze. Wyżej powiedzieliśmy już, co pod p. odruchową rozumieć należy: powstaje ona na tej samej drodze co odruchy, z początkowych skurezów odruchowych przy przejściu podrażnienia na mózg rozwija się napad epileptyczny. Punktem wyjścia odruchu może być każda niemal część ciała. Przypomnę jeszcze raz, że zdaniem prof. Prusa nawet p. korowa jest odruchową. Przypadki, w których odruch powodowany był przez cierpienie opon mózgowych, rdzenia lub opon rdzeniowych przytaczają różni autorzy, są one jednak bardzo rzadkie i dlatego w tem miejscu pominąć je możemy.

Najbardziej typowe przypadki padaczki odruchowej powstają przy cierpieniach nerwów obwodowych, zwłaszcza pochodzenia urazowego. Każdy nerw obwodowy dać może w pewnych warunkach powód do powstania padaczki, wystarcza nawet uszkodzenie małej gałązki skórnej, najczęściej wszelako wikłają padaczkę cierpienia nerwów czaszkowych. Neuromaty traumatyczne przyczyniają się w znacznej mierze do tegoż samego powikłania. Charakter odruchowy padaczki poznajemy przedewszystkiem, jak już powiedziałem, z samego przebiegu napadu, który zaczyna się od objawów odruchowych w dotkniętej części ciała. Prócz tego ważne znaczenie mają t. zw. „epileptogene Zonen“ t. j. okolice, z których daje się wywołać całkowity napad epileptyczny lub przynajmniej aura napadu. Nie są one objawem stałym, ale w przypadkach, w których je znaj-

dujemy, a zwłaszcza gdy umiejscowienie ich odpowiada cierpieniu obwodowemu, które posadzamy o wywołanie padaczki, powstanie odruchowe tej ostatniej nie ulega wątpliwości. We wszystkich przypadkach, w których charakter odruchowy cierpienia jest ustalony, leczenie operacyjne — usunięcie blizny, neuromatu, „zone epileptogene“ — jest najzupełniej usprawiedliwione.

Wyniki tego leczenia są tem pewniejsze, im wcześniej operacja zostaje wykonana, gdyż po dłuższym trwaniu tu, również jak w innych postaciach, padaczka zyskuje pewną samoistość, obok napadów charakterystycznych dla p. odruchowej pojawiają się napady nie różniące się wcale od idyopatycznej, lub te ostatnie mają nawet przewagę, tak, że wykrycie istotnego związku z cierpieniem obwodowym staje się dość trudnem. Rokowanie w przypadkach takich jest, naturalnie, znacznie gorszem.

Prócz właściwych cierpień nerwów obwodowych, w cierpieniach najróżnorodniejszych narządów dopatrywano się przyczyny, wywołującej w drodze odruchowej padaczkę, tak np. w cierpieniach zębów, nosogardzieli, krtani, ucha, narządów płciowych męskich i kobiecych, przewodu pokarmowego, a nawet serca i płuc. Niewątpliwie istnieją przypadki, w których związek przyczynowy tych cierpień z padaczką jest pewnym i uwidacznia się zarówno w samym przebiegu napadu jak i w zależności bezpośredniej padaczki od przebiegu owego cierpienia: usunięcie tego ostatniego usuwa w tych razach i napady. W wielu razach jednakże wnioskowanie podobne okazuje się mylnem, padaczka jest samoistną nie odruchową, a cierpienie, które uważano jako jej przyczynę, było tylko momentem powodującym wybuch choroby. Rzecz prosta, iż usunięcie tego ostatniego nie wystarcza wtedy do wyleczenia padaczki, wpływa jednak bądź co bądź dodatnio na jej przebieg i na wyniki innych metod leczniczych, z kąd wniosek praktyczny, iż w każdym przypadku padaczki stan wszystkich wyżej wymienionych narządów uwzględniany być winien.

W krótkim streszczeniu to, co powiedzieliśmy o p. odruchowej, brzmi jak następuje:

1) Do p. odruchowej należą przypadki, w których cierpienie obwodowe sprowadza ograniczone z początku skurcze odruchowe, z których stopniowo rozwija się całkowity napad epileptyczny.

2) Z biegiem czasu sposób powstawania napadu zatrzeć się może, staje się on zupełnie podobnym do zwykłej padaczki samoistnej — rokowanie wtedy jest gorsze.

3) „Zones epileptogenes“ mają ważne znaczenie dla rozpoznania p. odruchowej.

4) Usunięcie „Zone“, lub blizny, neuromatu, ciała obcego, lub wyciąganie nerwu usuwa niekiedy padaczkę, ale nie zawsze.

5) Cierpienia różnych narządów wywołać mogą p. odruchową. Znacznie częściej jednak powodują one tylko wybuch choroby, która z innych przyczyn powstaje.

6) Cierpienie opon mózgowych, opon rdzeniowych, rdzenia przyczynić się również mogą do powstania p. odruchowej, o ile jest to rzadkie. E. tarda i E. senilis.

Ostatnia postać padaczki, którą szczegółowiej przedstawić zamierzam, zajmuje z innego punktu widzenia stanowisko odrębne, mianowicie ze względu na wiek w którym napady po raz pierwszy się pojawiają. Jest to t. zw. Epilepsia tarda (padaczka późna); według Mendla, Gowersa zaliczyć do niej należy przypadki rozpoczynające się po 40-tym roku życia, według autorów francuskich po 30-ym (u kobiet nawet po 25-tym). Jako p. starczą Redlich wyróżnia jeszcze przypadki, w których napady pojawiają się po 60-tym roku życia.

Wobec tego, że w przeważającej liczbie przypadków padaczka występować zwykła w wieku wczesnym, dziecięcym lub młodzieńczym (Binswanger — 77,27% przed 20-tym rokiem, Terenkiewicz 95,02%), tak późny początek choroby wskazuje na warunki specjalnej jej powstawania.

W statystykach odnośnych uderza przedewszystkiem znaczna przewaga płci męskiej.

Według Gowersa:

w 1-szym dziesiątku	płeć żeńska	przeważa o	6%
w 2-gim	„	„	o 18„
w 3-cim	„	„	o 12„
w 4-tym	„	mężka	o 16„
w 5-tym	„	„	o 36„
w 6-tym	„	„	o 40„

po 60-tym roku sami mężczyźni.

Usposobienie dziedziczne, rzecz dziwna, odgrywa w postaci tej zdaniem autorów rolę prawie tak samo ważną jak w p. zwykłej (Mendel w 25%, Gower w 26%, przed 20-tym rokiem zaś w 38%). Najważniejszą jednak przyczyną p. później, na którą się wszyscy niemal zgadzają, jest stwardnienie naczyń, specjalnie tętnic mózgowych: w następstwie którego, odżywianie mózgu się pogarsza, a przy współdziałaniu innych przyczyn uspasabiających, rozwija się padaczka.

W niektórych przypadkach, być może, wskutek zwężenia światła naczyń następuje wprost anemia mózgu, która podobnie jak

w znanem doświadczeniu Griesingera (wywołanie napadu przez ucisk na a. Carotis) powoduje napad epileptyczny.

Pod względem klinicznym padaczka późna nie różni się od zwykłej. Zdaniem Mendla ma ona tylko przebieg nieco łagodniejszy i okazuje wpływ mniej zgubny na stan psychiczny chorego. *Padaczka starcza* wikła się nierzadko demencyą, która jednakże nie jest jej następstwem, a raczej zjawiskiem współrzednym, zależnym od zaniku mózgu. Redlich znalazł w paru przypadkach prosówkowate ogniska stwardnienia (miliare Sclerose) w korze mózgowej, związek patogenetyczny jednak tych ognisk z padaczką nie jest pewnikiem, gdyż nie są one objawem stałym.

L i t e r a t u r a .

- 1) Bechterew. Zebr. naukowe lekarzy. „Klin. Neurol. Centralblatt“ 1899, s. 766.
- 2) *idem.* Ueber das sogenannte Krampfcentrum und über das Centrum für Locomotion im Niveau der Varolsbrücke. „Neurol. Centralbl.“ 1897, nr. 4.
- 3) *idem.* Ueber die Blutcirculation im Grosshirn während der Anfälle experimenteller Epilepsie. „Neurol. Centr.“ 1894, nr. 23.
- 4) Bregmann. Zjazd chirurgów w Berlinie w kwietniu 1899. („Neurol. Centr.“ 1899, nr. 8), oraz w kwietniu 1895. („Berlin. Klin. Woch.“ 1895, nr. 16).
- 5) E. Bischoff. Ueber die mot. Leitungsbahnen und die Entstehungsweise epileptischer Anfälle. „Wien. Klin. Woch.“ 1899, nr. 39.
- 6) O. Binswanger. Die Epilepsie, w *Specielle Pathologie und Therapie* Nothnagla. T. XII, 1-sza część, 2-gi rozdział. Tu zebrana szczegółowo i dawniejsza literatura.
- 7) E. Bleuler. Die Gliose bei Epilepsie. „Münch. med. Woch.“ 1895, nr. 33.
- 8) Bleile. The urine in epilepsy „New.-York med. Journ.“ 1897, nr. 19 ref. „Neurol. Centr.“ 1897, s. 744.
- 9) Bourneville et Rellay. Alcoholisme; hemiplégie gauche et épilepsie etc. „Progr. méd.“ 1897, s. 47.
- 10) R. Boyce. The seat of origin. ad path. of Conduction of the fili in absinthe epilepsy. „Brit. med. Journ.“ 1893, nr. 18.
- 11) Bratty. Alkohol und Epilepsie“. „Allg. Zeitschr. f. Psych.“ T. 56, str. 334.
- 12) *idem.* Das Ammonshorn bei Epileptischen und Paralytikern Psych. Verein w Berlinie 17 czerwca 1899. „Neur. Centr.“ 1899, nr. 14.
- 13) M. Breiting. Ein Fall von Epilepsie. „Deut. med. Woch.“ 1898, nr. 39.
- 14) Bresler. Ueber Spinalepilepsie. „Neurol. Centr.“ 1896, nr. 22.

- 15) Brown-Séguard. Note sue quelques faits nouveaux relatifs à la physiologie de l'épilepsie „Compt. med. de l'Acad. de Sciences“ 1892, nr. 11.
- 16) Capriati. Modificazioni della Circolazione cerebrale nell'uomo nella epilepsia etc. „Neurol. Centr.“ 1894, nr. 12.
- 17) P. Colololian. La toxicité du sang dans l'épilepsie. „Arch. de Neurol.“ 1899, Mars.
- 18) Cabitto. La tossicita del sudore negle epilettici Riv. sper. di fren. T. XXIII.
- 19) R. Ewald. Ueber künstlich erzeugte Epilepsie. Zjazd neurol. w Baden-Baden w marcu 1898. „Neurol. Centr.“ nr. 13.
- 20) W. A. Ewans. Autointoxication aud epilepsy. „Neurol. Centralbl.“ 1895, nr. 14.
- 21) Ch. Féré. Les epilepsies et les epileptiques tram. Eben. 1896.
- 22) Ferranini. Autointossicazioni et epilepsia Ann. di Nevrologia XVI. „Neurol. Centr.“ 1899, p. 603.
- 23) Fourmer. Epilepsie parasyphilitique. „Revue Neurol.“ 1393, nr. 22.
- 24) Frochner i Hoppe. Der Stoffwechsel von Epileptiken unter dem Einfluss der Schilddrüsenfütterung. „Psych. Wochenschr.“ 1899, nr. 35.
- 25) Gowers. The dynamics of life in relation to the nature of Epilepsy. „The Lancet“ 1894, nr. 3 i 10.
- 26) Haig. The physics of the cranial circulation and the pathology of headache, Epilepsie aud mental depression Brain Spring Summer. 1893.
- 27) Heimann. Epilepsie als Abstinenzerscheinung bei Morphiumentziehung. „Neurol. Centr.“ 1898, str. 655.
- 28) C. A. Herter. Notes on the toxic properties of the blood in epilepsy. „Journal of nerv. aud ment. discaser“ 1899. T. 26, str. 72.
- 29) Higier. Przypadek odrębnej postaci padaczki. „Pamięt. Tow. Lek.“ 1896, str. 508.
- 30) H. Hochhaur. Ueber frühzeitige Verkalkung der Hirngefäße als Ursache von Epilepsie. „Neurol. Cent.“ 1898. nr. 22.
- 31) F. Jolly. Ueber encephalopathia saturnina. „Charité Ann.“ 1894.
- 32) *idem*. Ueber traumatische Epilepsie und ihre Behandlung. „Charité Annalen“. 1895.
- 33) Kocher. Ueber die Bedingungen erfolgreicher Operation bei Epilepsie. Zjazd chir. w Belinie w kwietniu 1899. „Neurol. Centr.“ 1899, nr. 8.
- 34) Kovalevsky. Syphilitische Epilepsie. „Berl. Klin. Wochensch.“ 1894, nr. 4.
- 35) Krainsky. Zur Pathologie der Epilepsie. Ueber Störungen in Stoffwechsel bei Epileptikern. „Neurol. Centr. 1897, nr. 15. „Allg. Zeitschr. f. Psych. 1897. T. 54, str. 612.
- 36) H. Kuhlmann. The blood in epilepsy. „Neurol. Centr. 1897, str. 699.
- 37) M. Lapinsky. Ueber Epilepsie beim Frosche. Pflügers Archiv. T. LXXIV.

- 38) A. L u i. Sul comportarsi dell'alcalinita del sangue in alcune forme psicopatische e nell'epilepsia. Rev. sper. di Frematria T. 24. „Neurol. Centr. 1898, str. 1132.
- 39) W. L ü t h. Die Spätepilepsie. „Allg. Zeitschr. f. Psych.“ T. 56, str. 512.
- 40) M a i r e t e t V i r e s. Note sur la toxicité du serum sanguin des épileptiques. „Comptes recedus de la Societé de biol.“ 1898. T. V, nr. 23.
- 41) P. M a r i e. Inféctions et épilepsie. „Semaine médicale“ 1892, nr. 36.
- 42) L. S. M a y e r. Ophthaloskopische Untersuchungen bei Epilepsie“ ref. „Neurol. Centr.“ 1898, str. 649, nr. 14.
- 43) M a h n e r t. Zur Kenntniss der „Herzepilepsie“ im allgemeinen und der senilen arteriosclerotischen Epilepsie. „Wien. med. Woch.“ 1897, nr. 33—35.
- 44) E. M e n d e l. Die Epilepsia tarda. „Berl. Klin. Woch.“ 1893, nr. 45.
- 45) M o e l i c y t. według B i n s w a n g e r a str. 129.
- 46) M u r a t o w. Zur Theorie der Epilepsie. Tow. neuropat. i psych. w Moskwie 24 września 1899. „Neurol. Centr.“ 1900, nr. 6.
- 47) M. N e u m a n n. Ueber die Beziehungen zwischen Alkoholismus und Epilepsie. „Inang. Dissert.“ Strassburg, 1897.
- 48) N a w r a t z k y i A r n d t. Ueber Druckschwankungen in der Schädelgratshöhle bei Krampfanfällen. Psych. Verein w Berlinie. „Neurol. Centr.“ 1899, nr. 14, str. 662.
- 49) O s s i p o w. Ueber Magen, Darm und Harnblasencontractionen während des epileptischen Anfalls. „Deut. Zeit. f. Nerv.“ 1899, T. 15.
- 50) O s s i p o w i B o r i s c h p o l s k y. Ueber die Erregbarkeit der Gehirnrinde nach den epileptischen Anfällen. Zebr. Klin. lekarzy w Petersburgu. „Neurol. Centr.“ 1899, nr. 17, str. 811.
- 51) *idem*. Ueber den corticalen Ursprung der durch Absynth hervorgerufenen epileptischen Anfälle beim Hunde ref. „Neurol. Centr.“ 1898, str. 646, nr. 14.
- 52) A. P i c k. Ueber die Beziehungen der epileptischen Anfalls zum Schlafe. „Wien. med. Woch.“ 1899, nr. 30.
- 53) J. P r u s. O drogach przewodzenia i istocie padaczki korowej. „Przeгляд lekarski“ 1898, nr. 34 i 35.
- 54) L. R o m o r o n i. Die Histologie der Stirnlappenrinde bei Verbrechern und Epileptikern. „Wien. Klin. Rundschau“ 1897, nr. 6—8.
- 55) E. R e d l i c h. Ueber senile Epilepsie. „Wien. med. Woch.“ 1900, nr. 13—15.
- 56) R u s s e l. A statistical inquiry into the prevalence of epilepsy and its relation to other diseases. Brain 1899, Winter.
- 57) S a l g o. Die pathologischen Wechselbeziehungen der Alkoholintoxication und Epilepsie ref. „Neurol. Central.“ 1900, str. 273, nr. 6.
- 58) S m i t h. Ueber eine nach Aetiologie, klinischem Verlauf und Prognose genau abgrenzbare sich als „alkohologene cardiale Epilepsie“ charakterisirende gruppe epileptoider Zustände. „Münc. med. Woch.“ 1898, nr. 43.
- 59) S t i n t z i n g. Ueber den ursächlichen Zusammenhang von Herzkrankheiten und Epilepsie. „Archiv. f. Klin. Med.“ T. 66.

- 60) Marandon de Montyel. Contribution à l'étude des rapports de l'empaludisme et de l'épilepsie. „Rev. de Med.“ 1899 Decembre, str. 921.
- 61) E. Wartmann. Alkoholismus und Epilepsie im ihren wechselseitigen Beziehungen. „Archiv. f. Psych.“ T. 29, str. 933.
- 62) Walker. Beobachtungen über die bleibenden Folgen des Ergotismus für das Centralnervensystem. „Arch. f. Psych.“ T. 25, str. 383.
- 63) Weber. Neuere Anschauungen über die Bedeutung der Autointoxication bei der Epilepsie. „Münch. med. Woch.“ 1898, nr. 25.
- 64) A. Wizel i M. Borsuk. Przypadek urazowego wylewu krwi do substancji białej mózgu z następczym zaburzeniem mowy, niedowładem połowicznym i padaczką Jaksona wyleczony na drodze chirurgicznej. „Przegląd chirurgiczny“ 1896, str. 1.
- 65) Wildermith. Zur Aetiologie der Epilepsie ref. „Neurol. Centr.“ 1898, str. 1134, nr. 24.
- 66) Voisin et Jeran. Recherches sur la toxicité urinaire chez les épileptiques. „Arch. de Neurol.“ 1892, T. 24 i 1893, T. 25.
- 67) H. Unverricht. Ueber die Epilepsie Volkmann's. „Vorträge“ 1897, nr. 196.
- 68) *idem*. Zur Pathogenese der Rindenepilepsie. Kritische Bemerk. z. d. Aufsätze d. Herrn Prof. Prus. „Wien. Klin. Woch.“ 1899, nr. 13.

Bucelli. Parosismi alcoolici et epileptici H. Policlinico, 1868, str. 345, ref. w „Revue neurol.“ 1898, str. 814.

H. Mennier. Convulsions du nouveau-né provoquées par l'acoolisme de la nourrice. „Journ. de med. et de chir. pr.“ 1898, 25 kwietnia.

Rubino. Epilepsy in secondary syphilis. ref. „Brit. med. Journal“ 1898, 16 lipca.

E. J. Spratling. Epilepsy and digestion. „New-York. med.-journ.“ 1898, nr. 14.

W. Hause. Soome factors in the production of Epilepsy. Buffalo med. Journ. ref. „Jahresbericht f. Neurol. und Psych.“ 1898, str. 822.

J. Ballet. Des causes occasionelles de l'épilepsie. „L'Indep. med.“ 1898, nr. 16.

Tramonti. La tossicità del urine negli equivalenti epileptici. „Riv. Quind di psich.“ T. II, z. 11—12, 1898.

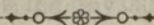
Koenig. Ueber epileptische und hysterische Krämpfe bei gelähmten Kindern. „Monatschr. f. Psych.“ T. IV, 1898.

Pean. Contribution à l'étude des rapports ante et post mortem de l'épilepsie et de la paralysie générale. „Arch. de neurol.“ 1898, str. 328.

Lanos. Contribution à l'étude de l'épilepsie. „Neurol. Junographie de la Salp.“ 1898, nr. 11.

Teeter. Nelson The autotoxie origin of epilepsy. „Alienist and neurologist“. T. 18, z. 2, 1897.

- Ziehen. Ueber Erregungs— und Reizungsort der gemein Epilepsie. „Monatschr. f. Psych. und Neurol.“ T. II, str. 77, 1897.
- Hebold. Die Berlinerstädt. Anstalt f. Epileptische. Das Wesen und die Behandlung der Epilepsie. „Hygias. Rundsch.“ 1897.
- Baumstark. Ueber Epilepsia procursiva. Freiburg, „Dissert.“ 1897.
- Geist. Ueber die atypischen mot. Reizerscheinungen des epileptischen Anfalls. Inang, „Dssert Jena“.
- Winkler. Zeldsame Gefalen von Epilepsie ref. „Jahresbericht f. Psych. und Neurologen“ 1897, str. 864.
- Kovalevsky. Epilepsia senilis. „Centr. f. Nervenheilk“ 1897, str. 547.
- Jarnutowski. Reflexepilepsie in Folge von Gonites tuberculosa. „Inaug-Distert“ Leipzig.
- Pański. Ein Fall von Glossospasmus und von Epilepie reflectorischen Ursprungs „Kron. Lek.“ 1897, nr. 12.
- Seeligmüller. Klinische Beiträge zur Reflexepilepsie. Festschrift der Anstalt Nietleben.
- Mairet et Vires. Un stigmat permanent de l'épilepsie. „Rev. Neurol.“ 1897, nr. 287.
- Sokolow. Ueber den Einfluss der meteorologischen Veränderungen und bes. der Erdmagnetismus auf die epileptischen Anfälle ref. „Jahresbericht f. Psych. und Neurol.“ 1897, str. 869.



II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

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).

(Dokończenie).

387. W. Körte (z Berlina). Doświadczenia nad leczeniem operacyjnem guzów złośliwych jelita grubego.

Sprawozdanie obejmuje 54 przyp., które dotyczyły najczęściej osobników pomiędzy czwartym i siódmym dziesiątkiem lat. Objawy chorobowe rozwijały się tu zazwyczaj stopniowo, bardzo wielu z cho-

rych uważało za przyczynę powstanie nawykowego zaparcia, a w 2-ch przypadkach przytoczono uraz. Zaburzenia czynnościowe ze strony kiszek występowały, wogóle, tem wybitniej, im dalej ku dołowi siedział guz w kiszce grubej i im bardziej pierścieniowato zwyrodniał ścianę jelita. Z zaburzeń tych wyszczególnić wypadnie biegunkę, powstawanie wypróżnień krwawych i śluzowych, występujące napadami bóle kłójące brzucha, to znów zaparcie wraz z objawami zwężenia kiszki, które przechodzić może nawet w niedrożność. To ostatnie powikłanie stwierdzono u 27 chorych, przyczem w dwóch przypadkach miano do czynienia z wpochwieniem biodro-okreźnicowem i okreźnico-odbytniczem.

Według umiejscowienia spostrzeżenia te podporządkować się dają w sposób następujący: siedliskiem nowotworu złośliwego w 1-ym przypadku był wyrostek robaczkowy, w 15—okolica biodro-kątnicowa (regio ilaeo-coecalis), w 3 — okreźnica wstępująca i krzywizna wątrobowa (flexura hepatica), w 8 — okreźnica poprzeczna, w 6 — krzywizna śledzionowa, w 2—okreźnica zstępująca, w 19 wreszcie—kątnica esowata. Wyczuwalność guza bywa nader rozmaita, zależnie od umiejscowienia i jego wymiarów oraz od stopnia rozděcia innych pętli kiszkowych. Małych raków obrączkowatych nie udaje się wymacać najeźściej, jak również guzów odcinka dolnego kątnicy esowatej. Swoistą też bywa niemal skłonność ich do owrzadzania się i rozpadu. W 5 przypadkach znaleziono przedziurawienie chorej części jelita, w 2-ch — odleżynę na śluzówce zdrowej powyżej miejsca zwyrodnionego.

Dla rozpoznania najważniejszymi są objawy zwężenia, gdzie pamiętać trzeba, że najczęstszą tego ostatniego przyczyną są nowotwory złośliwe, a rzadziej znacznie — owrzodzenia natury gruźliczej i blizny niezłośliwe. Stawiając dyagnozę pamiętać nadto należy o możliwości istnienia cierpień, pozorujących guz kiszki złośliwy, jak: przewlekłe sprawy zapalne, guzy gruźlicze, promienica osobliwie w okolicy biodro-kątniczej, dalej— nerka wędrująca, guzy nerki, pęcherzyka, wątroby i żołądka i t. p. Nowotwory kątnicy esowatej, gnieźdzące się w miednicy mniejszej, mogą być przyjmowane u kobiet za guzy przydatków (adneksów).

Co do leczenia, nie w każdym przypadku możliwym jest postawienie wskazań do operacji przed dokonaniem cięcia brzuszego. Mocno porastane wzajemnie odcinki kiszek dają się jednak zoperować niekiedy, jeśli choć nieco są ruchome. Za przeciwwskazanie do wycięcia uważa się obecność tęgich zrostów, unieruchamiających ła two przesuwalne zazwyczaj pętle jelitowe, dalej — rozległe przerzuty na sieci, kiszkach cienkich i pęcherzu oraz wydatne gruczołów krezki obrzmienie.

W przypadkach, w mowie będących, podejmowano rękoczyną krwawe 43 razy. Tu zaliczyć trzeba 19 wyłuszczeń (exstirpatio) guza doszczętnych z wynikiem ujemnym w 7 przypadkach; operowani na guzy w okolicy kątnicowej wyzdrowieli wszyscy (6 osobników). Z 6-ciu osobników, obarczonych sprawą nowotworową okreźnicy poprzecznej, wyzdrowiało 2-ch tylko, z 7 z guzem okreźnicy zstępują-

cej i kątnicy esowatej — umarło 3-ch. Jeżeli zwrócimy uwagę na trwałość osiągniętych w spostrzeżeniach 12 wyników dodatnich, to przekonamy się, że 5 operowanych czuło się zdrowymi w ciągu lat 3—8 $\frac{1}{2}$ po zabiegu, 3-ch zmarło na nawroty, 1 — żyje dotąd, pomimo recydywy, 1 — zmarł bez nawrotu, 2 żyje wreszcie mniej niż 3 lata po operacji, ciesząc się dobrym zupełnie stanem ogólnym. Enteroanastomozę wykonano w 12-tu przypadkach, w 3-ch z wynikiem ujemnym.

Wyzdrowienie, najbardziej trwale, nie przekraczało 3 $\frac{1}{4}$ lat, a za każdym razem zauważono po operacji tej poprawę wybitną, czego nie można powiedzieć o enterostomii. Operacji tej dokonano u 20 chorych, t. j. ilaeostomię — 2-razy z wynikiem niepomyślnym w 1 przypadku; coecostomię 8 razy (+2 pp.), colostomię poprzeczną — raz jeden, lewostronną colostomię biodrową 9 razy (+3 pp.), 14 chorych, którzy przetrwali operację pomyślnie, żyją już od lat 2-ch do 7, w 2-ch przypadkach potrzeba było uciec się do enteroanastomozy wtórnej, po której jeden z operowanych żył lat 3 $\frac{1}{4}$, drugi — przeszło 2 lata. W 3-ch przypadkach, po colostomii uprzedniej, dokonano wycięcia guza z niepomyślnym u 2-ch osobników wynikiem, trzeci operowany żył po rękoczynnie 3 lata; 16, wreszcie, chorym zrobiono odbył sztuczny wobec zamknięcia zupełnego światła kiszki, 3-em wobec objawów zwężenia, 1-mu — na skutek rozpadu guza. Z liczby tej 6 osobników zmarło.

388. Krönlein (z Zurychu). O wynikach otrzymywanych po wycięciu odbytnicy.

W odczycie, zatytułowanym w sposób powyższy, znajdujemy odpowiedź na trzy następujące pierwszorzędnej wagi pytania: I. Jakie są obecnie wyniki bezpośrednio ekstyropacji jelita stolcowego? II. O ile są wyniki te trwałe? III. Jakie zaburzenia czynnościowe powstają w następstwie operacji?

Doświadczenie kliniczne autora, poparte licznymi ze zjazdów lekarskich i prac odnośnych sprawozdaniami, daje odpowiedź, wyczerpującą dostatecznie na postawione pytania. Ta ostatnia wysnuta została z 881 spostrzeżeń, ugrupowanych treściwie i rozważonych dokładnie. Większość przypadków tych obserwowaną była czas długi po operacji w celu urobienia poglądu co do trwałości otrzymanego wyniku. Można więc dziś twierdzić stanowczo, że: a) najlepszą metodą postępowania wobec guzów odbytnicy złośliwych jest wycięcie tejże. Dalej, że: b) ekstyropacja niemal w $\frac{4}{5}$ razy prowadzi do wyzdrowienia. c) Trwale, pomyślnie wyniki operacyjne otrzymuje się przynajmniej w $\frac{1}{7}$ ilości przypadków. d) Wyniki czynnościowe są tam lepsze, gdzie udało się zachować zwieracz i odbył. e) Zupełne kiszki stolcowej usunięcie pogarsza w każdym bądź razie wyniki czynnościowe. f) Sposoby: kroczowy i grzbietowy winny się uzupełniać wzajemnie, a nie wykluczać. g) Metodę krzyżową podejmować należy wyłącznie tylko wobec wysoko umiejscowionych lub sięgających daleko raków odbytnicy. Wreszcie h) w przebiegu wyluszcze-

nia nawet pilnie przestrzega się, o ile jest to możliwym, zasad chirurgii zachowawczo-wytwórczej (szew, odwrócenie i ściągnięcie błony śluzowej i t. p.).

389. **K e h r** (z Halberstadt). **Jak stol sprawa z nawrotem po operacjach nad kamicą pęcherzyka żółciowego?**

Autor oznajmia, że nawrotu istotnego, t. j. wtórnego wytworzenia się kamyków po rękoczynach, uwięzionych powodzeniem, nie stwierdził w żadnym z 491 przypadków, operowanych przezeń w ciągu lat dziesięciu. Recydywy, nie w ścisłym znaczeniu tego słowa, powstawały w 15% przypadków, a mianowicie: na skutek przeoczenia niektórych kamyków (14%), na skutek wytworzenia się przepuklin (7%) i t. p. Napady kolek zależnych od zrostów występowały po cystostomii daleko częściej, niż po cystektomii, co zniewala do oddania tej ostatniej pierwszeństwa. W powstałej ztąd dyskusji L**öbker** zaznaczył, że osobiście nie upatruje żadnego wskazania, wobec faktu istnienia kamyków żółciowych do operacji i że wskazanie to wyradza się dopiero w razie występowania powikłań. Cystektomii należy oddać pierwszeństwo tam zwłaszcza, gdzie na śluzówce pęcherzyka są zmiany, choćby ze względu na niebezpieczeństwo powstania w przyszłości raka, który, o ile nie jest wtórnym, bywa zawsze następstwem kamicy. Często po cystostomii powstające sprawy zapalne, których, wszelako, nawrotami nazwać niepodobna, są również jedną więcej zasadą do przelożenia wycięcia pęcherzyka nad cięciem. W razie zawędrowania kamyków do przewodu wątrobowego L. zaleca rozcięcie tegoż szerokie, potem zaś — przesondowanie i drenowanie przewodu. Wszyscy operowani w sposób ten chorzy wyzdrowieli. Tam, gdzie powstały zrosty, ektomia nie zawsze zabezpiecza od powrotu objawów dokuczliwych, a wówczas nie należy zwlekać z wykonaniem gastroenterostomii.

Dość należy, że Peterson z Heidelbergu dwa razy spostrzegł istotną recydywę kamicy. K**örte** z Berlina przystępuje do operacji również wtedy tylko gdy, prócz kamienia, stwierdza w pęcherzyku zmiany zapalne. Troje z Brunświku widział w jednym przypadku, wytworzenie się raka po cystostomii, oświadcza się zatem również za ektomią, która na ilość ogólną 27 przypadków, w 5 tylko dała mu wyniki mniej zadawalniające.

390. **K ü m m e l l** (z Hamburga). **Oznaczenie sprawności nerek przed podjęciem zabiegów operacyjnych.**

Cewnikowanie moczowodów, ów dzielny zabieg pomocniczy w rozpoznawaniu cierpień chirurgicznych nerek, w przypadkach pojedynczych napotyka wybitne trudności, zależne, nie mówiąc już o braku wprawy, od wywołującej marskość narządów sprawy gruźliczej, od zmieszczenia ujść moczowodów, wydzieliny mętnej i t. p. warunków. Bywa i tak, że z jednej nerki otrzymujemy mętną od domieszki ropy urynej, z drugiej zaś — moczu, nie zupełnie przezro-

czysty. Tymczasem, wobec konieczności np. wyluszczenia jednej ciężko chorej nerki, musimy upewnić się, o ile druga, mająca pozostać nerka jest zdrową, t. j. o ile będzie mogła odbywać czynność, wzmożoną w dwójnasób. Dlatego też w tych razach, gdzie cewnikowanie moczowodów nie może nam kwestyi tej rozstrzygnąć na pewno, koniecznem jest obrać inną drogę rozpoznawczą, a mianowicie — zwrócić się do metod badania fizykalnych. Do tych ostatnich, dających pewną co do sprawności lub niedostateczności nerki wskazówkę, należy: a) określenie ilości wydzielanego w urynie mocznika; b) oznaczenie punktu zamarzania krwi i c) moczu, wreszcie d) określenie stopnia marznięcia wydzieliny każdej z osobna nerki, co otrzymuje się przez katetyzacyę moczowodów.

Pierwsza z metod tych jest najprostszą i, bodaj, najpewniejszą. Ilość dobową mocznika wynosi, jak wiadomo, w warunkach prawidłowych 20—35,0; otóż przyjęto, że zniżka do 16,0 pozwala wnioskować o upośledzeniu przemiany materii resp. o niedostatecznej sprawności nerek, przemawiającej przeciw podejmowaniu tak ciężkiego zabiegu, jakim jest np. wycięcie jednej nerki. Autor w znacznej ilości przypadków odnośnych brał pod uwagę przed przystąpieniem do operacyi zawartości mocznika i w każdym przypadku wyniki odpowiadały ściśle wynikom metod do oznaczenia punktu zamarzania służących. W każdym, leczonem przez operacyę spostrzeżeniu ilość dobową wydzielającego się mocznika wynosiła więcej, niż 16 cmt. i za każdym też razem pozostały po wycięciu nerki narząd parzysty spełniał swe powinności wzorowo. Rzecz prosta, nie poprzestawano tu na analizie jednorazowej, dorywczej, lecz na wyniku badań, przeprowadzonych w ciągu dni szeregu.

Ważnym czynnikiem rozpoznawczym jest dalej określenie punktu zamarzania, t. j. zgęstnienia cząsteczkowego (koncentracji molekularnej) krwi i moczu. Jak wiadomo, w razie zetknięcia się wzajemnie dwóch chemicznie powinowatych, o różnej, wszelako, koncentracji, roztworów, różnicę tę usiłuje wyrównać wzmożony dopływ cząsteczek rozpuszczonych w stronę koncentracji słabszej. Jeśli roztwory te oddzielone są od siebie przez przegrodę, która przepuszcza tylko środek rozpuszczający, a nie rozpuszczone pierwiastki, wówczas środek ten, ulegając prądowi, płynie od strony zgęstnienia mocniejszego w kierunku ku stronie z koncentracją słabszą aż do wyrównania różnicy. Sprawa ta, jak wiadomo, zwie się osmozą, a siłą przyciągająca — ciśnieniem osmotycznym. Prawom osmozy podlega krew i mocz, a ciśnienie bywa odpowiedniem do ilości rozpuszczonych w cieczy cząsteczek, przyczem ilość tych ostatnich warunkuje wahanie w obniżaniu się punktu marznięcia. Jeśli np. roztwór wodny zawiera mało cząsteczek rozpuszczonych, to punkt zamarzania cieczy takiej będzie mało co niższy od stopnia zamarzania wody; im zaś bardziej ilość cząsteczek powiększa się, tem stopień ów spada niżej. Tę dla określenia ciężaru cząsteczkowego znaną już zdawna fizykiem metodę A. v. Korányi wypróbował wszechstronnie dla oznaczenia rozlicznych punktów zamarzania krwi i moczu u ludzi zdrowych i chorych. Badania te wykryły, że dla krwi osobnika zdrowego

otrzymuje się — $0,56^{\circ}$ C. poniżej stopnia zamarzania wody przekroplonej. Jeżeli wydzielanie się wytworów przemiany materii idzie drogą prawidłową, dzięki prawidłowo pracującym nerkom, naówczas stały punkt zamarzania będzie wskazówką, że sprawność czynnościowa narządów tych jest wystarczająca; jeżeli jednak funkcya nerek słabnie i wytwory rozkładu zalegające powiększą zgęstnienie cząsteczkowe, punkt zamarzania opada poniżej — $0,56^{\circ}$ C. Twierdzenia te K. zostały udowodnione przez szereg badań klinicznych. Występujące też w przypadkach nieżyty nerki, ropo- i wodonercza, jak również guzów tego narządu powiększenie się zgęstnienia cząsteczkowe, a więc obniżenie się punktu zamarzania przemawia zawsze za niedostatecznością nerkową.

Ważniejszym jeszcze pod względem praktycznym jest wahanie stopnia zlodowacenia krwi, gdy jedna z nerek zostanie usunięta. Możemy wówczas, dzięki rozpoznaniu, przeprowadzonemu ściśle przed operacją, nie znaleźć obniżenia się owego stopnia, co dowodzi, że nerka pozostała rozwija szybko działalność wyrównywającą, że jest więc zdrową. Autor przytacza też 6 takich spostrzeżeń, w których wycięcie nerki dokonaniem zostało przy prawidłowym punkcie zamarzania krwi, utrzymującym się przy — $0,56^{\circ}$ C. po ręcznie. Do obliczeń tych używa się zwykle przyrząd Beckmann'a, krew zaś, w ilości 20 cmt., otrzymuje się zapomocą ukłócia igłą żyły ramiennej, poczem krew tę, pozbawioną włókniaka, zamraża się. Określenie stopnia zamarzania moczu jest, rzecz prosta, zadaniem mniej powikłanem jeszcze, sposób ten, wszelako, nie jest już tak dokładny wobec znacznych wahań fizyologicznych.

Stopień ten znajduje się pomiędzy—1 i -2° C. Gdy obniżenie się punktu zamarzania wynosi mniej, niż — 1° C., świadczyć to będzie o zajęciu nerki przez sprawę chorobową; w przypadkach np. marskości omawianego narządu otrzymujemy — $0,65^{\circ}$ C. Jeszcze ważniejszym być musi oznaczanie stopnia marznięcia moczu, otrzymywanego z każdej pojedynczo nerki drogą cewnikowania moczowodów, jak czynili to Casper i Albarran. Metoda ta, określając zabarwienie, zawartość białka i mocznika oraz zgęstnienie cząsteczkowe wydzielniny nerkowej oddzielnie, pozwala wyciągać wnioski pewne co do sprawności każdej z osobna nerek. Otrzymywane tą drogą obniżenie się punktu zamarzania moczu poniżej — $0,9^{\circ}$ C. wraz ze stwierdzonym uprzednio obniżeniem się co do krwi, pomiędzy— $0,58$ i $0,61^{\circ}$ C., wskazywać będzie niezbicie na upośledzenie czynnościowe nerek w danym przypadku.

K. Niedzielski.

Sprawozdanie z XIII Zjazdu Międzynarodowego Lekarzy,
odbytego pomiędzy d. 2 i 9 sierpnia 1900 r. w Paryżu.

A. Sekeya chirurgii dróg moczowych.

391. Küster z Marburga, Christian Bengler z Londynu
i Bazy z Paryża. **O rękoczynach zachowawczych w przypadkach nie-
drożności nerkowej.**

Pod niedrożnością nerki pierwotną rozumieć należy zatrzymanie się odpływu moczu na skutek powstałej w drogach moczowych przeszkody. Wydzielina nerek zatrzymuje się wówczas w miedniczce i w kielichach, najczęściej bowiem przeszkoda umiejscowioną jest w moczowodzie, a mianowicie w jego części górnej, lubo punktem wyjścia czynników takich może być również pęcherz i cewka. Do tych, tamujących odpływ moczu warunków, zaliczyć trzeba powstanie zrostów zwłaszcza w okolicy górnego odcinka moczowodu, dalej — obecność w tymże kamieni, a najczęściej w jego końcach: górnym i dolnym, wreszcie — wytwarzanie się zwożeń na skutek obrażeń ścian przewodu lub wybuchu zaburzeń natury zapalnej w tkankach tenże okalających (perimetritis, paranephritis i t. p.), co prowadzi do powstawania blizn. Dr. Bazy zwraca tu uwagę, że obecność zmarszczeń bliznowatych stwierdza się zawsze w przypadkach przetok moczowodowo-pęcherzowych. Co do przebiegu, niedrożność taka bywa przepuszczającą, zwalniającą lub stałą, przyczem ta ostatnia występuje najczęściej w przypadkach wodo- lub ropo-nercza.

Rękoczyny zachowawcze mogą być wskazane wtedy tylko, gdy sprawność nerki została zachowaną jeszcze i gdy pozostawienie jej nie staje się źródłem niebezpieczeństwa dla ustroju; wskazanie zatem będzie wyraźne w przypadku wodonercza np., wątpliwe — w razie zajęcia nerki przez sprawę zakaźną, bezwzględne — jeżeli ustrój posiada jedną tylko nerkę, bez uwagi na to, jakimkolwiek nawet byłby stan tejże.

Operacje podzielić tu można na cztery następujące rodzaje:

1) Umocowanie nerki z mieszczonej, t. j. przyszywanie, wykonywane najlepiej na sposób Guyon'a, zabieg ten podjęty będzie winien w przypadkach wytworzenia się zrostów. 2) Wykonywaniu zespoleniu sztucznych, jak uretero-pyelo-neostomia pierwotna lub wtórna i uretero-cysto-neostomia, t. j. zespolenie moczowodów bądź z miedniczką, bądź z pęcherzem. Rozumie się, operacje te są dobre, o ile uda się ominąć miejsca, uległe zgorzeli, te bowiem mogą współdziałać ze sprawą wytwarzania się kamieni. Zespolenia moczowodu z pęcherzem dokonać trzeba drogą brzuszną za pomocą cięcia w smudze białej; przyczem zakażenie moczowodu bądź mied-

niczki nie jest przeciwwskazaniem do zabiegu. 3) Operacje wytwórcze, t. j. plastyczne podejmuje się w przypadkach czystych drogą otrzewnową, w zakaźnych — przez okolice lędźwi. Operacje tego rodzaju wykonywać można pomimo istniejącego nawet w nerce ropnia. Jeśli np. zwężenie moczowodu, powstało na wysokości jego wyjścia z miedniczki, górna część przewodu resekuje się i brzegi odinka wszczepia do miedniczki; Fenger miał 5 tego rodzaju przypadków, w których operacja dała wyniki bardzo dobre, lata już całe trwające. 4) Cięcia i rezekcje. Zapomocą pierwszych usuwa się zazwyczaj kamienie i tu należą nefrotomia, ureterotomia, cięcie pęcherzomoczowodowe, a w razach wyjątkowych — moczowodo - pochwowe. Rezekcję miedniczki najlepiej jest wykonać sposobem Albarran'a, nadto w przypadkach wodonercza wycina się niekiedy z narządu i nakłada szew. Wszystkie dane te oparte zostały na doświadczeniu klinicznym i wypróbowane w przypadkach odnośnych, przyczem operowani poddawani byli niekiedy obserwacyi lekarskiej w ciągu lat siedmiu po dokonaniu zabiegu.

392. Dr. S. Saxtorph (z Kopenhagi). **Wartość zabiegów chirurgicznych wobec gruźlicy pęcherza.**

Znaczenie rękoczynów chirurgicznych zależne jest od rodzaju, źródła zakażenia i rozciągłości zmian chorobowych w pęcherzu, przyczem trzeba pamiętać, że gruźlica tego narządu, jako cierpienie wtórne ma swój punkt wyjścia zawsze lub prawie zawsze w istniejącem nieraz od bardzo dawna ognisku gruźliczem w płucach. Droga, po której czynniki zakaźne przedostają się do pęcherza, bywa dwojaka, a mianowicie: a) laseczniki gruźlicze, pędzone strumieniem krwi, wstępują do nerki, a ztąd do pęcherza, który zakażają, wszczepiając się w śluzówkę od powierzchni wewnętrznej (infectio descendens); b) laseczniki gruźlicze przedostają się do krwi, ztąd do gruczołu krokowego, pęcherzyków nasiennych, jądra lub przyjądrza. W dalszym ciągu, idąc pod górę, drobnoustroje przedostają się aż do ścian pęcherza (infectio ascendens), który, zresztą, wobec zakażenia w mowie będącego, zachowuje się dosyć odpornie.

Ponieważ gruźlica pęcherza moczowego jest zawsze cierpieniem wtórnem, nie może być, oczywiście, mowy o doszczętnem jej wyleczeniu bez usunięcia źródła infekcyi stałej, t. j. bez uprzedniego wykonania cięcia nerki, częściowego moczowodu, wycięcia lub zniszczenia ognisk swoistych w zajętem przez sprawę chorobową narządzie płciowym. W przypadkach, gdzie warunki te nie mogą być zaspokojone uprzednio, wysiłki wszelkie w celu wyleczenia gruźlicy pęcherzowej będą przeciwwskazane i daremne. Po usunięciu przyczyny głównej sprawa w pęcherzu może: a) wygasnąć samoistnie w razie, gdy nie jest nadto zadawnioną lub rozległą, lub też staje się: b) łatwo podatną do wykonania właściwego zabiegu chirurgicznego. Ten ostatni polega na wycięciu drogą brzuszną chorych części śluzówki i następczem przypaleniu żegadłem. Operuje się w położe-

niu Trendelenburg'a, poczem, stosownie do okoliczności, pęcherz zasztywa się lub drenuje. Tam, gdzie ognisko pierwotne nie może być usuniętem, zabiegi nasze mogą być tymczasowemi tylko, t. j. skierowanemi ku przeniesieniu ulgi — zmniejszeniu bólu i nadmiernej urynowania częstotści. Tu należą: wyłżeczowanie i drenowanie pęcherza, przemywania wodą borną dla usunięcia objawów wypadkowego nieżyty lub moczu, zalegającego w pęcherzu i t. p. Zachwalane specyfiki przeróżne są bez wartości. Rozumie się, nie należy zapominać o leczeniu ogólnem, zachowywaniu przepisów higieny i wzmacniającej diety, na które baczną zwraca się zawsze uwagę.

393. Dr. Albert Hogge (z Liège). **Wartość rękoczynów chirurgicznych w przypadkach gruźlicy narządów moczowo-płciowych.**

Leczenie chirurgiczne bezkrwawe zapalenia gruźliczego części tylnej cewki (urethritis posterior tuberculosa) nie różni się niczem od terapii takiegoż nieżyty pęcherzowego i za nader skuteczne stosowane miejscowo środki autor uważa sublimat, jodoform, guajakol, kwas pikrynowy oraz ichtyol; roztwór azotanu srebra — potępia stanowczo. Stosowanie leków tych zmniejsza częstotć i łagodzi bolesność oddawania moczu oraz pomaga do oswobodzenia tego ostatniego z domieszek ropy i krwi. W razie powstania ognisk gruźliczych w części przedniej cewki, co, zresztą, zdarza się bardzo rzadko, usuwa się je zapomocą wziernika (endoskopu). Owrzodzenia swoiste członka należy wycinać, zapalenie gruczołów Cooper'a leczy się, w razie powiększenia przez ogniska ropne lub przetoki, łyżką i drenowaniem; rękoczyny krwawe wraz z użyciem żegadła nadają się również wobec gruźlicy gruczołu krokowego. Co do pęcherzyków nasiennych, nasieniowodów, jąder i przyjadrzy, przyjmujących w szeregzeniu się gruźlicy udział nazbyt częsty, chirurgdy tej miary, jak: Ullmann, Villeneuve, Platon, Roux, Sick i inni wykonywają od niedawna w przypadkach takich cięcia rozległe, ekstyrpacye, trzebieńia i t. d. Lubo po operacyach tych wyniki są dosyć zadowalniające, nieraz, wszelako, pozostają uporeczywe przetoki. Istnieje np. wiele prac, które zaznaczają zgodnie, że w przypadkach gruźlicy jądra i przyjadrza (tuberculosis epididymo-testicularis) trzebieńie obustronne zawodzi często i że daleko lepszymi są zabiegi takie, jak rezekeya przyjadrza, nasieniowodu, błony pochwowej (tunicae vaginalis) wraz z orchidotomią lub orchidektomią częściową. Metody te nie wyłącza-ją, bynajmniej, zabiegów bardziej zachowawczych, do których autor zalicza stosowanie środków żrących, przyżeganie, zastrzykiwania kamforanu naftolu, mleczanki jodoformowej, chlorku cynku i t. p. Całkiem niedawno Mauclaira wykonywać zaczął wobec będącej w mo- wie odmiany gruźliczej podwiązywanie i przecięcie powrózka nasien- nego. Nieznaczna ilość spostrzeżeń tego rodzaju nie pozwala wydać stanowczej postępowania tego oceny, zresztą, przypadki te są jeszcze zbyt świeże.

394. A. Pousson (z Bordeaux). Ocena leczenia chirurgicznego gruźlicy nerek.

Przypadki gruźlicy nerkowej zaczęto leczyć zapomocą operacji zaledwie od lat 15, ilość jednak rękoczynów odnośnych wzrasta od-tąd tak szybko, że od roku 1893 niektórzy z chirurgów byli w moż-ności wykazania cyfry imponującej, a i autor sam miał w latach ostatnich 161 tego rodzaju spostrzeżeń. Te ostatnie, co do ich sku-teczności, dr. P. dzieli w sposób następujący:

I. Wyniki ogólne: 1) *wyniki bezpośrednio*: a) śmiertelność ogólna (600 przypadków) nie przewyższała 21,33%; b) odsetka zejść niepomyślnych po nefrotomii i nefrektomii dochodziła do 20,8. Nie-ktorzy jednak chirurdzy w statystykach swych wykazają cyfry od-mienne, a mianowicie: po cięciu nerki — 18,51%, a po wycięciu — 6,54. Za przyczynę śmierci po operacjach tych autorzy podają zwy-kle zatrzymanie zupełne lub niedostateczne wydzielanie się moczu, co jednak przewidzieć dałoby się nieraz, badając chorego przed ope-racją dokładniej. Rzadziej już czynnikiem śmierć wywołującym by-wa wstrząs, posocznica, zapalenie otrzewny, uszkodzenie trzewiów lub naczyń. 2) *Wyniki odległe*. Z liczby 63 osobników, którym dokonano cięcia nerkowego umarło w następnym po operacji roku 39; reszta, t. j. 24 pozostało przy życiu, a niektórzy z nich żyli do lat 10, lecz wszyscy mieli przetokę lędźwiową. Dalej, na 335 chorych, którym trzeba było wycinać nerkę, zmarło tegoż roku 42 na skutek genera-lizacji lasecznika, 293 przetrwało operację na razie szczęśliwie; z tych 41 żyło jeszcze w ciągu 2—3 lat, 4 operowanych żyło w ciągu lat 5, 7—6 i 2 znajdowało się przy życiu jeszcze po upływie lat 8 od zabiegu. Niewielu tylko z osobników tych miało przetokę. Z zesta-wień tych wynika, że widoki uratowania operowanemu życia nie są, bynajmniej, po nefrektomii mniejsze, niż po nefrotomii; przeciwnie, wydają się nieco większymi nawet.

II. Wyniki, zależne od różnych postaci i warun-ków cierpienia. 1) *Okres zakażenia przez laseczniki gruźlicze wyłącznie*. W 10 przypadkach takich wykonywano rękoczyny chi-rurgiczne na skutek bólów lub krwotoku. Zejścia niepomyślnego nie otrzymano tu nigdy, a operowani, którzy pozostawali pod nadzorem lekarskim czas dłuższy, nie doznawali już żadnych ze strony narzą-dów moczowych zaburzeń. 2) *W obec zakażenia mieszanego* wyniki po operacjach były mniej zadawalniające. 3) *Obustronność zmian chorobowych* nie stanowi przeciwwskazania, jak np. nieznaczne zmia-ny nieżytowo-zapalne w drugiej nerce. 4) Bóle oddechowe w pęcherzu ustępują po operacji zupełnie. 5) *Stan płuc, wiek i płeć* nie tworzą przeciwwskazań szczególnych.

III. Wartość wyników w zależności od różnych metod postępowania. 1) *Nefrotomia* nie powinna być stosowa-ną w przypadkach gruźlicy prosówkowatej; za to nadaje się dobrze wobec wodonercza; użyta wobec istniejących w nerce spraw ropnych

dawać może tylko wyniki tymczasowe i pozostawia po sobie, w razie najlepszym, przetokę. 2) *Nefrektomia*, pierwotna zwłaszcza, jest tu daleko skuteczniejszą; wyniki gorsze otrzymuje się z wtórnego wycięcia nerki (30,70% śmiertelności), lecz i ta operacja może być bardzo jeszcze użyteczną, byle nie została wykonaną zbyt późno. 3) Z zestawienia sposobów *zewnątrz* — i *wewnątrz otrzewnowego* wynika, że pierwsza daje stosunkowo znacznie mniejszą odsetkę zejść niepomysłnych (21,21 i 34,04), a należy pamiętać, że, operując od lędźwi, można nieraz wyciągnąć na zewnątrz nerkę ogromną, nie uciekając się do rozkawalenia, a nawet resekować moczowód. 4) *Nefrektomia częściowa* powinna być zarzuconą raz na zawsze, już choćby z tego względu, że pozostała część nerki, choćby nie była przez naciek gruźliczy zajęta, ulega zazwyczaj zmianom nieżyłowym.

395. Prof. A. v. Frisch z Wiednia i F. Leguen z Paryża.

O późnych wynikach operacji, wykonywanych w przypadkach przerostu gruczołu krokowego.

W przypadkach przerostu gruczołu krokowego wypróbowano, jak dotąd, szereg cały rękoczynów przeróżnych, które sprowadzić się dadzą do przytoczonych poniżej trzech grup większych, a mianowicie: 1) operacje na jądrach; 2) wytworzenie wylotu sztucznego i 3) rękoczyny, podjęte na gruczole bezpośrednio. *Operacji na jądrach*, t. j. trzebienia dokonywają niektórzy w celu wywołania drogą tą zaniku gruczołu krokowego, czego nie osiągnie się na pewno ani przez częściowe wycięcie nasieniowodów, ani przecinanie naczyń nerwów powrózka. W większości jednak spostrzeżeń, nawet po wykonaniu trzebienia obustronnego, nie zauważa się zaniku w mowie będącego gruczołu, lecz, co najwyżej, pewne zmniejszenie jego wymiarów. Operowany w sposób powyższy niewątpliwie doznaje polepszenia pewnego, które uwydatnia się w ustąpieniu napadów, w mniejszem parciu na mocz i t. d., o wyzdrowieniu jednak zupełnem nie może być tu mowy. Jeśli wyniki takie porówna się z doniosłością metod innych, to, zaiste, pożytek, osiągany z trzebienia, wydać się musi zbyt małym wobec tego rodzaju ofiary, na jaką chory przystaje. 2) *Cystostomia* ma za zadanie urobienie ujścia sztucznego (meatus artificialis) powyżej łona dla ułatwienia samoistnego oddawania moczu. Nieoszacowana ta, z kądem inąd, operacja nie jest skuteczną wobec zaburzeń w urynowaniu zadawnionych, bo staje się wówczas tylko zamianą jednego zła przez drugie. Zdolność powstrzymywania moczu z takiego otworu zdarza się w razach wyjątkowych chyba, zazwyczaj zaś pęcherz nie trzyma wcale, a nadto nie opróżnia się doszczętnie. 3) *Rękoczyny, wykonywane bezpośrednio na gruczole samym*, są najskuteczniejsze, lubo i te zawiodły nieraz. Operacja jednak Bottini'ego, która jest po prostu prostatektomią, uskutecznioną zapomocą elektrolizy, nie daje, bynajmniej, pomimo swego rozgłosu, wielkich szans co do trwałości; nadto metoda ta wymaga operowania na ślepo, po ciemku, autor, używając nawet wziernika pęcherzowego (endoskopu) często nie mogła odnaleźć drogą tą przyczyny rzeczywistej

zatrzymywania się moczu. Zabieg ten nadto nie jest wcale tak nie winnym, jak się zdaje, liczne zaś nawroty, występujące po nim, świadczą o szybkości, z jaką wypełnia się ów wyłom niewielki, dokonany zapomocą żegadła. Wycięcie gruczołu częściowe (prostatectomia partialis) daje wyniki wyborne wobec tylko niewielkich przerostów narządu, a osiągane ztąd polepszenie w kurczliwości pęcherza równa się w niektórych przypadkach całkowitemu niemal wyzdrowieniu. I ten, wszelako, rękoczyn nie wystarcza tam, gdzie przerostowi uległ gruczoł cały i gdzie zwężenie kanału krokowego jest znaczne. W tym razie, niedogodnościom, wynikającym z przerostu, zapobiedz może tylko całkowite wycięcie gruczołu.

396. Rénigald Harrison z Londynu, Héresco z Bukaresztu i J. Albarran z Paryża. **O wynikach różnych metod leczniczych w przypadkach zwężeń cewki.**

Rzadko która z operacji była kiedykolwiek przedmiotem tylu sporów namiętnych, co rękoczyny, podejmowane wobec zwężeń cewki. Obecnie, gdy wiadomości z dziedziny etyologii, anatomii i histologii patologicznej zwężeń znacznie postąpiły naprzód, wskazania do operacji stawia się lepiej i wybór tejsze czyni się trafniej. Należy nadto odróżniać ściśle zwężenia zapalne od urazowych, lubo i tu możnaby przeprowadzić poddziały różne stosownie do umiejscowienia, mnogości, wymiarów i stopnia zwężenia samego. Odpowiednio też do przypadku jedna i taż sama metoda lecznicza dawać może wyniki całkiem różnorodne.

I. Zwężenia zapalne niepowikłane. Jeżeli zwrócićmy uwagę na częstość nawrotów, które występują po różnych, podejmowanych w tym razie rękoczynach, to te ostatnie ułożonemi być winny w porządku następującym: elektroliza, rozszerzenie stopniowe, przecięcie cewki wewnętrzne, przecięcie zewnętrzne, resekcya i operacye wytwórcze: a) *Pierwsza* daje nawroty o tyle wcześniejsze, o ile rozszerzenie następuje wykonywa się krócej.

b) *To ostatnie* doprowadzić należy aż do № 60 Beniqué; nadto trzeba wziąć pod uwagę, że wobec zwężeń okołocewkowych od tyłu energicznie, na sposób Perréve'a i Holt'a, dokonywane dilatation forcée ograniczyć się tylko do rozerwania pasem włóknistych podśluzówki cewkowej, podczas gdy śluzówka sama pozostaje nietkniętą. W tym razie rozszerzanie daje wyniki dobre. Jeżeli jednak błona śluzowa stała się siedliskiem zmian chorobowych i wzięła udział w ogólnej kurczliwości tkanek, pęka wówczas sama nieuchronnie. Prócz rozszerzania, trzeba starać się przywrócić cewce jej gibkość, leczyć towarzyszące zwężeniu zapalenie, starać się usunąć źródło zakażenia cewkowe i okołocewkowe. W ten sposób można rachować na wyniki dobre, których jednak trwałość będzie zapewnioną w lek-
kich tylko przypadkach; w innych — nawrót zwężenia zażegnać się daje wtedy, gdy kanał moczoowy rozszerzany bywa od czasu do czasu przez cewnik odpowiedni.

c) *Przecięcie cewki wewnętrzne (urethrotomia interna)*, przedsiębrane wyłącznie prawie w przypadkach zwężeń rzeżączkowych. Badania najnowsze przekonały, że w cewce takiej stwardnienia swoiste są mniej lub więcej rozlane i wieloliczne, że zatem przecięcie samo jednego z nich nie może rokować szans powodzenia; dalej — doświadczenia na zwierzętach wykryły, iż po przecięciu zwężenia blizna wytwarza się w każdym przypadku, w którym nie stosowano potem rozszerzania. Rozszerzanie zatem jest niezbędnym uzupełnieniem operacyi, która w pewnych razach powtórzyć wypadnie kilkakrotnie. Lubo i przestrzeganie ściśle warunku, w mowie będącego, nie broni za każdym razem od nawrotu, ten ostatni jednak występuje wtedy bardzo późno, t. j. po latach kilku lub kilkunastu.

d) *Cięcie zewnętrzne (urethrotomia externa)* daje wyniki znacznie lepsze, zwłaszcza w przypadkach zwężeń ograniczonych; niektórzy po rękoczynie tym otrzymywali wyzdrowienie stałe, nawet nie poddając się leczeniu następczemu zapomocą rozszerzania. Wyjątki są to jednak dość rzadkie i, dla uniknięcia recydywy, postępowanie dalsze winno być toż samo, co po przecięciu cewki od wewnątrz. Post van Buren i Sayre otrzymywali, dzięki metodzie tej, powrót do stanu prawidłowego, który nie ulegał zmianom w ciągu lat 20—23. Zabieg wykonywa się nadto z powodzeniem i tam, gdzie zwężenia są powikłane przez przetoki, okolone stwardniałemi bliznami krocza. Rozszerzenie, stosowane do operacyi, ma jeszcze tę stronę dobrą, że, działając jako dren, zapobiega ujemnemu wpływowi zatrzymywania się moczu na ustrój, nie mówiąc już o tkankach, z cewką sąsiadujących.

Jeszcze lepsze widoki powodzenia daje: e) *częściowe wycięcie cewki (resectio)* zwłaszcza w przypadkach zwężeń, ograniczających się do części kroczo-mosznowej; należy tylko pamiętać, że rezekcyą rozległą doprowadzić może do skrzywienia członka.

II. *Zwężenie natury zapalnej, powikłane przez nacieczenia i przetoki.* Tu tylko rachować można na cięcie zewnętrzne i rezekcyę, przyczem, w razach wyjątkowych, wykonywa się z powodzeniem rękoczynny wytwórce.

III. *Zwężenia, powstające na tle urazu.* Za najskuteczniejszy z zabiegów poczytywaną jest słusznie w przypadkach tego rodzaju rezekcyą cewki. Długość części wyciętej nie powinna przekraczać 3 ctm., a wynik dobry zależy bardzo od dokładnego nałożenia szwu i braku ropienia.

(D. c. n.).

K. Niedzielski.

II. Choroby weneryczne i skórne.

397. Pospiełow. *Przymiot wnuczki.* („Wracz.“ № 31. 1900).

Że przymiot rodziców może udzielić się dzieciom, to już od dawna wiadomo. Czy jednak cierpienie to przechodzi na wnuków

i prawnuków, długo nie można było rozstrzygnąć z powodu braku stałych objawów, mogących niezbicie stwierdzić istnienie przymiotu dziedzicznego, postaci którego bywają bardzo rozmaite.

Przymiot w drugim pokoleniu występuje albo pod postacią zwykłych objawów pierwszego pokolenia, albo też odznacza się całym szeregiem zmian t. zw. parasyfilitycznych, nie mających na wygląd nic wspólnego z objawami trzeciorzędno przymiotu.

Gibert, Etienne, Jullienne i Fournier opisali znaczną ilość spostrzeżeń przymiotu drugiego pokolenia. Ze spostrzeżeń tych przekonać się można, pod jak rozmaitemi postaciami występuje przymiot dziedziczny u wnuków.

Jednym z najczęstszych objawów tego rodzaju przymiotu jest ogólny zanik, który jednak bardzo rzadko naprowadza lekarzowi na myśl możliwość istnienia w danym przypadku przymiotu dziedzicznego w drugim pokoleniu.

Przyczyną trudności rozpoznania tego rodzaju przypadków bywa ta okoliczność, że z wyjątkiem ogólnego zaniku u większej liczby chorych na przymiot w drugim pokoleniu nie znajdujemy żadnych szczególnych objawów, towarzyszących i właściwych drugo i trzeciorzędnym objawom, występującym bardzo często u dzieci pierwszego pokolenia.

Zanik syfilitycznych dzieci pokolenia drugiego występuje już w łonie matki, następstwem czego zjawia się poronienie, albo też, jak to ma miejsce z płodami syfilitycznymi pierwszego pokolenia, dzieci rodzą się przedwcześnie i umierają bez jawnych przyczyn.

Dane, otrzymywane z oględzin pośmiertnych wnuków syfilityków, w większej liczbie przypadków, z wyjątkiem ogólnego zaniku wszystkich narządów i tkanek, nie wykazują nic określonego i charakterystycznego dla przymiotu.

Zupełnie inny obraz dają oględziny trupów dzieci 1-go pokolenia, urodzonych nieżywo lub przedwcześnie i zmarłych wkrótce po urodzeniu.

Z 83 osobiście zrobionych przez autora oględzin pośmiertnych trupów dzieci — syfilityków 1-go pokolenia, w większej liczbie przypadków istniały bardzo jawne zmiany narządów wewnętrznych, przy czem dzieci matek - syfilityczek, znajdujących się w okresie drugim przymiotu (lepiej płaskich) były często, jeżeli się tak można wyrazić, nawskroś przeniknięte gummatami.

Ta rażąca różnica zmian anatomo-patologicznych zdaje się wskazywać, że w większej liczbie przypadków u dzieci 2-go pokolenia, powstaje zarażenie jakieś powolne, przewlekłe, jak gdyby osłabionym jadem syfilitycznym, niemniej jednak zgubne dla delikatnych organizmów.

W tych przypadkach, w których syfilitycy — wnuki bywają donoszone i rodzą się żywo, nietylko, że w pierwszych miesiącach swego życia nie objawiają żadnych widocznych zбоcezeń zdrowia, ale nawet po upływie 2 — 3 — 5 lat mają wygląd dzieci zupełnie zdrowych, dopiero później, bez żadnej widocznej przyczyny zaczynają

chudnąć, jednocześnie zaprzestają rosnać i rozwijać się tak fizycznie jak i umysłowo; stają się coraz więcej blademi, słabemi i wątłemi.

Przy powikłaniach przymiotu drugiego pokolenia innemi chorobami, główna przyczyna tychże t. j. przymiot, może być tak zamaskowany, że wykrycie go staje się niemożliwym, bez bliższego zapoznania się z chorobami dziadka i babki.

Ze względu na nieznaczną liczbę publikacji o przymiocie w drugim pokoleniu, autor szczegółowo opisuje spostrzegany przez siebie przypadek, zamieszczony tu w skróceniu.

Spostrzeżenie to dotyczy 13-letniej uczennicy, mającej wygląd dziewczynki 9 do 10 lat, wątłej, chudej, nerwowej, ze słabo rozwiniętymi mięśniami, chora, bladą i takiemiz błonami śluzowemi, małym łaknieniem, miesiączki jeszcze nie mającej. Przy wysłuchiwaniu płuc istniały w dolnych zrazach rżenia wilgotne; tętno przyśpieszone, arterye słabo napełnione. W jamach nosa przewlekłe zapalenie, przedziurawienie przegrody nosa i wytwarzanie się grubych rdzawo-burzych strupów, obficie wydzielających przy przemywaniu nosa rozczynek kwasu bornego.

Laseczników Kocha w wydzielinach płuc i nosa nie znaleziono. Kości nosa nie były chore. Pośrodku podniebienia twardego istniało podługowate 1 $\frac{1}{2}$ cent. szerokości i $\frac{1}{2}$ cent. długości owrodzenie, mające kraterowate zagłębienie, nacieczone i wystające brzegi. Okostna podniebienia twardego obrzękła i bolesna, lecz kości nienaruszone.

Przy badaniu jamy ustnej, niezależnie od zmian błony śluzowej, zauważyć się dała typowa hutchinsonowska forma zębów.

Ojciec i matka chorej byli zupełnie zdrowi. Matka urodziła 12 dzieci zupełnie donoszonych. Chora, z rzędu czwarta, urodziła się również w czasie właściwym i bez przeszkód. W epoce ząbkowania występowały u niej niejednokrotnie napady drgawek, po których rosła wolno i chudła, często zapadała na niezbyt oskrzeli, a w 10-tym na zapalenie płuc. Prawie od dziecięcego wieku miała ciągle niezbyt nosa, który, to zwiększając się, to zmniejszając, istnieje dotąd. Od roku zaczął rozwijać się upadek sił, niezbyt nosa powiększył się i przed 5-ma miesiącami wystąpił obrzęk okostny podniebienia, a następnie owrodzenie tejże okolicy.

Znalezione zmiany u chorej, wskazują na typową postać odziedziczonego przymiotu.

Ponieważ u dzieci zdrowych, wkrótce jednak po urodzeniu zarażonych przymiotem, rozwijają się takie same zmiany w organizmie, jak przy odziedziczonym przymiocie, autor prowadził wywiady w tym kierunku; okazało się, że zarażenia zewnątrzplciowego lub też inną drogą spowodowanego po urodzeniu się dzisiejszej chorej nie było.

Oglądając ojca chorej, autor znalazł możność wykrycia przyczyny przymiotu dziedzicznego u córki. Objawem, wskazującym na przymiot dziedziczny u ojca, były charakterystyczne zęby hutchinsonowskie, żadnych jednak innych zmian wyszukać nie było można. Przy dalszych wywiadach, ojciec chorej oznajmił, że jego ojciec t. j. dzia-

dek chorej, był napewno syfilitykiem i leczył się długi czas jodkiem potasu na gummatyczne owrzodzenia goleni.

Ponieważ dziadek chorej był zarazyony przymiotem, jak to zeznał ojciec, jeszcze przed ożenieniem się, to należy przypuścić, że poczęcie ojca chorej miało miejsce jeszcze przed wygaśnięciem przymiotu dziadka, a zęby hutchinsowskie ojca nie są przypadkowym zjawiskiem.

Opierając się na danych, wyżej wyluszczonych, autor uważa chorą za syfilityczkę drugiego pokolenia, — wnuczkę syfilityka.

Widocznie przymiot dziadka, w danym przypadku przeszedł na syna, z powodu jednak silnej budowy i odporności organizmu tegoż, uwydatnił się tylko hutchinsonowskimi zmianami zębów. Nie wiedząc jednak o istnieniu u siebie odziedziczonego przymiotu, ojciec chorej nie leczył się, a tym sposobem choroba przeszła na wnuczkę.

Ze względu na bardzo wyraźnie rozwinięty przymiot u chorej, autor nie ma żadnej wątpliwości, ażeby cierpienie to nie mogło przejść i na prawnuków.

O ile w danym przypadku wszystkie zmiany zależały od przymiotu, wykazało najwybitniej swoiste leczenie, pod wpływem którego chora już po 1½ miesiącach znacznie podrosła i popełniała, nieżyt nosa i oskrzeli znikł zupełnie, owrzodzenia podniebienia zablizniły się i pojawiła się miesięczka.

Opisane spostrzeżenie jawnie dowodzi:

- 1) że przymiot dziedziczny drugiego pokolenia jest zupełnie możliwy;
- 2) że, jeżeli przymiot dziadka nie był leczony, to może cierpienie to przejść na wnuków, a nawet prawnuków;
- 3) że przymiot wnuków może występować nietylko pod postacią rozmaitych dystrophii, lecz i gummatów, bez tychże objawów u rodziców;
- 4) że forma zębów hutchinsonowskich w rozpoznawaniu dziedzicznego przymiotu ma bardzo ważne znaczenie.

J. Wojciechowski.

398. M. Fournier. **Dziedziczność przymiotu w drugim pokoleniu.**
(La Sem. Med. № 34. 1900).

Autor spostrzegł dwa przypadki odziedziczonego przymiotu w drugim pokoleniu.

Przypadek pierwszy dotyczy się dziewczynki 8-letniej, posiadającej wszystkie objawy przymiotu dziedzicznego, cierpiącej na moczówkę cukrową, która następnie pod wpływem leczenia swoistego, zupełnie przyszła do zdrowia. W przypadku tym autor widzi jaknajściślejszy związek pomiędzy moczówką cukrową a cierpieniem przymiotowym.

Spostrzeżenie drugie dotyczy się dwóch braci w wieku 24 i 27 lat. U starszego istniało owrzodzenie na wewnętrznej powierzchni

nosa i zajęcie przymiotowe jądra, u młodszego zaś liczne owrzodzenia na obu goleniach.

Rozpoznanie przymiotu zostało potwierdzone dodatnim wynikiem leczenia swoistego chorych.

Poszukując w przypadkach wspomnianych źródła przymiotu, nie dającego się wytłumaczyć przez nabyte zarażenie, należało przypuścić jego dziedziczność. Badania w tym kierunku przeprowadzone wykazały, że ojciec chorych miał przymiot odziedziczony po swym ojcu t. j. dziadku chorych, dowodem choroby tej były liczne oznaki (wzrost mały, skrzywienie goleni, nieprawidłowość w rozwoju czaszki, charakterystyczne blizny na skórze).

Fakty powyższe dowodzą możności przeniesienia się przymiotu z dziadka na ojca, później zaś na wnuków.

J. Wojciechowski.

399. M. Saenger. **Czy rtęć w postaci wcierań stosowana dostaje się do ustroju drogą przewodów oddechowych.** („Dermatologisches Centralblatt“ № 10, 1900).

Przy wcieraniach szaruchy rtęć w postaci lotnych par rtęciowych unosi się w powietrzu i już to drogą przewodów oddechowych już to przez skórę dostaje się do ustroju. Fakt to jest znany i uznany i, dlatego doświadczenia autora, że rtęć przy wcieraniach nie tylko drogą narządów oddechowych dostaje się do ustroju, nie przedstawiają wartości, — z innych jednak względów są one ciekawe, a mianowicie jako próba stosowania metalicznej rtęci w postaci wziewań.

Przed dwoma laty autor opisał przyrząd zapomocą którego lotne części olejków eterycznych przenikać mogą do dróg oddechowych. Przyrząd ten składa się z flaszki z przedziurawionym korkiem, w którym dwie są rurki, jedna dłuższa doprowadzająca, połączona z podwójnym mieszkiem i druga krótsza odprowadzająca. Jak widzimy jest to całkiem zwyczajny rozpylacz. Jeżeli puścimy w ruch mieszek to powietrze przechodząc przez odprowadzającą rurkę do płynu we flaszeczce zawartego wzburza go całkowicie i wychodzi napowrót przez odprowadzającą rurkę już nasycone lotnymi częściami danego płynu, nie mamy więc tutaj do czynienia z rozpylonym płynem a z nasyconem nim powietrzem.

Zapomocą powyższego przyrządu stosować możemy rtęć w postaci wziewań. Jeżeli flaszeczkę napełnimy odpowiednią ilością rtęci, to w powietrzu, wychodzącem przez wyprowadzającą rurkę, wykazać można pary rtęciowe.

Robi się to w sposób następujący: kawałek bibuły maczamy w amoniakalnym roztworze azotanu srebra (Sol. argenti nitrici 1,0 i 10,0 + Lig. amonii caustici 5,0), i poczekawszy kilka minut, aby nieco wysechł, kierujemy nań strumień powietrza idący przez wyprowadzającą rurkę. Po upływie 15—20 sekund tworzy się na bibu-

le ciemno-brunatna plama wielkości srebrnej czterdziestogroszówki a środkowy punkt tej plamy jest prawie czarny. Jeżeli zaś skierujemy strumień powietrza z owego przyrządu na jakiś przedmiot złoty, to po upływie 2—3 minut zauważymy na nim białawą plamkę średnicy 1—2 mm.

Rzecz naturalna, że przy tych doświadczeniach, winniśmy baczyć, aby rtęć w postaci maleńkich kuleczek rtęciowych nie wydostawała się z przyrządu, uniknąć zaś tego można, stosując nie zbyt mocny mieszek, napełniając rtęcią zaledwie trzecią część fiaszki, a jeżeli prócz tego na wyprowadzający koniec rurkę gumową długości 36 ctm., jak to robił autor, to możemy być pewni, że na papier odczynnikowy padać będzie nie rtęć metaliczna, a strumień powietrza przesyconego lotnemi parami rtęci.

Rzecz oczywista, że robiąc powyższe doświadczenia winniśmy trzymać się wciąż jednych rozmiarów buteleczki, rurek odprowadzających i doprowadzających, rurki gumowej jak również baczyć, aby odległości papieru odczynnikowego lub też przedmiotu złotego była zawsze jednakową.

Z kolei nasuwa się pytanie jak zachowuje się rtęć w powyższym przyrządzie, jeśli będziemy ją ogrzewać. W tym celu autor pokrywał dno fiaszki metaliczną rtęcią zaledwie na wysokość $\frac{1}{2}$ ctm. i, zatkawszy fiaszkę korkiem przez środek którego szła prostopadle szklana rurka, stawiał ją w naczynie napełnione wodą do wysokości 4 ctm. Wstawiwszy do wody ciepłomierz, autor stawiał naczynie na trójnogu i ogrzewał zapomocą lampki spirytusowej, starając się, aby ciepłota nie przewyższała 36° — 38° C.

Wynik doświadczenia był następujący: przy długości prostopadle stojącej rurki szklanej, wynoszącej 19 ctm. pokazała się na papierze odczynnikowym zaledwie po upływie 15—20 minut brunatna plamka, wielkości grochu. Jeśli rurka szklana była krótsza, odczyn był silniejszy i odwrotnie. Przedmioty złote mniej czułe w tym kierunku niż wyżej wzmiankowany papier odczynnikowy, jakżeśmy to widzieli przy poprzednich doświadczeniach, nie dawały w przeciągu tego czasu t. j. 15—20 minut albo żadnego odczynu albo też zaledwie dostrzegalną plamkę rtęciową. Jeżeli wyżej opisaną prostą rurkę szklaną zegnjemy pod kątem prostym, to w tych samych warunkach odczyn będzie o wiele słabszy.

Jak widzimy przy ogrzewaniu odczyn jest o wiele słabszy niż przy użyciu mieszka, co dziwić nas nie powinno, gdyż para rtęci jest siedem razy cięższa od powietrza, a ciepłota 36° — 38° C. zbyt słabą jest siłą w porównaniu z mieszkem.

Autor swój sposób stosowania rtęci w postaci wziewań uważa za nieskończenie lepszy od wcierań szaruchy i cudów po nim spodziewać się każe. Stosował go nawet w celach leczniczych w 11-tu przypadkach, przyczem chorzy wziewali pary rtęciowe po 1— $1\frac{1}{2}$ godziny. Historii chorych autor nie podaje, a tylko wspomina o nich ogólnikowo.

Wogóle praca napisana jest niedołąźnie, a doświadczenia nie są robione ani ściśle ani pomysłowo, w każdym jednak razie myśl autora jest dobrą i przez zdolniejsze ręce w czyn wprowadzoną być może.

Edmund Kurella.

III. Choroby gardła, nosa i uszu.

400. Pritchard. O zawrocie Ménière'a. („Vertigs of Ménière“.
Jour. of Lar. rhin. and otol. № 9, September, 1900).

Pod powyższym tytułem znany specjalista chorób usznych w Londynie prof. Pritchard wygłosił zajmujący odczyt na ostatnim zjeździe międzynarodowym w Paryżu.

Jak wiadomo, Ménière'owi z Paryża należy się zasługa zwrócenia uwagi świata lekarskiego w r. 1861 na to cierpienie, które też na cześć jego ochrzczono mianem: zawrót (choroba) Ménière'a.

Niestety, pomimo, że od tego czasu upłynęło prawie lat 40, niewiele więcej posiadamy wiadomości odnośnie do objawów, stanowiących istotę t. zw. choroby Ménière'a. Tyczy się to przedewszystkiem przyczyn tej sprawy chorobowej. Wiemy zaledwie tyle, że jest to cierpienie kanałów półkolistych, warunkowane prawdopodobnie przyływem, lub wylewem krwi do tychże kanałów.

Objaśnienie to, o ile jest wystarczającym odnośnie do postaci udarowej (apoplectiformis), o tyle zaledwie w części może się stosować do postaci padaczkowej (epileptiformis) choroby Ménière'a.

Autor, opierając się nad własnem, bogatym doświadczeniu klinicznym, odróżnia objawy Ménière'a t. j. objawy podrażnienia kanałów półkolistych, wywołanego wpływami zewnętrznymi, jako to uciskiem, lub rozszerzeniem się sprawy zapalnej, od właściwej choroby Ménière'a, warunkowanej zmianami jedynie w tylnym błędniku (utricle et canales semicirculares).

Objawy Ménière'a mogą być wywołane bądź pośrednio, bądź bezpośrednio, bądź są wreszcie odruchowego pochodzenia wskutek podrażnienia tylnego błędnika. Podrażnienie to może mieć swoje źródło bądź w samym przewodzie usznym (np. podczas przestrzykiwania uszów, zwłaszcza w razie przedziurawienia błony bębenkowej niekiedy występuje zawrót; toż samo może być następstwem ucisku przez nagromadzoną siarę uszną (cerumen, lub ciało obce), bądź w uchu środkowem, wskutek rozszerzenia się sprawy zapalnej na ucho wewnętrzne. Wreszcie i sprawy (obrażenia) śródczaszkowe mogą też dawać powód do objawów Ménière'a.

Do tejże samej kategorii autor zalicza objawy, stanowiące istotę t. zw. choroby morskiej, która według niego jest niczem innym, jak tylko cierpieniem tylnego błędnika, wywołanem podrażnieniem zakończeń nerwów podczas kołysania się statku, co znowu jest przy-

czyną prawie rytmicznych ruchów płynu wewnątrz kanałów półkolistych.

Właściwą zaś chorobę Ménière'a autor dzieli na:

1) Postać udarową (apoplectiformis), znamionującą się występowaniem jednego, lecz ciężkiego napadu, który odrazu warunkuje utratę czynności zajętego ucha, a to wskutek rozległego obrażenia, któremu ulegają zarówno przedni błędnik (cochlea et sacculus), jak i tylny (utriculus et canales semicirculares). Sprawa ta prawdopodobnie jest następstwem wylewu krwi, lub przynajmniej silnego przekrwienia. W większości przypadków trudno odnaleźć przyczynę bezpośrednią; nie ulega wątpliwości, że zmiany w składzie krwi, jako w leucocythaemii, chorobie nerek, usposabiają do tego cierpienia. Tu należą też: porażenie słoneczne, oraz zapalenie ostre, niekiedy występujące w przebiegu świnki, lub przymiotu w okresie trzeciorzędnym. O wiele już rzadziej przyczyną bywa uraz.

2) Druga postać choroby Ménière'a — padaczkowa (epileptiformis) znamionuje się napadami, które się powracają, podobnie jak to ma miejsce w padaczce. Autor postać tę uważa za cierpienie samodzielne, trwające 2 — 3 lata, dopóki ostatecznie czynność zajętego ucha nie będzie zupełnie upośledzona, wyjąwszy, naturalnie, te przypadki, w których sprawa chorobowa zatrzymała się dzięki, bądź odpowiedniemu leczeniu, bądź samej naturze.

Oslabienie, jako następstwo długotrwałej choroby, usposabia do tej postaci chorobowej, która też niekiedy występuje i w przebiegu nieżyty ucha środkowego.

Co się tyczy leczenia, to przedewszystkiem w objawach Ménière'a powinno być ono przyczynowem (zaprzestanie, lub bardzo ostrożne przestrzykiwanie uszu w razie występowania zawrotów, usuwanie „ceruminis“, w ogóle ciał obcych i t. d.). Dla uniknięcia przykrych przypadłości choroby morskiej autor za najskuteczniejszy środek uważa chlorał w dawce 20 granowej.

Co się zaś tyczy leczenia właściwej choroby Ménière'a, to w jej postaci udarowej niewiele zdziałać jesteśmy w stanie; wskazane są: spokój, preparaty bromowe, wreszcie pilokarpina; ta ostatnia po napadzie stosowana, niekiedy działa pomyślnie.

O ile postać powyższa nie poddaje się zazwyczaj leczeniu, o tyle, zdaniem autora w większości przypadków jesteśmy w stanie mniej lub więcej ulżyć choremu w postaci padaczkowej choroby Ménière'a.

Przedewszystkiem w tych razach skutecznie działa chinina, przez Charcot'a, po raz pierwszy w tem cierpieniu zalecana. Również w wielu razach przerywa napad salicylan sodu w małych dawkach (3 razy dziennie po 10 gm). Najlepsze jednak wyniki autor widywał przy stosowaniu preparatów bromowych (kalium lub ammonium bromatum, w dawkach 20 gramowych — 3 razy dziennie, lub jeszcze lepiej acidum hydrobromicum dil.). Ważnem jest również leczenie ogólne (chinina, żelaza, strychnina), natomiast autor jest stanowczym przeciwnikiem metod przeciwzapalnych przy leczeniu choroby Ménière'a. Również nie radzi zbyt forsownych przedmuchiwań powietrza (bądź

metodą Politzer'a bądź zapomocą kateteru) w przypadkach choroby Ménière'a, powikłanych zajęciem ucha środkowego.

Wreszcie u osobników zdrowych można też zastosować podskórne wstrzykiwanie pilakarpiny.

W końcu swej pracy autor podaje opis niezwykle ciekawego przypadku choroby Ménière'a, powikłanego ropnem zajęciem ucha środkowego, operowanego z niezwykle powodzeniem przez Mr. Charles Ballance (trepanacye wyrostka sutkowego, otwarcie kanałów półkolistych). Przypadek ten, zakończony w 3 tygodnie zupełnem wyleczeniem (wszystkie objawy choroby Ménière'a ustąpiły), daje autorowi niniejszej pracy powód do optymistycznych na przyszłość zapamiętań odnośnie leczenia chirurgicznego choroby Ménière'a.

Dr. Jan Sędziak.

401. Ferreri. **O rozpoznaniu gruźlicy w przewlekłych ropieniach usznych.** (Sulla diagnosi della tuberculosi nelle supneurazioni croniche dell'orecchio). Arch. ital. di Otol. rin. e laz. v. X., 2 tom., 1900.

Jakolwiek gruźlicze zajęcie uszów było przedmiotem wielu prac kazuistycznych (Zaufal, Bezold, Körner, Cozzolino i t. d.), to jednak rozpoznanie natury gruźliczej ropienia usznego natrafia dotąd jeszcze na poważne trudności. A jednak jest to kwestya niezmiernej wagi, gdyż od rozpoznania właściwej natury ropienia usznego w pewnej linii zależy będzie nasza interwencya chirurgiczna, która o ile w zwykłych przewlekłych ropieniach usznych daje zazwyczaj wyniki dodatnie, o tyle w ropieniach natury gruźliczej może stać się powodem wielu bardzo niepożądanych następstw w rodzaju ostrej gruźlicy uogólnionej lub zapalenia opon mózgowych.

Zarówno wywiady, jako też stan ogólny, zmiany w innych narządach, nie dają pewnych danych co do natury gruźliczej danego ropienia usznego. Zdawałoby się, że z odkryciem lasecznika Kocha rozpoznanie to stanie się łatwem. Niestety, tak nie jest.

Dowodzą tego ujemne wyniki wielu badaczy (Garbini, Schwabach, Milligan), zajmujących się specjalnie tą kwestyą. Autor podaje nową, pewną jakoby metodę rozpoznawania gruźliczej natury ropienia usznego. W tym celu po możliwie dokładnem oczyszczeniu ucha, wprowadza doń kawałek gazy, zwilżonej mieszaniną dermatolu w glicerynie (10%) i pozostawia go następnie na 24 godzin. Wówczas zauważył, że w pewnych razach koniec gazy, przylegający do jamy bębnekowej bywa czerniałym, w innych zaś zachowuje swoje zabarwienie żółtawe.

Mianowicie czernienie to bywa zawsze tam, gdzie mamy do czynienia z próchnieniem kości, które jak wiadomo w większości przypadków w uchu bywa natury gruźliczej. W tych zaś przypadkach, gdzie próchnienia tego niema, rzecz prosta powyższa metoda (z dermatolem) jest niedostateczną i wtedy autor zaleca próbę z tu-

berkulina, jako metodę niezawodną, wykazującą naturę gruźliczą danego ropienia. Wreszcie autor w celach diagnostycznych, zaleca metodę de Rossi'ego (zbadanie drobnowidzowe wyciętego gruczołu chłonnego w okolicy wyrostka sutkowego). *Dr. Jan Sędziak.*

402. **Botey. Istota i leczenie parestezyi krtaniowych.** („Pathégénie et traitement de la parsthésie laryngée“. Ann. d. mal. d. l'oreil. d. lar. d. nez et du phar. № 8 (Août) 1900).

Znany laryngolog w Barcelonie wygłosił pod powyższym tytułem odczyt na ostatnim zjeździe międzynarodowym w Paryżu.

Już w poprzednim swoim komunikacie, wygłoszonym na zjeździe międzynarodowym w Rzymie w r. 1894, autor zwrócił uwagę na pewne objawy parestezyi gardła, mające swoje źródło głównie na nagłośni, a po części i na błonie śluzowej, pokrywającej chrząstki nalewkowe. Objawy te występują nie u histeryczek, jak zwykle, lecz raczej u neurasteników i hypochondryków. Objawy te (uczucie ciała obcego i t. d.), zazwyczaj się potęgują po znieczuleniu gardzieli i krtani zapomocą kokainy.

Autor przytacza pokrótce historię chorób w 2 przypadkach; w jednym z nich parestezye krtaniowe, bardzo uporczywe, ustąpiły dopiero po przebyciu ciężkiej grypy z zajęciem krtani, w drugim zaś po mieszkowym zapaleniu migdałków (tonsillitis follicularis).

Na podstawie tych 2, oraz innych jeszcze przypadków autor przyszedł do przekonania, że parestezye krtaniowe mają swoje źródło w niedokrwistości miejscowej i że dotychczasowe leczenie tych zaburzeń, polegające na podawaniu bromków i antispasmodica, nie jest odpowiedni, natomiast leczenie to powinno być wprost przeciwne, polegające na zwiększeniu dopływu krwi do zakończeń nerwowych w błonie śluzowej krtani.

Z tego punktu widzenia wychodząc, autor w razach parestezyi krtaniowych stosuje wewnętrznie trinitrinę, jako środek rozszerzający naczynia, miejscowo zaś drażniące pędzlowania (thymol z gliceryną). Niekiedy autor stosuje w tych razach lekkie galwanokaustyczne przypalania przeważnie brzegu wolnego oraz językowej powierzchni nagłośni, gdyż te to miejsca, jak się autor niejednokrotnie zapomocą zgłębnika przekonał, są przeważnie siedliskiem owych parestezyi.

Dr. Jan Sędziak.

403. **Avellis. O powstawaniu przepuklin śluzowych zatok czołowych pochodzenia nieurazowego.** („Die Entstehung der nicht traumatischen Stirnhohlenmucocele“. Arch. f. Laz. u. rhin. XI B., 1 H.).

Autor spostrzegł jeden przypadek tego niezmiernie rzadkiego cierpienia: 12-letnia dziewczynka — od 1¹/₂—2 lat ma w prawym

górnym kącie oka niebolesne opuchnięcie. Wywiady nie wykazują urazu, jako przyczyny tego stanu. Po nacięciu opuchnięcia wylała się gęsta śluzoropna ciecz, poczem jednakże stan chorej pozostał bez zmiany.

Badanie wnętrza nosa wykazało odsunięcie muszli środkowej od linii środkowej, tak że można było widzieć większą część dna kości sitowej.

Operacja polegała najprzód na usunięciu przedniego końca (głowy) muszli środkowej, następnie zaś na otwarciu dna kości sitowej, przyczem okazało się, że otwarta w kącie ocznym jama ciągnie się daleko w kości sitowej, wypełniając ku górze jamę czołową. Wyleczenie po kilkutygodniowym tamponowaniu gazą jodoformową. Najważniejszym w przypadku powyższym było to, że ściana jamy, wypełniającej zatokę czołową, nie była wysłana błoną śluzową prawidłową lub chorobowo-zmienioną, lecz błona miała charakter tej, jaka pokrywa twory pęcherzowe kostne muszli środkowej i kości sitowej.

Autor więc sądzi, że w przypadku jego miało miejsce wytworzenie się pęcherza kostnego kości sitowej niezapalnego pochodzenia, który to pęcherz, zniszczywszy ściany błędnika sitowego, wdążył do zatoki czołowej, podobnie jak torbiel zębowa do jamy Highmora.

Prawdopodobnie, sprawa rozpoczęła się w zatokach czołowych, najbardziej ku przodowi położonych, być może bezpośrednio w komórkach czołowych, co tłumaczyć może weczesne wystąpienie guza w kącie ocznym.

Analogiczny przypadek spostrzegali i opisał między innymi Langenbeck. Inni autorowie (Baber i t. d.) znajdowali w zawartości torbieli śluzowej kryształy cholestearyny.

Przypadek powyższy ma według autora przemawiać przeciwko przyjmowanej przez niektórych autorów (Kilian) sprawie chorobowej pod nazwą: sinitis frontalis. chr. cum dilatatione.

Dr. Jan Sędziak.

IV. Wiadomości terapeutyczne.

404. *j. w.* Gwajakol jako środek przeciwwizimniczy. Dr. Whalen stosował go w dawkach po 0,3, stopniowo zwiększając dawkę do 3,0, lecz tylko dopóki nie wystąpiły zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego. Pomyślne skutki widział autor nawet u takich chorych, u których chinina nie wywierała żadnego działania. („Wracz“ 30).

405. *st. m.* Do leczenia gruźliczego zapalenia pęcherza moczowego używa dr. Tanago kreosotwasogenu zarówno wewnątrz, jak do zastrzykiwań do pęcherza w celu złagodzenia stanu podrażnienia. Wchłanianie lekarstwa odbywało się tak szybko, że pacjentka czuła smak środka w ustach w 10 — 15 m. po zastrzyknięciu. Uspokajające działanie kreosotwasogenu

występowało wybitnie, ustawało krwawienie i parcie. Wewnętrznie autor dawał kreozot z wazogennem lub *tinct. gentianae*. („W. M. Pres.“ 23).

406. *st. m.* „*Jour. des Practiciens*“ poleca w celu **zmniejszenia wydzielania mleka** następującą receptę:

Rp. Atropini sulf. 0,001

Magn. sulf. 10,0

Macerat. Gentian. 290,0

MDt. co 2 g. 1 łyżkę stołową.

407. *st. m.* Rolly, który stosował **ichtalbinę** przy wszelkich **nieżytach kiszek**, przy podostrych nieżytach żołądka i kiszek, przy bezkrwistości i t. d. w dawkach aż do 8,0 pro die, przychodzi do następujących wniosków (Münch. M. W. № 14, 1900): Ichtalbina potęguje przyswajanie białka, zmniejszając ilość wydzielanego przez mocz azotu i powiększając zużytkowanie pokarmów; w dawkach 3 razy po 0,3—0,5 podnosi łaknienie i wagę ciała, więc zdaje się działać, jako tonicum; zmniejsza procesy gnilne w kiszkiach. Ichtalbina wpływa pomyślnie na przewlekły nieżyt kiszek i na podostry nieżyt żołądka i kiszek; nie można było wykazać jego wolnego od zarzutów wpływu na choroby o przebiegu ostrym.

408. *st. m.* W celu **leczenia nieżytych owrzodzeń kiszki grubej A. Richter** poleca (Therap. Monatsch. 1899) oczyszczać powierzchnię owrzodzoną, by ją dostępną uczynić dla lekarstwa stosowanego per os. Autor w tym celu wczesnym rankiem wprowadza adstringens per os, we względnie próżną górną część przewodu pokarmowego, równocześnie

zaś oczyszcza kiszki grubą zapomocą przemywań ze wszelkich pozostałości, poczem radzi czekać czas pewien ze śniadaniem i w ten sposób otrzymuje pewniejszą i szybszą poprawę. Ma się rozumieć dyeta odpowiednia zachowaną być musi. Nie można oczekiwać działania lekarstwa w tym stopniu, gdy to samo robimy na czas pewien przed kolacją, gdyż wtedy nad zastawką Bauhina kiszka zawiera znaczną ilość miazgi pokarmowej. Jeżeli podejrzujemy umiejscowienie choroby w kiszce cienkiej, to dajemy aperiens (ol. ricini) per os. i po skutku przemywamy kiszki grubą.

409. — ek. — **Scabies i prurigo.**

Rp. E picarini 7,0
Cretae albae 2,
Vasellini 30,
Lalolini 15,
Axung porci 45,

M. f. Ung.

(Pfeffenberg, „Kl. Herap. Woch.“ № 19, 1900).

410. — ek. — **Lupus erythematosus.**

Rp. Ac. Salicylici 1,0,
Ac. pyrogallici 3,
Collodii elastici 40,

M. D. S.

(Brocg. „*Jour. de med. et de chir. prat.*“ 10 Juni, 1899).

411. — ek. — **Pityriasis Seborrhoica.**

Rp. Vasellini flavi 50,
Chrysarobini 0,01—0,05,
Ichtyol. amon. 0,05—0,20,
Extr. — Viol. g. s.

M. f. Ungt.

(„*Monat. f. pr. Derm.*“ Bd. XXIX, № 6).

V. BIBLIOGRAFIA.

412. S. Sterling. **Sposoby przepisywaniu leków in praxi pauperum.**
Łódź, — 1900.

S. Sterling należy do tych lekarzy-autorów, którzy w swych pismach dotyczących bolączek społecznych i usiłują wskazać na nie — sposoby zabiegawcze, lub środki zaradcze.

Do pism tych należą:

Rozprawki jego o gruźlicy, skrzętnie opracowany materiał o u-zdrowiskach ludowych dla suchotników, projekt tworzenia w miasteczkach i osadach wypożyczalni ubogim chorym przyrządów, naczyń aparatów, potrzebnych przy lub do leczenia. Ostatnio, S. Sterling zebrał i opracował: sposoby przepisywania leków w wprawce wśród ubogich.

Sam nagłówek określa cel i zadanie książki. Jest to właściwie usystematyzowany spis leków i przepisów, których wypada się trzymać w praktyce wśród ludności ubogiej. W uwagach wstępnych autor zebrał prawidła i ułożył je w formie niejako przykazań, które winny być przestrzegane przy przepisywaniu leków w tych razach. Całe zaś dziełko podzielił na 3 części: Część farmaceutyczna. Część terapeutyczna. Dodatek: Wykaz chorób z krótkimi wskazówkami terapeutycznymi. W 1-ej części znajdujemy prawidła, objaśnione przykładami przepisywania leków płynnych, naparów, odwarów, naparodwarów, zawiesin; saturacyi i t. d.: następnie: sposoby przepisywania maści, plastrów, ziółek, proszków, pigulek. Do tej części dołączono — *taxa laborum*.

Do części 2-giej: terapeutycznej (najobszerniejszej) weszły następujące działy: środki lekarskie ugrupowane podług ich działania leczniczego; środki lekarskie w porządku alfabetycznym ułożone; roztwory leków do użytku zewnętrznego; ławatywy; okłady suche i kataplazmy; wodolecznictwo w domu; kąpiele lekarskie; i wskazówki z zakresu kuchni dyetetycznej dla chorych (poczerpnięte głównie z dzieła E. Jaworskiej).

Trzecia część — wykaz chorób z krótkimi wskazówkami terapeutycznymi — jest „dodatkiem“ do dziełka — zdaniem moim — niepotrzebnym. Kto zawartych w wykazie postaci chorobowych w klinice rozpoznawać i leczyć się nie nauczył temu wiadomości tutaj zawarte nie na wiele się zdadzą.

Dodatek ten jednak bynajmniej nie obniża istotnej wartości książki.

Układ jej, wzorowany na znanych podręcznikach niemieckich (głównie Dreschnera), jest trafnie i praktycznie pomyślany.

Wyrazownictwo i wogóle język w książce — zupełnie poprawne. Pojawienie się tej książki — pomimo głosów przeciwnych — ja osobiście uważam za pożyteczne i na czasie. Nasze piśmiennictwo podręcznika takiego nie posiada.

Nie dość zalecić właściwy środek, trzeba umieć go tak przepisać, aby chory ubogi miał możliwość nabycia go i zastosowania.

To też koledzy którzy przy leczeniu i względy socjalno-ekonomiczne brać zwykli pod baczna uwagę, napewno przyjmą życzliwie dziełko S. Sterlinga, jako dogodne w tym względzie *vade-mecum*.

J. Jaworski.

KRONIKA BIEŻĄCA.

— h. — Jak już donosiliśmy poprzednio (p. „Kron. Lek.“ № 19), podczas zjazdu międzynarodowego lekarzy w Paryżu odbyło się z inicjatywy kolegów czeskich kilka posiedzeń obecnych wówczas oficjalnych przedstawicieli lekarzy słowiańskich.

Głównym celem zebrań było obmyślenie sposobu, w jakiby prace lekarzy słowiańskich, dziś w większej części nieznanego ogółowi świata lekarskiego uczynić dorobkiem nauki powszechnej. W dalszych planach leży zbliżenie i zaznajomienie się lekarzy i przyrodników różnych plemion słowiańskich dla tem dzielniejszego popierania nauki słowiańskiej.

Ostatecznie postanowiono utworzyć komitet stały pod nazwą: „comité médical slave“, mający podtrzymywać rzuconą inicjatywę i dążyć do jej urzeczywistnienia. W skład komitetu weszli przedstawiciele głównych ludów słowiańskich a mianowicie:

Jako prezydent p. prof. de Ott z Petersburga, jako wiceprezydenci pp.: prof. Wicherkiewicz z Krakowa i prof. Hlava z Pragi. Skarbnik p. Subbotic z Belgradu. Jako sekretarz generalny: prof. Pesina z Pragi.

Jako sekretarze narodowi pp.:

Prof. Botkies dla Rosyi (z Petersburga);

Kwaśnicki, dla Polski (z Krakowa);

Cackowicz, z Zagrzebia dla Kroatyi;

Roussev, z Sofii dla Bulgaryi;

Kobryński, ze Lwowa dla Małorosyi;

Slajmer, z Laybachu dla Słoweńców;

Siéminowicz, z Chicago dla Słowian w Ameryce;

Danic, z Belgradu dla Serbii.

Komitet będzie pracował obok komitetu narodowego zjazdów międzynarodowych, niezależnie od niego.

Przewodnictwo będzie zmienne; każda narodowość będzie miała po kolei swego przewodniczącego, który powinien być wybrany z tej narodowości, gdzie ma się odbyć przyszły zjazd.

Prezydium ma opracować statut.

Z określonych już bliżej zadań tego ciała zbiorowego możemy podać, że p. prof. Pesina podjął się zbadania kwestyi organizacyi związku pism lekarskich słowiańskich. P. Gundraus zajmie się kwestyą „Revue médicale slave“ *). P. Vesely zbada kwestye organizacyi zjazdów narodowych w tych krajach słowiańskich, gdzie ich dotąd niema.

P. Semerađ będzie badał terminologię lekarską słowiańską.

Oprócz wymienionego wyżej ustanowiono komitet wykonawczy, do którego zostali wybrani:

M. prof. p. J. Diakonow (Moskwa); Paszutin (Petersburg); Dr. Gundrom; (Krzizevci, Kroacya); Georgii Zolotovic (Sofia); Vesic (Belgrad); prof. Kostanecki (Kraków); Volkov (St. Petersburg); Dr. Vesely (Praga); Dr. Semerađ (Praga).

Przyszłe zebranie komitetu lekarskiego słowiańskiego odbędzie się w roku przyszłym w Pradze z okazji mającego się tam odbyć zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich.

—sh.— W dniu 11 b. m. przy ulicy Bagatela № 6 poświęcony został „Dom zdrowia“ dla chorych nerwowych, założony przez d-rów: L. Dygasińskiego i S. Gościckiego. Zakład ten, urządzony obecnie jeszcze na niewielką skalę, wyróżnia się komfortem i wygodą. Otoczenie obszernymi ogrodami zapewnia kuracuszom przyjemny pobyt, świeże powietrze i tak potrzebną dla nich ciszę, niełatwą do osiągnięcia wśród gwaru wielkomiejskiego. Nowy zakład jako specjalnie przeznaczony dla chorych nerwowych zaspokoii brak, który dotąd w mieście naszym dawał się nieraz przykro odczuwać.

— h.— „Dziennik Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich“ znajduje się na składzie w księgarni pp. Wende i S-ka.

— h.— **Mor w Glasgow.** Pewne, bakteryologiczne, rozpoznawanie moru nastąpiło dopiero w końcu sierpnia. Podejrzane przypadki, przyjmowane za tyfus, zapalenie płuc i t. p. zdarzały się jednak już na 3 tygodnie przedtem.

Liczba osób podejrzanych dochodziła do 100. Obecnie jeszcze przybývają nowe zachorowania. Władze sanitarne przedsięwzięły możliwe środki zaradcze. Port jednak nie został zamknięty ze względu na ogromną ruinę majątkową — jakaby ten krok pociągnął. Handel Gł. z Ameryką przewyższa 10 razy np. stosunki całej Francyi z Ameryką.

Ze strony Rosyi przedsięwzięte zostały środki przeciw okrętom przybývającym z Anglii, a zwłaszcza z Glasgow. Ostatnie muszą — na mocy konwencyi zawartej ze Szwecyą — odbywać kwarantane w miejscowości szwedzkiej Kånsö. Do wszystkich miejscowości morza Bałtyckiego, mających stosunki z Anglią, odkomenderowani zostali lekarze z zadaniem czuwania nad podejrzanymi przypadkami.

*) Pierwotnie proponowano, aby prace były pomieszczane w oryginale z dodatkiem streszczeń francuskich, na wniosek prof. Wicherkiewicza postanowiono ograniczyć się do streszczeń francuskich.

Do Glasgow posłany został lekarz - bakteriolog dla zdawania sprawy o przebiegu epidemii na miejscu.

Według telegramu urzędowego z Glasgow z 11 b. m. dżuma ma być już stłumiona. Ostatni z sześciu chorych, będących jeszcze pod obserwacją, został wypuszczony. Stacje kwarantannowe będą zniesione. Chorzy, którzy znajdują się w szpitalu, w liczbie 20 osób, czują się dobrze. Ostatni przypadek choroby, wiadomy urzędownie, przybył przed 3-ma tygodniami.

— h. — Biskup Turinu Mgr. Franceschini, rozesał do wszystkich parafii swej eparchii następujący cyrkularz, dotyczący higieny w kościołach:

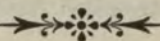
1) We wszystkich świątyniach należy w te dni, w których zbiera się więcej ludzi, po ukończeniu nabożeństw posypywać podłogi trocinami zwilżonemi w roztworze sublimatu 1:1000; w dni zwykłe należy zamiatać podłogi, zwilżywszy je uprzednio wycieczną wodą.
 2) Raz w tygodniu należy wycierać wszystkie ławki mokrą gąbką.
 3) Raz w tydzień należy obmywać kratki konfesyonałów roztworem ługu.
 4) Wodę w kropielnicach należy zmieniać jaknajczęściej, a przynajmniej raz na tydzień należy je odkazić sublimatem. Aby rozporządzenia te były wykonywane ściśle, ustanowieni zostali specjalni inspektorzy z prawem nakładania kar pieniężnych w razie nieporządków.

— d. — Dr Aleksander Zarewicz, docent prywatny z tytułem profesora dermatologii i syfilidologii w Uniwersytecie Jagiellońskim, lekarz ordynujący szpitala Ś-go Łazarza w Krakowie, autor kilku cennych prac z zakresu swej specjalności, ceniony przez publiczność i kolegów zmarł w dniu 20-tym b. m. w Krakowie po krótkiej chorobie.

— x. — Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierót biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu *d-ra Leona Lande* udzielone ma być w dniu 18 lutego 1901 r. jako rocznicę zgonu testatora, wsparcie w kwocie rb. 95; albo podupadłemu lekarzowi, wdowie, lub sierotom mojżeszowego wyznania; albo w razie braku takiego kandydata podupadłemu lekarzowi powiatowemu, wdowie, lub sierotom po nim; albo też, w razie braku takich — lekarzowi podupadłemu, wdowie, lub sierotom po nim wyznania chrześcijańskiego. Krewni zapisodawcy mają pierwszeństwo przed innymi. Ostateczny termin nadsyłania prośb pod adresem Komitetu (ulica Niecała № 7) oznacza się do dnia 15 grudnia 1900 r. Przy prośbie złożyć należy świadectwo, wydane przez 3-ch lekarzy, członków Kasy wsparcia, ze szczegółowymi wiadomościami o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia podupadłego lekarza, wdowy, lub sierót. Osoby, na prowincyi zamieszkałe (w guberniach Królestwa Polskiego) przesać winny prośby, z dołączeniem pomienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce p. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju.

Zarządzający Kasą Wsparcia

Dr. M. Jakowski.



SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Lekarz jako biegły przed sądem — Dr. Józef Zawadzki — str. 801.
II. O padaczce. Patogenoza i etiologia — Dr. Ludwik E. Bregman — str. 809.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

- Wyciąg ze sprawozdania ze zjazdu chirurgów niemieckich, odbytego w d. 18-21 kwietnia 1900 r. w domu Langenbeck'a (387-390) — str. 817.
Sprawozdanie z XIII Zjazdu Międzynarodowego Lekarzy, odbytego pomiędzy d. 2 i 9 sierpnia 1900 r. w Paryżu (391-396) — str. 823.

II. Choroby weneryczne i skórne.

397. Pospiełow — Przymiot wnuczki — str. 829. 398. M. Fournier — Dziedziczność przymiotu w drugim pokoleniu — str. 832. 399. M. Saenger — Czy rtęć w postaci wcierań stosowana dostaje się do ustroju drogą przewodów oddechowych — str. 833.

III. Choroby gardła, nosa i uszu.

400. Pritchard — O zawrocie Ménière'a — str. 835. 401. Ferreri — O rozpoznaniu gruźlicy w przewlekłych ropieniach usznych — str. 837. 402. Botey — Istota i leczenie parestezyi kraniowych — str. 838. 403. Avellis — O powstawaniu przepuklin śluzowych zatok czołowych pochodzenia nieurazowego — str. 838.

IV. Wiadomości terapeutyczne — 404-411 — str. 839.

V. Bibliografia (412) — str. 841.

Kronika bieżąca — str. 842.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 2 Октября 1900 года.

A P T E K A E. GESSNERA.

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej w Warszawie.

Poleca następujące wina:

	za całą butelkę		za pół butelki	
	rb.	k.	rb.	k.
Wino Kakaowo-Chinowe (<i>Vin de Bugeaud</i>) przyrządzone na Maladze	1 50	—	80	
Wino Chinowe czyste na Maladze	1 50	—	80	
„ „ z żelazem zawiera 1 ⁰ / ₀ żelaza	1 75	—	90	
Wino Conduarngo czyste na Xeresie	1 75	—	90	
„ „ z żelazem 2 ⁰ / ₀ żelaza	2 —	—	1 —	
Wino Coca (<i>Vin de Coca</i>) na liściach Krasnodrzewu (<i>Erythrocyton coca</i>) na Maladze, w stosunku 1 : 20	1 50	—	80	
Wino Goryczkowe (<i>e rad. Gentianae</i>) na Xeresie	1 50	—	80	
Wino Kola (<i>Vin de Cola</i>) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych, na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34 ⁰ / ₀ Cofeiny	2 25	—	1 15	
Wino Kwasyjowe na winie węgierskiem wytrawn.	1 50	—	80	
„ „ na Xeresie	1 50	—	80	
Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem desserowem, zawiera 2 ⁰ / ₀ pepsyny	2 —	—	1 —	
Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera 2 ⁰ / ₀ pepsyny	2 —	—	1 —	
Wino przeczyszczające z korą Cescara Sagrada na Maladze	2 —	—	1 —	
Wino rabarbarowe czyste na Maladze	1 75	—	90	
„ „ z korą chinu królewskiej na Maladze	1 75	—	90	
Wino Senesowe (<i>fol. Sen. alex. sine resinae</i>) na Xeresie	1 75	—	90	
Wino manganowo-żelazne z peptonem (<i>Vinum ferro-mangani peptonati</i>) na Xeresie, zawiera 1 ⁰ / ₀ ferro-mangani peptonati	2 —	—	1 90	
Wino peptonowe na Maladze, zawiera 5 ⁰ / ₀ peptonu	2 —	—	1 —	
Wino piołunowe (<i>Vin de Vermuth</i>) na białem francuzkiem winie	1 50	—	—	

Cała butelka zawiera 420,0 do 450,0.

KEFIR. Czysty, z żelazem lub pepsyną, przyrządzany na mleku przegotowanem. Grzybki kefirowe mokre i suche.

Praktyczne wskazówki, wydanie własne, przyrząd. kefiru.

Marienbad

Zdrojowisko światowe (w Czechach)

Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, najsilniejsze wody glauberskie w Europie (z 5 gr. soli glauberskiej w litrze), dla wzmocnienia lub dla ich zastąpienia, otrzymywana ze źródła Ferdynanda naturalna.

Marienbadzka sól zdrojowa (sproszk. i kryst.)
W butelkach po 125 i 250 gr. i w paczkach zawierających po 5 gr. Wskazania: Ogólne otłuszczenie, otłuszczenie wątroby, serca, zaparcie stolca, plethora, w połączeniu ze „źródłem Rudolfa“ przy artryzmie i cukrzycy

Ambrosiusbrunn, najsilniejsza, czysta woda żelazista w Europie zaw. 0.177 gr. dwuwęglanu żelaza w litrze) Wskazania: anemia chloroza

Rudolfsquelle, z bardzo dużą zawartością kwasu węglanego, wapna i magnezyi. Wskazania: przewlekle nieżyty dróg moczowych, kamienie nerkowe, cukrzyca, artryzm

Wysyłka wód Marienbad w Czechach

SKŁADY

we wszystkich aptekach i składach aptecznych w Rosyi

PRACOWNIA PATOLOGICZNA

Dra Juliana Steinhaus
ul. Wspólna Nr. 15.

Analizy mikroskopowe i bakteryologiczne guzów, wyskrobin, płwociny, krwi, nasienia, wysięków, przesięków, i t. p. dla celów dyagnostyki lekarskiej.

NAJSTRAWNIEJSZA

ze wszystkich wód mineralnych zawierających arsen.

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

Według chemicznego rozbioru uskutecznionego przez c. k. Profesora Chemii Lekarskiej, Rady Dworu Ernesta Ludwiga woda ta w 10.000 części zawiera na wagę:

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

wyłączne prawo wysyłki posiada firma

Heinrich Mattoni

Francensbad, Wedeń Karlsbad.

Korzystając z porady i wskazówek panów lekarzy,
przygotowałem:

PŁYN DO KAPIELI
balsamiczno-leśnych,

składu następującego:

Ol. pini pumilionis (*Reichenhall*),
Ol. pini foliorum (*Abies petinata*),
Ol. juniperi baccarum i Ol. Terebinthi-
nae gallici z małą ilością mydła alkalicznego,
rozpuszczone w alkoholu.

Płyn ten zawiera 25% wyżej wymienionych
olejków eterycznych we flakonach objętości 70—
75 grammów.

OLEUM CUPRESSI

(*Cupressus sempervirens*)

w perelkach żelatynowych po 0,05 w połączeniu
z ol. migdałowym 0,10, jako środek przeciw koklu-
szowi, dostać można w aptece

H. BIERTÜMPFLA

Marszałkowska, róg Ś-to Krzyskiej.
w Warszawie