

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. D-r Kazimierz Niedzielski. Przypadek pęknięcia podstawy czaszki zakończony wyzdrowieniem—str. 203.

II. Dział sprawozdawczy: I. *Chirurgia.* 110. *Plesch.* Opukiwanie kości i wysłuchiwanie jako środek pomocniczy do rozpoznania złamań—str. 210. 111. *Borchard.* Przyczynę do leczenia złamań—str. 211. 112. *Cloué.* Leczenie przewł. spraw ropnych w zatoce szczękowej za pomocą rezekcyi ściany nosowej tejże—str. 212. 113. *Ochsner.* Przyczynę do chirurgii pęcherzyka żółciowego—str. 214. 114. *Bockenheimer.* O leczeniu ran sposobem Schleich'a—str. 215. II. *Choroby weneryczne.* 115. *Ehrmann.* O cierpieniach skór., powstających na tle moczołki cukrowej i dny—str. 216. 116. *Baer.* O leczeniu przymiotu asterolem—str. 218. III. *Choroby oczu.* 117. *Darier.* Doświadczenia lecznicze nad kilku nowymi środkami w okulistyce i t. d. str.—220. 121. *Troncoso.* Patogeneza jaskry—str. 223. 122. *Gineston.* Znieczulanie za pomocą samnoformu w okulistyce—str. 224. 123. *Coppez.* Jequiritol—str. 224. IV. *Choroby gardzieli, nosa i uszu.* 124. *Kirchner.* obrażenia uszu—str. 228. 125. *Lauffs.* Rhinitis gonorrhoeica u dorosłych—str. 230. 126. *Roy.* 2 przyp. bardzo silnych krwotoków po wyjęciu wyrosli gruczoł. i migdałów—str. 230. 127. *Lubliński.* Przypadek przewł. rozł. obrzęku skóry z zajęciem krtani—str. 230. 128. *Voss.* Cierpienia uszu u osób histerycznych—str. 231. 129. *Weiss.* W kwestyi zapobiegania zapaleniom uszu w odrze—str. 232. 130. *Bruck.* Sposób usuwania przemijającego rumienia nosa—str. 232. V. *Wiadomości terapeutyczne:* od № 131—139—str. 233. VI. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego—str. 237. VII. *Bibliografia*—str. 239. *Czasopisma polskie w Lutym*—str. 241. VIII. *Odcinek: J. Jaworski.* W sprawie reformy pomocy akuszerzyjnej oraz wykształcenia akuszerki—str. 242. *Kronika bieżąca*—str. 248. Z kongresu w Madrycie—str. 251. *Zmarli*—str. 252. *Odpowiedź redakcyi*—str. 253. *Ogłoszenia.*

Sommaire du Nr. 6. I. D-r K. Niedzielski. Sur la fracture du base de la crane finie par guerisson—p. 203.

I. Z kliniki chirurgicznej w szpitalu św. Ducha.

PRZYPADEK

PEKNIĘCIA PODSTAWY CZASZKI ZAKOŃCZONY WYZDROWIENIEM.

Napisał

Kazimierz Niedzielski.

W dniu 4-ym sierpnia r. z. około 4-ej godz. po południu do szpitala św. Ducha przywiezioną została przez lekarza Pogotowia Ra-

tunkowego 19 letnia Małgorzata S. w stanie nieprzytomnym i z ciężkimi obrażeniami głowy. Poszkodowana, służąca, pod nieobecność w domu swej chlebobawczyni, uległa napadowi ze strony złoczyńcy, który, otrzymawszy na żądanie pieniędzy odpowiedź odmowną, wymierzył ofierze swej cios nożem w czoło. W przebiegu wywiązanego ztąd szamotania się napadnięta wyrwała noż z rąk zbrodniarza, w obec czego tenże pochwyił leżący opodal w kuchni toporek, zadał nim dziewczynie nowe razy w głowę i ostatecznie powalił ją na ziemię. Przerazenie rannej było tak wielkie, że o żądaniu pomocy zapomniała zupełnie, nie utraciła jednak przytomności; leżąc, zboczona krwią, na podłodze, słyszała wyraźnie, jak morderca plądrował w przyległym pokoju i szukał pieniędzy, jak wyszedł, wreszcie, z mieszkania i drzwi za sobą zatrzasnął. Gdy w czas jakiś powrócił do mieszkania ktoś z domowników i, widząc, co się dzieje, wszczął alarm, poszkodowana zemdląła wówczas dopiero i nie odzyskała świadomości aż w szpitalu.

Po umieszczeniu oflary napaści na sali szpitalnej podczas pierwszego badania znaleziono, co następuje: ogólny stan rannej jest ciężki, przytomności brak, od czasu do czasu wymioty, tętno zwolnione i słabe. Ponieważ przez opaskę na głowie sączyła się krew, opatrunek zmieniono, przyczem naliczono tamże dziesięć ran, z tych jedną na czole, ośm na uwłosieniu lewej połowy czaszki oraz na muszli ucha lewego, wreszcie, jedną na szyi również z lewej strony. Rany te grupowały się przeważnie na granicy kości ciemieniowej i potylicy, lecz największa z nich, długa na 6 ctm., znajdowała się na miejscu wyrostka sutkowego i z wyglądu zaliczoną być mogła do uszkodzeń cięto-tłuczonych. Z lewego ucha i nozdrzy wyciekała krew i ciecz, do mózgo-rdzeniowej podobna. Wydatny obrzęk i sinica powiek górnych wzmagała się wciąż stopniowo. Połowę lewą czaszki wygolono, rany wymyto roztworem sublimatu i nałożono opatrunek bezgnilny, przyczem zaniechano na razie badania zgłębnikiem.

Nad wieczorem zauważono w stanie chorej niejaką poprawę. Tętno wzmogło się, świadomość w pewnym zakresie wróciła, choć przez czas jakiś poszkodowana nie zdawała sobie sprawy dokładnie z tego, co się z nią stało. Zeznała jednak z trudnością, że pobił ją jakiś średniego wzrostu mężczyzna, młody, blondyn, ubrany w czarny, czy granatowy garnitur. W obec niechęci, z jaką udzielała odpowiedzi, zapadając co chwila w śpiączkę, zaniechano dalszych, bardziej szczegółowych wypytywań się i pozostawiono chorą w spokoju, namówiwszy tylko do wypicia skapej, zreszta, ilości mleka.

O godz. 10 wieczorem ze względu na wystąpienie gorączki zastosowano lód na głowę. Pomimo całej grozy obrazu klinicznego i wybitnej zapaści stwierdzić można było od czasu do czasu przebłyki świadomości. Do relacji poprzednich chora dodała, że mordercę swego widziała poprzednio na ulicy Pańskiej, potem na Marszałkowskiej pod № 33, wreszcie w mieszkaniu u siostry. Tętno stale poprawiało się; o północy było pełne i równe, uderzało 80 razy na minutę. O tej porze wymioty powtórzyły się, poczem znów wróciła śpiączka. O 2-ej po północy naliczono 100 uderzeń tętna. Poszkodowana spała spokojnie, oddychała głęboko i równo. Wyciek surowiczokrwawy z nosa utrzymywał się stale.

Nazajutrz, d. 5 sierpnia, podczas wizyty rannej znalazłem poszkodowaną zupełnie przytomną przy znośnym, co więcej, stanie ogólnym. Ciepłota 37,8, tętno 80, oddechów 18. Przystąpiłem do zmiany opatrunku i przekonałem się teraz, że rozszerzenie i rozejrzenie się bliższe w ranie na wyrostku sutkowym jest niezbędnem. Chorą przeniesiono na salę operacyjną i uspięto chloroformem; po dokładnem odkażeniu pola operacyjnego rozszerzyłem bisturem ranę okolicy skroniowej za uchem lewym. Po rozciągnięciu przez pomocnika brzegów rany operacyjnej hakami, znalazłem w dolnym jej odcinku, tuż pod skórą, kilka kawałków mózgu, dużych jak ziarno grochu, a nawet bobu, które wygarnąłem na zewnątrz łyżeczką. Na poziomie części skalistej kości skroniowej stwierdziłem dalej złamanie, powikłane zmiażdżeniem (fractura comminutiva) kości, wchodzących w skład podstawy czaszki. Za pomocą dłuta i kleszczy odbiłem i pousuwałem blaszki i odłamy, z których niektóre dochodziły do wymiarów miedzianego czterogroszniaka i wciśnięte były mocno w mózgowie; zauważyłem dalej, po usunięciu drzazg kostnych, że w wytworzoną ztąd jamę parła się mocno napięta twarda opona mózgowia i że na łuku policzkowym istnieje rozpadlina (fissura) na skutek pęknięcia kości. Ponieważ nie było wskazań do interwencji dalszej, rany wytamponowano i nałożono opatrunek bezgnilny. Wieczorem tegoż dnia ciepłota 38°.

Dnia następnego (6/VIII), podczas opatrywania chorej zauważyłem na szyi obrzęk i bolesność dosyć wybitne, wobec czego zgłębnikiem powiększyłem znajdującą się tamże ranę kłotą i założyłem doń sączek z gazy. Operowana, przytomna zupełnie, narzekała na nieznośne uczucie ciężaru w głowie. T° 38,2; język obłożony nieznacznie, łaknienia brak zupełny. Tętno 100. Polecilem dać lawatywę.

Przebieg sprawy w ciągu następnych dni dwudziestu pięciu, licząc od chwili dokonania zabiegu, zatem do dnia 1-go września, streszczam tu w sposób następujący: chora gorączkowała, wprawdzie,

stale, lecz wahania ciepłoty nie były wielkie i nie przekraczały granic pomiędzy 38,3—38,9°. Dwa razy, t. j. 15-go i 16-go dnia po operacji zaznaczono wieczorami znaczniejsze podskoczenie temperatury do 39,6, a nawet do 40°; w tym też czasie chora narzekać zaczęła na ból dotkliwy w prawej okolicy nadbarkowej, gdzie też wykryto niebawem obecność obrzęku natury zapalnej. Naciek po kilkakrotnem zastosowaniu okładów wilgotnych z płynu Bur o w'a zmalał, a i ciepłota wróciła do dawniejszych swych wahań. Przebieg gojenia się ran, lubo powolny, był jednak dość prawidłowym: najwcześniej, gdyż po upływie tygodnia, zagoiła się niepokojąca na razie rana szyi. W obec objawów zatrzymywania się wydzieliny w głębi rany operacyjnej przez kilka dni z rzędu zakładano, podczas zmian opatrunku, pasek gazy w głąb wyżłobionego przez uraz kanału, zatem do otworu na skroni, którego ściany tworzyła bezpośrednio istota mózgu, pod brzeg wydlutowanej kości, pod oponę twardą. Drenowanie to wywarło wpływ zbawienny w sprawie doszczętnego opróżnienia zatoki, z drugiej, wszelako, strony otrzymaliśmy wypadanie, na zewnątrz brzegów rany, tętniącego wyraźnie odcinka mózgu (encephalocèle traumaticum), z którym borykałem się ze dwa tygodnie, stosując, oględnie zresztą, lekki ucisk z pasków gazy, złożonych w kilkoro. Ostatecznie zażegnano szczęśliwie niebezpieczeństwo wytworzenia się przepukliny mózgowej; tętnienie w ranie ustało, guzowatość znikła, a na dnie otrzymano samą tylko warstwę zdrowej ziarniny. Na innych miejscach ta ostatnia zaczęła pokazywać się mniej więcej z upływem dni dziesięciu. Ropienie przez czas dłuższy było bardzo obfitem.

Podnieść należy tę niezwykłą, jak mniemam, okoliczność, że w ciągu całego następczego po operacji okresu sfera umysłowa chorej nie zdradzała zboczeń, bezwzględnie żadnych, a i stan ogólny, wzięwszy pod uwagę tak poważne obrażenia miejscowe, można było nazwać zadowolniającym. Brak zaburzeń ze strony mózgu *trwał stale i niezmiennie*, a chora na pozór nie reagowała zupełnie ani podczas uciążliwych dlań nieraz manipulacji opatrunkowych, ani też w następstwie owego wypadania mózgu, zachowując świadomość rzeczy niektkniętą i pamięć o wypadkach przeszłości dokładną. Czas jakiś operowaną trapiła bezsenność: ta ustąpiła jednak dość łatwo pod działaniem zwyczajnych dawek sulfonalu, co zaś do uczucia ciężaru w głowie, objaw ten, istotnie, trzymał się dość uporczywie. Był to też jedyny objaw natury ogólniejszej, przemawiający za istnieniem pewnych zmian chorobowych w mózgowiu.

Naciek, który pod okładami wilgotnymi zrazu rozszedł się prawie zupełnie, po upływie dni kilku, zatem w końcu trzeciego po ope-

racyi tygodnia, zebrał się powtórnie i tym razem do rozejścia się nie zdradzał bynajmniej skłonności; przeciwnie. z okolicy nadobojczykowej rozszerzył się na górną część prawego ramienia, wywołując zupełne unieruchomienie kończyny w stawie, a lubo w ognisku chorobowym chęłbotania wyraźnego nie było i gorączka nie przekraczała zbytnio miary, konieczność interwencji chirurgicznej stała się oczywistą. Po zachloroformowaniu więc chorej (2 września) poprowadziłem równoległe do prawego obojczyka cięcie, długie na 5 ctm., nie otrzymując na razie wydzielin zapalnej. Badanie rany zgłębnikiem rowkowanym wykryło wkrótce w głębi jamę, z której popłynęła ropa gęsta. Z kolei rzeczy stwierdziłem, że sprawa zapalna utorowała sobie dwie drogi: powierzchowną, tuż pod powięzią, w stadium zbierania się dopiero, oraz głęboką — pod wielkim mięśniem piersiowym, dokoła stawu ramienio-łopatkowego (abscessus periarticularis). W warunkach tych uważałem za stosowne dokonać przeciwięcia w prawym dole pachowym; do rany założyłem dwa dreny i kończynę opatrzoną przymocowałem do tułowia. O ile miano tu do czynienia z ropniem pyemiecznym, przesądzać nie chcę; mniemam jednak, że źródłem wyjścia mógł być tu uraz okolicy operowanej, który chora odniosła podczas wiadomego wypadku.

Jak można było przewidzieć z góry, po drugim tym rękoczynie chirurgicznym w przebiegu gojenia się nastąpił zwrot ku lepszemu. Piątego dnia po otwarciu ropnia gorączka ustąpiła raz na zawsze. Chora szybko odzyskiwała siły i niebawem uznałem za możliwe pozwolić jej wstawać z łóżka i przechadzać się po sali. Gojenie ran na klatce piersiowej posuwało się naprzód prawidłowo, lubo w ciągu dni pierwszych ropa przez dreny waliła obficie. Pod koniec września, w dziewięć zatem tygodni od wypadku wszystkie niezagojone dotąd rany i cięcia operacyjne wypełniły się zdrową ziarniną, którą za każdym opatrunkiem zaczęto przyżegać. Zastosowanie kilkakrotne wanny po uprzednim zdjęciu z głowy i z ramienia opasek wywarło nader dodatni wpływ ogólny i miejscowy. Operowana wstąpiła w okres rekonwalescencji, wreszcie, d. 15 października r. z., po dziesięcioletniej kuracyi szpitalnej, wypisała się z kliniki na żądanie własne. Wszystkie rany, z wyjątkiem największej, znajdującej się po za lewą muszlą ucha, zagoiły się doszczętnie, a pozostałe po nich blizny były nader nieznaczne. O jakimkolwiek bądź oszpeceniu twarzy w następstwie otrzymanych urazów niema mowy; pokiereszowane nawet tak boleśnie ucho lewe zrosło się bez zeszywania dokładnie i nie różniło się niczem prawie od ucha prawego. Jedyna długo gojąca się rana operacyjna i od urazu, na wysokości lewego

wyrostka sutkowego, zagoiła się w końcu grudnia r. z. Ogólny stan wypisującej się doskonały, cera twarzy kwitnąca.

W danym przypadku mieliśmy więc do czynienia z t. z. pierwotnym, t. j. bezpośrednim złamaniem czaszki, co rzadszem nazwać należy zdarzeniem, najczęściej bowiem napotyka się złamania podstawy, zależne od takiegoż uszkodzenia sklepienia czaszki. U chorej to ostatnie, jak wiadomo, pozostało nietkniętem. Czynnikiem, wywołującym tego rodzaju złamanie wyosobnione, bywa zazwyczaj uraz kości policzekowych, oczodołu, nosa resp. kości sitowej, rzadziej już, jak to miało miejsce u naszej chorej, uraz skroni. Linia złamania odpowiadała tu zatem środkowemu piętru podstawy czaszki (*pars temporosphenoidalis*) i przebiegała prawdopodobnie podłużnie, ku przodowi od wyrostka sutkowego; w tych warunkach otrzymujemy zwykle krwotok z ucha, słuch sam, wszelako, upośledzeniu nie ulega. Rozpoznanie dało się postawić odrazu w obec istnienia takich objawów typowych, jak podskórne wylewy krwawe, wyciek krwi i cieczy mózgo-rdzeniowej z nosa i ucha, nadewszystko zaś sprawa zarysowała się wyraźnie w przebiegu operacji, podczas której znaleziono na szkielecie czaszki pęknięcia, a na dnie rany—kawałeczki oderwanej od całości narządu istoty mózgowej. Brak wybitniejszych zaburzeń natury czynnościowej ze strony mózgowia lub nerwów (porażenia i t. p.), przebiegających na podstawie, tłumacząc sobie tu w ten sposób, że 1) ucisk mózgowia przez wylew krwawy nie musiał być wielki, 2) prawdopodobieństwo wklonowania się w istotę mózgu odłamów kostnych należało wykluczyć i że 3) nie mieliśmy do czynienia ani z rozdarciem, ani—zgnieceniem nerwów. Takie pomysły względnie dla chorego przypadki złamań podstawy czaszki, choć zaznaczane w piśmiennictwie lekarskiem, należą przecie do bardzo rzadkich wyjątków.

Zauważyć wypadnie dalej gładki, stosunkowo, wolny od powikłań cięższych, okres pooperacyjny. Fakt ten nie należy, bynajmniej, do rzędu zjawisk zwykłych, jeżeli uwzględni się łatwość powstawania w takich razach sprawy zapalnej lub innych, zależnych od uszkodzenia mózgu, komplikacji. Lubo, jak poucza statystyka, następcze zapalenie opon bywa tu zjawiskiem rzadszem, niż w przypadkach złamań sklepienia, zajęcie jednak opon tych powstać może łatwo, gdyż droga do czaszki stoi otworem np. przez jamy nosowe, zatokę klinową lub czołową, przez przewód uszny, jamę bębenka i t. d. Ostatecznie, zejście pomysły w tym razie nie jest wykluczonem zupełnie, jak to widzimy z obserwacji *Forgue'a*, *Bergman'n'a*, *Schwartz'a*, *Duplay'a* i innych, są to w każdym jednak razie wyjątki jeszcze, nie zasada. Mój przypadek powiększa, oczywiście, tę kazuistykę przy-

padków szczęśliwych, a wynik dobry przypisują głównie zachowywanej przezemnie ściśle aseptyce tak w przebiegu operacji, jak i podczas długiego szeregu niezwykle zmuśnych tu opatrunków. Niezależnie od leczenia miejscowego pamiętano stale o kuracji ogólnej i odpowiedniemu odżywianiu pacjentki.

Najpoważniejsze i jedyne prawie z powikłań pooperacyjnych w spostrzeżeniu niniejszem—wytworzenie się przepukliny mózgowej—(prolapsus cerebri s. encephalocoele) bywa nader częstym i niepożądanym objawem. W jaki sposób powstawać może to urazowe wypadanie mózgu, o tem dziś jeszcze nie posiadamy pojęć, ustalonych dokładnie, choć nie brak dość przekonujących w tym względzie przypuszczeń. T. z. teoria *fizyologiczna* czyni zależnem istnienie przepukliny od wzmożonego dopływu krwi tętniczej i utrudnionego odpływu żylny. Teorię tę popierałby fakt taki, że nabrzmiała za życia, napięta hernia mózgowa opada po śmierci osobnika natychmiast bez śladu. Lallemand i de Foville widzą źródło powstawania głównie w działaniu *czynników zakaźnych*, doprowadzających do powstania sprawy zapalnej (encephalitis). Bruns wreszcie, Heinecke i Houzé d'Aulnois tłumaczą sobie wytwarzanie się przepukliny drogą czysto *mechaniczną*, t. j. wypychaniem mózgowia przez istniejący wylew śródtkankowy lub ropień. Wszystkie te hipotezy mają rację bytu, lubo teoria „zakaźna“ jest najwięcej prawdopodobną.

W spostrzeżeniu, w mowie będącem, częściowe wypadanie mózgu przelotnem tylko było zjawiskiem. Odcinek wypadający posiadał wymiary dużego orzecha laskowego, był całkiem niebolesny na dotyk i tętnił równomiernie z pulsem. Odcinek ten w ciągu dni kilku tętnił wyraźnie, poczem w miarę narastania na nim ziarniny, tętnienie słabło stopniowo, po 10—12 dniach ustało zupełnie, a wypełniona przez granulacye rana operacyjna nie różniła się niczem od ran zwykłych. O ile wpłynął tu, skutecznie stosowany przezemnie, lekki ucisk za pomocą złożonego odpowiednio tamponu z gazy—trudno przesądzać wynik bowiem pomyślny mógł tu zależeć i od innych przyczyn, jak np. wyrównanie się warunków krążenia, staranne usuwanie z rany drażniących ją czynników zakaźnych i t. p.; w każdym razie, zaznacze to tylko, że chora ucisków miejscowy znosiła bardzo dobrze. Niepożądanych objawów następczych, jak zawroty głowy, nudności, zwolnienie tętna, o czem tyle pisali niektórzy, nie zauważyłem bynajmniej.

Operowana, po wypisaniu się ze szpitala, kilkakrotnie przychodziła doń później na opatrunek. Rana operacyjna na skroni zagoiła się bardzo ładnie. Władze umysłowe i pamięć, jak rzekło się już

wyżej, pozostały nietknięte i dziewczyna ta czyni dziś wrażenie osoby, całkiem normalnej na duchu i na ciele.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

110. J Plesch (z Rajecz na Węgrzech). **Opukiwanie kości i wystuchiwanie jako środek pomocniczy do rozpoznania złamań.**
(La semaine médicale. № 41. 1902).

Jakkolwiek zastosowanie promieni Roentgen'a w większości przypadków pomaga znakomicie do określenia na pewno miejsca i natury złamań, metoda ta jednak nie dla każdego z lekarzy może być dostępną, a zaopatrzenie się w tak delikatne i skomplikowane przyrządy w praktyce wiejskiej np. lub na wojnie jest prawie niemożliwym. Z drugiej znów strony objawy złamań klasyczne: szmer tarcia, ruchomość nieprawidłowa, zniekształcenie kończyny i bolesność mogą zawodzić tam zwłaszcza, gdzie napotykamy nadzwyczajną ze strony poszkodowanego nadezłość lub, gdzie sprawę chorobową maskuje krwotok. Pobudki tej właśnie natury skłoniły autora do ogłoszenia szczegółów nowego, wykombinowanego przezeń sposobu badania, który czyni zbytecznymi narzędzia specjalne i poszwankowanego nie naraża na bóle.

Metoda d-ra P. opartą została na odnalezieniu różnic w przewodnictwie dźwięków w tkance kostnej. Jeżeli opukiwać będziemy nasadę górną kości zdrowej, przyłożywszy ucho jednocześnie do nasady dolnej, otrzymujemy dźwięk pełny i jasny, którego własności słuchowe zależą od czynników takich, jak długość, spistość i grubość kości; u osobnika zdrowego opukiwanie tejże da nam po obu stronach wyniki jednakie. W przypadkach niezupełnego złamania kości dźwięk nie przenika już przez tkankę jednolitą, przewodnictwo fal głosowych ulega zmianom, stosownie do długości rozpadliny, to też wywołanym przez perkusję dźwiękom towarzyszyć będą szmery z mniej lub więcej metalicznym odcieniem. Tam znowu, gdzie ma się do czynienia z całkowitem złamaniem, ucho nie otrzyma wcale dźwięku — chyba szmery tarcia na skutek zależnego od perkusji poruszania stykających się ze sobą odłamów kostnych. Dla sprawdzenia wypadnie zawsze dokonać tych samych badań na odpowiedniej kości po stronie zdrowej.

Sposób ten sam pozwoli również łatwo określić ściśle lokalizację złamania. W tym celu wystarczy słuchawkę przesuwając stopniowo

aż do kresu, do ustania dźwięku prawidłowego. Tą drogą dochodzi się prosto do miejsca złamania. Nasady, znajdujące się zwykle tuż pod skórą, nadają się bardzo do opukiwania; w tym zaś razie, gdy stan zapalny lub krwotok przeszkadza zużytkowaniu nasady kości uszkodzonej, można opukiwać kość sąsiednią, stawy bowiem przenoszą dźwięk dość dobrze. Dodać, wreszcie, należy, że sposób ten nadaje się również do wykrycia innych też cierpień kości, jak np. spraw zapalnych w szpiku, próchnienia i t. d.

K. Niedzielski.

111. D-r Borchard (Poznań). **Przyczynk do leczenia złamań.** (Centralbl. für Chirurgie. № 5. 1903).

Zadaniem chirurga jest przywrócenie kończynie złamanej sprawności i zarysów prawidłowych w okresie czasu możliwie najkrótszym, warunkom tym czyni najzupełniej zadość opatrunków gipsowych, lecz szablonowe tegoż nakładanie nie uwzględnia zaniku mięśni i nie zapobiega powstawaniu zeszytwnień stawu. T. z. szyny do chodzenia oraz przyrządy wyciągowe nie zaradzą również złemu pod każdym względem, w obec czego d-r B. bez wszelkiej, rozumie się, pretensyi jakiegokolwiek bądź nowatorstwa przytacza swój sposób nakładania opatrunków, wypróbowany w ciągu ostatnich lat kilku na materyale dosyć obfitym.

Jeżeli prześledzić bacznie sprawę gojenia się złamanej kości, rzecz ta posuwa się w sposób następujący: już dnia drugiego, dokoła miejsca złamania występuje obrzęk i nacieczenie tkanek; okostna narasta żwawo i mniej więcej po dniach dziesięciu wytwarza się miękka, galaretowata masa, która, niby pierścieniem, okala miejsce złamania. Do 10—14 dnia nie mamy tu żadnego jeszcze skostnienia i dotąd też można przedsięwziąć wszelakie w ułożeniu odłamów poprawki, bez trudności większych, prawie tak, jak zaraz po uszkodzeniu. Po upływie dwóch tygodni powstaje właściwa blizna kostna (callus), która wśród warunków prawidłowych, już 24—28-go dnia jest tak wytrzymałą, że o żadnem zmieszczeniu odłamów, bez użycia siły, nie może być mowy.

Co do widocznych dla oka zmian, pierwszą, pominiawszy objawy złamania, rzuca się w oczy obrzmienie kończyny, które zaczyna się już w kilka godzin po urazie i wzrasta w ciągu kilku dni następnych (5—6), poczem, doszedłszy do poziomu pewnego, stopniowo rozchodzi się, tak, że 10-go lub 14-go dnia uszkodzona noga lub ręka przybiera zarysy normalne. Widzimy więc, że okres powstawania kostniny zgadza się z chwilą ustępowania obrzęku.

Uwzględniając dane powyższe, d-r B. trzyma się następującego sposobu działania: możliwie dobrze nastawioną kończynę układa się w szynę, unieruchamiając, naturalnie, oba stawy sąsiednie, nadto dokoła miejsca złamania stosuje się okład wilgotny. Już po upływie 2—3 dni rozpoczynać należy mięsienie; ostatnie, dopóki jeszcze istnieje bolesność, ogranicza się tylko na gładzeniu (głaskaniu) leżą-

ych dośrodkowo części aż do stawu najbliższego. Jak tylko bolesność zaczyna się zmniejszać, a zmniejsza się zdumiewająco szybko pod wpływem masażu, rozpoczynamy masowanie samego miejsca złamania, przyczem kończynę na czas ten z szyny wyjmujemy. Po każdym posiedzeniu dokonywa się lekkiej gimnastyki biernej stawów sąsiednich, poczem znów stosujemy okłady wilgotne. Podczas mięsienia części, przebiegających dośrodkowo, kończynę trzymamy w szynie; w razie złamania kości ramieniowej lub przedramieniowych szynę tę, rzecz prosta, usuwa się, i tu jednak bóle, gdy członek trzyma się dobrze, są bardzo nieznaczne. Rozumie się, masaż taki stosowany być musi nadzwyczaj oddzielnie i tylko przez lekarza.

Tak wczesne wykonywanie masażu prowadzi do prędszego rozejścia się obrzęków, łagodzi bóle oraz przeciwdziała nader skutecznie zanikowi mięśni. Pęcherz z lodem nie jest potrzebnym, opóźnia bowiem tylko sprawę wessania się. Mniej więcej po upływie dni dwunastu nakłada się opatrunek gipsowy, po dokładnem przystosowaniu, pod narkozą w danym razie, końców złamania. Stwierzenie, o ile repozycja uskuteczniłą została właściwie, jest teraz nader łatwym, gdyż obrzęk nie przeszkadza już wcale. Opatrunek z gipsu pozostaje na kończynę mniej więcej przez dwa tygodnie (do 26-go dnia okresu leczenia), poczem nadcina się tenże na środku i dokonywa—znowu masażu oraz wyrabiania ruchów w stawach. Sztywność ich jest bardzo niewielka i zazwyczaj udaje się przywrócić ruchomość prawidłową po upływie dni kilku, o ile ostatnia nie istnieje niebawem po zdjęciu unieruchomienia, co zauważa się często. Pacjent wstaje i po 2—3 dobach chodzi o lasce bez trudu, a zadziwiająca jest rzeczą, jak niewielkimi, przy tej metodzie leczenia, bywają obrzęki, występujące po pierwszych próbach; stan ten zawdzięcza się jedynie tak wczesnie wykonywanym masażom, które nie dopuszczają do powstawania daleko sięgających skrzepów, przyspieszają wessanie się wylewów i bronią od zapchania się małych naczyń krwionośnych. Jeżeli osobnik porzuca łożko piątego np. tygodnia, po złamaniu podudzia, już w szóstym najdalej może się udać do domu i żadne leczenie następcze nie jest potrzebnem.

K. Niedzielski.

112. D-r R. Cloué (z Bordeaux). **Leczenie przewlekłych spraw ropnych w zatoce szczękowej za pomocą rezekcji ściany nosowej tejże.** (La semaine médicale. № 42. 1902).

Wobec niezadowolniających wyników metody, która polega na otwarciu zatoki przez dółek psi (fossa canina) lub wyrostek zębowy autor zaleca swój sposób przedostawania się do jamy Highmora przez nos. Sposób ten, prócz niezaprzeczonych swych zalet, o których niżej, posiada tę jeszcze wyższość nad innymi, że nie wymaga żadnych narzędzi specjalnych, a nadto szczerdzi nader ważną służówkę nosa.

Operacja wykonywa się w trzy tempa:

a) *Wycięcie połowy przedniej muszli dolnej.* Odcięcie muszli powinno być dokonane jaknajbliżej linii jej przyczepu do szczęki.

Należy pamiętać, że część środkowa przyczepu, najdłuższa, przebiega poziomo, przednia zaś i tylna łączą się pod kątem rozwartym. Po usunięciu częściowemu muszli operujący ma od oculus teren do rękoczynu. Muszlę odcina się długimi o cienkich gałęziach nożyczkami, wszelakie zaś t. z. konchotomy lub pincety tnące są niepraktyczne. Manipulując w ten sposób, oszczędzamy zawsze wyrostek łzawy, którego uszkodzenie mogłoby doprowadzić do zamknięcia kanału noso-łzawego wraz z wszelakimi następstwami przykreimi. Jedno z ostrzy nożyczek wprowadza się poniżej muszli, drugie—powyżej, tuż, jak rzekło się, u linii przyczepu, poczem jednym zamachem dokonywa się ablacji. Muszla opada wówczas do jamy nosowej, utrzymywana tylko swą częścią tylną, którą powoli już oddzielić należy crémailliér'a.

b) *Rezekcyja ściany.* Wykonywanie małego otworu trójgranicem nie jest, bynajmniej, pożądanem, gdyż słuzówka nie omieszka otworek taki pokryć niebawem i odszukanie jego następce podczas opatrunku może być nader kłopotliwem. Dla tego też wyłom w ścianie wykonywa się dość rozległy i najodpowiedniejszym jest tu trepan, wprowadzany w ruch przez motor elektryczny.

Aby oznaczyć sobie dokładnie t. z. zone d'attaque, należy pamiętać, że ostatnia znajduje się w odległości 2 ctm. ku tyłowi od przedniego końca muszli, po za otworem kostnym canalis naso-lacrymalis. W miejscu tem ściana bywa najcieńszą i tu też dokonać przedewszystkiem przekłucia, które pouczy o przebiegu zatoki. Następnie, trepanem o 6 mm. średnicy, ustawionym skośnie, wywiercić należy dziurę, na co zużytkowyywa się kilka sekund; otwór wyżłobiony rozszerza się pincetą i wygładza, o ile można, dość grubą listewkę kostno-słuzową, oddzielającą strop zatoki od stropu nosowego. Otwór nie powinien być mniejszym od brzuśca palca, w takich bowiem tylko warunkach po zaleźnem od blizny zwężeniu wymiary do manipulacji opatrunkowych są wystarczające. Tu dodać nie zawadzi, że jame nosowe nie są, bynajmniej, do wykonania rękoczynu za wąskie; w jednym tylko przypadku wypadło wyciąć przedwstępnie dość duży wyrostek przegrody.

c) *Oczyszczenie i opatrunek zatoki.* Po dokładnem przepłukaniu zatoki należy przekonać się, czy nie istnieje tamże jakaś przyczyna, któraby mogła przedłużyć ropienie w nieskończoność, a więc ciało obce, ząb, guz i t. p. Łyżeczką o rękojeści giętkiej posuwa się zatem w kierunkach różnych, wyciąga—z zatoki narosłe grubsze, przyczem skrobanie słuzówki dokładne nie jest wcale wskazanem. Jamę przemywa się znowu i zakłada doń pasmo gazy jodoformowej, nazajutrz gazę wyjmuje się i zatoki nie tamponuje już się więcej. Leczenie następce polega na przemywaniach codziennych i osuszaniu zatoki, które skutecznia się, bądź przedmuchiując mocno nozdrze po stronie chorej, bądź przepuszczając przez takowe strumień lekko ogrzanego powietrza, bądź, wreszcie, za pomocą wdmuchiwania nie drażniących słuzówki proszków przeciwwzakaźnych.

Od maja r. z. d-r. C. dokonał w 7 przypadkach operacji w mo-wie będącej. Trzech operowanych wyzdrowiało zupełnie, pozostali są na dobrej ku drodze wyzdrowieniu; w jednym przypadku wyzdrowie-

nie nastąpiło w końcu drugiego od miesiąca rękoczynu, w dwóch innych—po upływie 2¹/₂ miesięcy. Żadnych powikłań nie zauważono nigdy.

Metodzie, zdaniem autora, nie brak zalet poważnych: operacja nie wymaga znieczulenia ogólnego (narkozy), gdyż nie jest zbyt bolesną; nie zakrawa na rękoczyn wielki, nie następuje trudności natury technicznej i umożliwia dostateczną zupełnie palpacyę zatoki. Możliwość wygodnego w każdej chwili przedrenowania zakażonej jamy i przewietrzenia tejże jest tu daleko większą, niż po założeniu na starą modłę dreniku przez dołek zębowy (alveola). Sprawa ropna nie przedłuża się, a pacjent zwolnionym zostaje od noszenia à la longue zatycki zębodołowej.

K. Niedzielski.

113. A. Ochsner (Chicago). **Przyczynę do chirurgii pęcherzyka żółciowego.** (Annals of surgery. VI. 1902).

Za jedną z najważniejszych przyczyn powstawania stanów chorobowych w pęcherzyku uważać należy zaburzenia w swobodnym odpływie jego zawartości, zależne nader często od zrostów omawianego narządu, wikłających cierpienia takie, jak wrzód żołądka okrągły, zapalenie okołokatnicze lub dur brzuszny. Na skutek pociągania przez bliźnię wytwarza się kieszeń, w której siedzi unieruchomiony pęcherzyk żółciowy i tam też powstaje sposobność nie tylko do zakażenia przez lasecznik okrężnicowy, lecz i do nagromadzenia się kamyków. Obie te ewentalności doprowadzić mogą do zapaleń przewlekłych do sprawy wrzodziejacej lub zgorzelinowej, przyczem skurcze pęcherzyka przyspieszają przedziurawienie. Nie zawadzi pamiętać, że są nieraz następstwem skurczów żołądka, które powstają podczas trawienia; dla tego też kolki żółciowe ustają często natychmiast po opróżnieniu i przemyciu żołądka w tych nawet przypadkach, gdzie zastrzyknięcia morfiny były bezskuteczne. Nowe przyjęcie pokarmu wywołuje znów kolkę.

Zatrzymując się nad symptomatologią kamicy żółciowej, autor zaznacza, że trzy t. z. objawy główne: kolka, żółtaczką i odchodzenie kamyków mogą nie istnieć. Daleko ważniejszymi i występującymi częściej są objawy następujące: 1) zaburzenia w trawieniu, uczucie ciężaru i palenia po jedzeniu w okolicy żołądka i wzdęcie brzucha; 2) ból tępy, promieniujący na prawo od nadbrzusza i w górę do łopatk. Dalej, 3) point douloureux pomiędzy IX-ą chrząstką zębową a pępkiem, 4) gdzieindziej lekkie zabarwienie skóry, 5) powiększenie tępości wątroby, 6) obecność guzowatości pod IX-em zębem, ważnemi są, wreszcie, 7) dane z wywiadów, głównie co do napadów poprzednich.

W przypadkach kamicy nie jest właściwem wyczekiwanie oznak groźnych; przeciwnie, wskazaną tu jest operacja wczesna, gdyż i rokowanie staje się wówczas lepszem. Gdy objawy ostre już wystąpiły, należy starać się zwalczać środkami wewnętrznymi, poczem przystępuje się do wykonania zabiegu chirurgicznego. Doświadczenie, które

autor zdobył na 48 spostrzeżeniach z praktyki własnej, pouczają nadto, że a) chorzy bardzo wycieńczeni nie zniosą żadnych, dłużej trwających, operacji na drogach żółciowych i że b) to samo powiedzieć można co do osobników, dotkniętych jednocześnie rakiem jakiegokolwiek bądź narządu wewnętrznego; prócz tego, c) jeżeli operacja, wobec istnienia żółtaczki ciężkiej, nie może być odłożoną na później, poprzestać trzeba na samem tylko przedrenowaniu pęcherzyka.

K. *Niedzielski*.

114. Ph. Bockenheimer. **O leczeniu ran sposobem Schleich'a.** („Ueber Schleich'sche Wundbehandlung“. Samml. Klin. Vortr. № 344).

Zasada, na jakiej opiera się Schleich przy swoim sposobie opatrywania ran ¹⁾, da się streścić w sposób następujący.

Środki opatrunkowe, stykające się bezpośrednio z raną (gaza, rozczyn soli kuchennej i t. d.), nie są jednorodne z cementem organicznym, składającym się z osocza krwi, włókniaka i komórek, dzięki któremu następuje rychłozrost rany, a co za tem idzie, nie w dostatecznej mierze zabezpieczają cement ten od rozpadu. Wprowadza zatem S. przetwory jednorodne (homogene) z materiałem tkankowym: proszek surowiczy (pulvis serosus) glutol, glutolserum i inne, usiłując w ten sposób wykluczyć przy leczeniu ran wszelkie czynniki niefizjologiczne.

Entuzjazm S. i zwolenników metody jego z jednej, tudzież brak prac kontrolujących metodę ową z drugiej strony, skłoniły Bockenheimer'a do przeprowadzenia nad nią badań dokładnych, dokonanych na licznym materiale poliklinicznym. Wyniki, przezeń osiągnięte, bynajmniej nie upoważniają do uniesień nad nową metodą. Przy ranach aseptycznych bez wydzieliny, nie dostrzegał B. żadnej różnicy pomiędzy dotychczas używanym sposobem leczenia ran, a metodą S.; przetwory S. tworzą twarde strup na powierzchni rany, pod którą w razie istnienia wydzieliny, takowa zatrzymuje się i znajduje bardzo pomyslnie warunki dla rozkładu. Jest tu zatem metoda S. zupełnie zbyt złą. Inaczej rzecz się ma z ranami zakażonemi. Tutaj jest ona raczej wprost szkodliwa. Pomijając już tę okoliczność, że B. bynajmniej nie spostrzegwał odkażającego działania przetworów S., powstającego skutkiem wytwarzania się aldehydu mrówczanego, wydzielina ropna zastawa się pod strupem, a częste usuwanie stwardniałego strupa w celu dania wydzielinie odpływu jest połączone z szarpaniem i drapaniem powierzchni ziarninującej, co na gojenie rany w sposób dodatni wpływać nie może; nadto posypywanie dokładne proszkiem surowiczym lub glutolem obszernych jam, np; w przypadku zapaleń ropnych stawów lub opłucny jest prawie że niewykonalne. Autor nie przyznaje również zalet stosowanej przez S. paście surowiczej przy

¹⁾ D-r C. L. Schleich. Neue Methoden der Wundbehandlung. Berlin. 1900.

wypryskach na skórze i oparzeniach ani też paście peptonowanej przy leczeniu wrzodów gołeni. Oprócz tego przechowywanie przetworów S. jest trudnem, wyjaławianie dokładne przy czestem myciu niemożliwym, wreszcie wadą ich jest wysoka w porównaniu z innymi środkami opatrunkowymi cena.

Czesław Jankowski.

II. Choroby weneryczne.

115. Prof. E h r m a n n. O cierpieniach skórnych, powstających na tle moczówki cukrowej i dny.

Autor nasamprzód zaznajamia nas z obrazem pryszczycy, wywołanej moczówką cukrową. Najczęstszem jej umiejscowieniem są organy płciowe, ręce i stopy; na rękach i stopach choroba umiejscawia się najczęściej na dłoni i podeszwie, jak również na zakończeniach palców; bardzo często jednak zajmuje również grzbiet stopy i posuwa się nawet na podudzie. Obraz pryszczycy, wywołanej przez moczówkę cukrową, podobny jest w ogólności do obrazu zwykłej pryszczycy, ma jednak pewne właściwości. Organy płciowe obrzmiewają i stają się twarde; naskórek ich jest zgrubiały; łuszczy się i tworzą się na nim małe pęknięcia, z których sączy się surowica; ostatnia łatwo zasycha, skutkiem czego skóra robi wrażenie, jakby była wysmarowana pokostem. U kobiet otyłych, dotkniętych moczówką, pryszczycza umiejscawia się oprócz tego na pępku, fałdach uda i poniekąd na kroczu. Moczówka cukrowa u kobiet przyczynia się również do niezytu pochwy. Granice pryszczycy, powstałej na tle moczówki, są ostre, najbliższa zaś okolica jest zupełnie zdrowa; tymczasem pryszczycza zwykła tworzy stopniowe przejście do zdrowej skóry. Oprócz powyższych postaci pryszczycy, zajmujących pewne okolice, zajęcie skóry może być ogólne; w ostatnim przypadku nieuniknione są częste omyłki rozpoznawcze. Z powodu suchej pryszczycy skóry i jej skłonności do pęknięć odporność na zewnętrzne podrażnienia znacznie słabnie; dla tego skutkiem ucisku guzików, opasek etc. powstają egraniczone zacerwienia, podobne do rumienia, zależnego od wpływów toksycznych (erythema toxicum); te jednak zacerwienia, zależne od moczówki, prędko mkną z powodu wytwarzania się na nich pęcherzyków i nadżar. Zadaniem leczenia pryszczycy, wywołanej przez moczówkę, jest 1) usunąć z pokarmów węglowodany lub też ograniczyć przyjmowanie tychże i 2) stosować miejscowo tłuszcze oraz środki, które z jednej strony działają odkażająco, z drugiej zaś pobudzają do wytwarzania się naskórka. Do pierwszych zaliczyć należy przedewszystkiem maści borne, do drugich zaś pastę ichtyolową. Bardzo często wystąpienie pryszczycy poprzedza nadpotliwość skóry, co może dawać powód do mniemania, że pryszczycza ta spowodowana jest maccracją potu; rzadko jednak mniemanie to się sprawdza, zwykle bowiem nadpotliwość nie gra żadnej roli w wystąpieniu pryszczycy. Dowodem

tego jest, że ta pryszczycza znika szybko po zastosowaniu diety przeciwcząstkowej, pomimo trwania w dalszym ciągu nadpotliwości. Bezpośrednią przyczyną pryszczycy, powstałej na tle moczożki cukrowej, jest zaburzenie odżywiania jako następstwo cierpienia krwi, wywołanego zawartością cukru w tejże lub też zmniejszeniem alkaliczności.

Z powodu zmiany krwi i, co zatem idzie, surowicy, zraszającej naskórek, z jednej strony cierpi odżywianie naskórka i warstwy brodawkowej, z drugiej zaś z łatwością osiedlają się na skórze i rozmnażają drobnoustroje; inaczej mówiąc, skóra staje się dobrem podłożem do rozwoju drobnoustrojów. Dodać do tego należy nadmierną wrażliwość skóry na mechaniczne, chemiczne i termiczne podrażnienia, wrażliwość, wywołaną przez złe odżywianie. Z powodu tego, co wyżej, łatwo wytłumaczyć można skłonność chorych na moczożkę do chorób skóry, przechodzących w ropienie, jako to do furunkulozy, zapalenia naczyń chłonnych, zapalenia tkanki łącznej (phlegmone) i impetigo.

Co się tyczy chorób skórnych, zależnych od dny, to są one wtlece podobne do chorób, powstałych na tle moczożki cukrowej. Te pierwsze jednak zajmują mniejsze rozmiary w oddzielnych okolicach skóry, niż ostatnie. Szczególnie często cierpią podeszwa i grzbiet stopy: tworzą się tam małe pęcherzyki, pokrywające ograniczone, zaczerwienione miejsca skóry. Ogniska te rozszerzają się, mając ostre granice; niekiedy w środku cierpienie słabnie: przekrwienie tam znika, widoczne zaś jest łuszczenie w postaci dość grubych blaszek, tak, że pęcherzyki zostają tylko na granicy ze zdrową skórą. Jeżeli pryszczycza przedostaje się na przedudzie, to nie posuwa się ona tam stopniowo ze stopy, lecz tworzą się zupełnie oddzielone ogniska chorej skóry. W nielicznych przypadkach ogniska takie zajmują całe ciało i bardzo szybko znikają pod wpływem leczenia, ażeby wkrótce znów wybuchnąć, zwykle na tych samych miejscach. Podobnie jak na stopach, powstają one również na rękach, przyczem zaczynają się tutaj często na fałdach międzypalcowych. Choroby skórne padagryczne mogą się łączyć z innymi chorobami skóry; szczególnie często widzimy to w łuszczycy. Wprawdzie ta uważana jest przez niektórych autorów jako choroba podagryków, w wielu jednak przypadkach łuszczycy nie znaleziono ani śladu skażenia dnowego; u chorych jednak na dnę może wystąpić łuszczyca, przyczem pogorszenie tejże konstatuje się nieraz jednocześnie z każdym napadem dny. Często można obserwować pod wpływem jednego napadu dny przejście ograniczonych postaci łuszczycy w postać rozlaną; oprócz tego—w przeciwstawieniu z chorobami skórnymi padagrycznymi nieskomplikowanymi—zauważyć można w przypadkach tych wrażliwość na środki skuteczne w łuszczycy, jako to dziegieć, chryzaroninę i pyrogalol.

H. Uliński.

116. Dr Baer. **O leczeniu przymiotu asterolem.** (Wien. Med. Woch., 1902, № № 31—34).

W roku 1899 Steinmann ogłosił rezultaty swych badań nad asterolem, a w szczególności nad przeciwpasorzytniczą własnością tegoż. Analogiczny niemal z powyższym preparat p. n. hydrargyrol był opisany na krótko przedtem we Francji jako dobre antisepticum. Fabryce chemicznej w Bazylei p. f. Hoffmann—Laruche et Co. udało się tę z wielką trudnością rozpuszczającą się, sól rtęciową zamienić na związek łatwo rozpuszczalny w wodzie p. n. asterol „Roche”. Preparat ten (parasulfophenol — hydrargyrum — ammonium — tartrat) wkrótce po Steinmann'nie zbadany został pod względem bakteriologicznym przez Vertun'a.

Podług tych autorów, jest to czerwonobiały proszek, przy nagrzewaniu przechodzący w kolor brunatny. Rozpuszcza się łatwo w gorącej wodzie; po ochłodzeniu roztwór nie traci swej przezroczystości i pozostaje nadal bez zapachu. Podług Vertun'a, po rozpuszczeniu asterolu w gorącej wodzie, widoczny jest na dnie nieznaczny osad, nie zawierający rtęci. Steinmann wykazał w asterolu 17% rtęci, Vertun zaś—tylko 10, 41 procent. Ponieważ, jak widzimy, zawartość rtęci w asterolu, podług Steinmann'a, jest w przybliżeniu 4 razy mniejszą, niż w sublimacie, przeto autor ten do doświadczeń brał 4 razy mocniejszy roztwór asterolu, ażeby porównać z sobą działanie przeciwpasorzytne tych obu soli rtęciowych. Według niego, asterol nie ścina białka w roztworze, skutkiem czego działanie tegoż na tkanki zapewne głębsze jest, niż działanie sublimatu. Badania Vertun'a wykazały, że działanie bakteriobójcze 4% roztworu asterolu jest słabsze, niż 1% sublimatu. Dopiero 7% roztwór asterolu zrównał się pod tym względem z 1% sublimatem. Co się zaś tycze działania na białko, to, podług V., pod wpływem asterolu wypada ono z roztworu nie słabiej, niż od sublimatu. Baer doświadczenia swe dokonywał nad preparatem, przysłanym wprost z fabryki. Szereg prób, przerobionych przezeń w celu zbadania procentu rtęci, zawartej w asterolu, wykazał 10% tejże z małym ułamkiem. Z powodu tego do doświadczeń klinicznych należałoby przyrządzać 7%-wy roztwór asterolu, taki tylko bowiem roztwór może dorównać sile bakteriobójczej stosowanego w przymiocie 1%-wego sublimatu. Jednak przy usiłowaniach otrzymania 7%-go roztworu wytwarzał się osad, zawierający rtęć. Roztwór 4—6 procentowy był przezroczysty; mały osad, niezawierający zresztą rtęci, łatwo można było usunąć za pomocą odsączenia. Jednak mimo to po 4—5 dniach wytwarzał się znaczny osad, w którym wykazać już wtedy można było asterol. Skutkiem tego w celach terapeutycznych B. sporządzał co 3 dni świeży 4—5% roztwór asterolu i z początku zastrzykiwał swym chorym codziennie 1½ cm. sz. 5 procent. roztworu, ażeby w przybliżeniu wprowadzać za każdym razem do organizmu tyle rtęci, ile się wprowadza przy zastrzykiwaniach 1% sublimatu. W późniejszych doświadczeniach zastrzykiwał tylko 1 cm³ 4—5 proc. asterolu. Rezultaty lecznicze, otrzymane przez autora, były pomyslnie we wszystkich przypadkach.

Zastrzyknięcia zawsze dokonywane były w pośladki, przytem były śródmięśniowe. W czasie leczenia zastrzykiwaniami zaniechane było swoiste leczenie miejscowe. Wszystkich przypadków, leczonych w sposób powyższy, było 22; z tych 14-tu chorych cierpiało na świeży przymiot wtórny, który się objawiał wykwitami plamistymi, plamistogrudkowymi i grudkopryszczowymi, w 8-miu zaś pozostałych przypadkach przymiot wtórny był starszy, w postaci zgrupowanej różycy, grudek na organach płciowych i naokoło odbytu, jak również wykwitu łuskowego dłoni i stopy.

W 6-ciu przypadkach stosowany był 4 proc. rozczyzn asterolu (codziennie po 1 szpryce *Pravaz'a*), w 10-ciu—zastrzykiwany był 5% rozczyzn po 1 cm³. dziennie, w 3-ch—5% rozczyzn po 1½ cm³; pozostałym 3 chorym dokonywane były zastrzykiwania po 1 szpryce dziennie 5% rozczyzn z dodatkiem 2,5 proc. kokainy. Do zniknięcia plamistych przymiotowych wykwitów niezbędne były przeciętnie 20 zastrzyknięć 4 proc. rozczyzn, lub też 17—5-cio procentowego; zniknięcie zaś wykwitów plamistogrudkowych następowało po 22 zastrzyknięciach rozczyzn 4 proc., lub też po 20 zastrzyknięciach—5 procentowego. Miejscowa bolesność rzadko występowała w następstwie zastrzyknięć. W 4 przypadkach skonstatowano lekką bolesność na zajutrz po zastrzyknięciu, w 3-ch zaś iniekcye musiały ulegać przerwie na 1—2 dni, z powodu znacznej bolesności na miejscu zastrzyknięcia. Występujące niekiedy nacieczenia ulegały wkrótce wessaniu, najczęściej w ciągu 2-ch dni. Dowodem swoistego działania asterolu na sprawę przymiotową jest występowanie pewnego rodzaju odczynu leczniczego, jaki można wykazać w mniej lub więcej znacznym stopniu podczas każdego skutecznego leczenia ręcą, a w szczególności leczenia zastrzykiwaniami. Autor wielokrotnie mógł zauważyć powiększenie się zaczerwienienia wykwitów plamistych po pierwszych zastrzyknięciach. Obok tego nieraz można było konstatować powiększenie się ilości czerwonych plam; daje się to wytłomaczyć w sposób następujący: swoiste ogniska naciekowe, które dotychczas można było wykryć tylko pod mikroskopem, widoczne są pod wpływem asterolu gołym okiem, w następstwie odczynu swoistoleczniczego. Plamy występujące w zależności od leczenia ręcą można było również uważać za wysepkę wywołaną środkiem leczniczym (*medicamentöses Exanthem*). O istnieniu wysypek ręciovych, w szczególności zaś rumieni, nie można wątpić, występują jednak one dość rzadko, wbrew twierdzeniu niektórych autorów. Wyrzuty skórne, będące następstwem wieierań szaruchy, niezawsze można uważać za wysypkę wywołaną środkiem leczniczym z powodu idiosynkrazyi, lecz należy pamiętać, że są one zwykle następstwem niedokładnego wykonywania wieierań. Podczas zastrzykiwań asterolu nie można było zauważyć ubocznego działania ręcą ani na drogi pokarmowe, ani też na jamę ustą. Nadmienić tutaj należy, że chorym, leczonym asterolem, zalecane było płukanie jamy ustnej środkami, zwykle stosowanymi w leceniu ręcą. W końcu pracy swej autor opisuje w krótkości wszystkie przypadki, leczone przezeń asterolem. Wnioski autora są następujące: W przypadkach zwykłych wtórnego przymiotu asterol daje pomyślne rezultaty. Działa

on, co prawda, w tych przypadkach mniej energicznie od preparatów bogatszych w rtęć, jak nprz. sublimat lub hydrargyrum sozodolicum, nie mniej jednak od tychże jest środkiem pewnym. Pod tym względem asterol można postawić narówni z tymi rozpuszczalnymi związkami rtęciowymi, które, jak nprz. hydrargyrum bicianatum, odpowiednie są w przypadkach, w których życzymy wywołać słabsze działanie rtęci. Nieraz w praktyce natrafiamy na chorych, u których, pomimo dokładnego stosowania rtęci za pomocą wcierań lub też innych skutecznych metod leczniczych, występuje w prędkim czasie nawrót i ponowne energiczne nasycanie rtęcią organizmu takich chorych mogłoby być szkodliwe ze względu na stan ogólny tychże. W przypadkach tych nieraz chętnie się posługujemy jednym z powyższych rozpuszczalnych i działających słabiej środków rtęciowych, prędko wchłaniających się i również prędko się wydzielających. Wśród tych środków asterol nie zajmuje bynajmniej pierwszego miejsca z powodu łatwego rozkładania się.

H. Uliński.

III. Choroby oczu.

117. D-r A. Darier. **Doświadczenia lecznicze nad kilku nowymi środkami w okulistyce, pomiędzy innymi nad chlorkiem adrenaliny.** (La clinique ophthalmologique, Nr. 13. 1902).
118. D-r Hans Kirchner (Bamberg). **O adrenalinie, środku działającym wyciągu nadnercza.** (La clinique ophthalmologique Nr. 15. 1902).
119. F. Re (Palermo). **Spostrzeżenia nad kilku nowymi środkami w leczeniu chorób oczu (adrenalina...).** (Archivio di ottal. vol. IX. fasc. 11—12, juin 1902).
120. D-r Henri Coppez. **O stosowaniu adrenaliny w terapii ocznej.** (La clinique ophthalmologique, Nr. 1. 1903).

Z pośród nowych środków, dzięki którym ostatnimi czasy znacznie zwiększył się arsenał leczniczy okulistyczny, bezzaprzeczenia jedno z pierwszych miejsc należy się wyciągowi z nadnerczy (Extractum glandularum suprarenalium). Działanie wyciągu polega na wpływie ostatniego na naczynia łączniczy bądź normalnej, bądź znajdującej się w stanie chorobowym: jedna kropla wyciągu, wkróplona do worka łącznicowego, spowoduje prawie momentalnie skurcz naczyń spojówkowych, następstwem czego otrzymuje gałka oczna wygląd prawie porcelanowej białości. Środek ten ma zastosowanie w przekrwieniach łączniczy, zapaleniach, zwłaszcza zapaleniu wiosennem, przy rękoczynach na gałce ocznej w celu uniknięcia obfitych krwawień.

Ma jednakże środek ten niedogodność, właściwą wogóle wszystkim wyciągom organicznym, iż łatwo podlega rozkładowi, ztąd też wypuszczany bywał do użycia w zalutowanych szklanych rurkach; gdy więc rurka została otwartą w celu zużytkowania jednej, dwu do trzech kropli, reszta ulegała rozkładowi, nie można było wyciągu mie-

sząć z innymi środkami w celu leczniczym, nie można również powie-
rzać środka do użycia przez samego chorego, zresztą podobno przy
dłuższem pozostawianiu wyciągu nawet w zalutowanej rurce również ten
ostatni często ulega rozkładowi.

Cena wyciąga też poniekąd uniemożliwia stosowanie tak cennego
ze wszech miar środka.

Doktorowi Takamine (New-York) w 1901 roku udało się
otrzymać środek działający wyciągu nadnercza w stanie chemiczno-
czystym, t. z. adrenalinę—proszek pod postacią mikroskopijnych, żół-
tawej barwy kryształów, o odczynie zasadowym, mało rozpuszczalny
w zimnej, łatwo w gorącej wodzie, lub podkwaszonej za pomocą kwasu
solnego. Adrenalina szybko i łatwo ulega utlenieniu pod wpływem
powietrza i traci w ten sposób swe, zwężające naczynia, własności.

Chlorowa sól adrenaliny przechowuje się bardzo dobrze.

Stosują powszechnie roztwór adrenalini hydrochlorici 1:1000,
przyczem zamiast wody przekroplonej używają roztworu fizyologicz-
nego soli kuchennej i do tego roztworu, w celu uchronienia go od roz-
kładu, radzą dodawać 0,5% chloretonu (produkt otrzymywany przez
działanie ługu potasowego na równe części chloroformu i acetonu).
Chloreton prócz własności przeciwniętnych posiada zdolność znieczulania.

Obecnie w sprzedaży mamy gotowy już roztwór adrenaliny po-
dług następującego przepisu:

Adrenalini hydrochlorici 1.

Solutionis 0,7% natri chlorati 1000.

Chloretoni 5.

(pr. Parke, Davis et C-o Londyn).

Płyn ten jest barwy lekko brunatnej.

Cena 25 gramów płynu u nas w Warszawie wynosi rb. 3.

Ostatnimi czasy firma Clin w Paryżu przyrządza adrenalinę pod
postacią białych kryształków, które wypuszcza do użytku w zaluto-
wanych rurkach szklanych, rurka zawiera 5 centygramów adrenalini
hydrochlorici. Mając adrenalinę krystaliczną, łatwo przygotować mo-
żna roztwór żądanej koncentracji.

Światło i nieprzegotowana woda rozkładają adrenalinę, dlatego
też należy trzymać płyn w ciemnej butelce i rozpuszczać w wodzie
przekroplonej.

Z chwilą dostania się powietrza do butelki, zawierającej adre-
nalinę, inaczej—z chwilą otwarcia preparatu roztwór zabarwia się po-
dobnie jak się to dzieje z ezeryną na kolor różowy, jednakże nie
traci swych zwężających naczynia własności nawet po kilku miesia-
cach. Pod tym względem, wyjąwszy roztwór pilokarpiny, jest zna-
cznie trwalszym od wszystkich innych środków używanych w okuli-
styce (atropina, kokaina, ezeryna, dionina, akoina i t. p.).

Po zapuszczeniu kropli roztworu 1:1000 adrenaliny do worka
łącznicowego gałki ocznej drobne naczynia, zwykle widoczne na łącz-
nicy gałkowej, znikają, mięsko łzowe, fałda półksiężycowa, łącznica
powiekowa tracą swój zwykły różowy kolor, stają się bezkrwiste,
żółtawo-białe. W dwie minuty po zapuszczeniu otrzymuje się naj-
większy skutek, stan taki trwa od pół godziny do dwóch godzin,

poczem bez najmniejszej reakcyi wtórnej w znaczeniu przeciwnem stanowi pierwotnemu wszystko wraca do normy.

Adrenalina nie zmienia nabłonka łącznicowego, nie sprowadza ani zwężenia ani rozszerzenia źrenicy, jak również nie działa na akomodację.

Jakkolwiek działanie na organizm adrenaliny nie jest jeszcze dokładnie poznanem, jednakże wpuszczenie jej do worka łącznicowego nie sprowadza jakichś ogólnych zmian w tym rodzaju, jak to robi kokaina lub atropina bądź przez zbyt częste i obfite zapuszczanie, bądź dzięki idyosynkrazji pewnych osób do tego środka.

Podług Takamine'a, wstrzyknięta do żył adrenalina działa silnie na ścianki naczyń, zwłaszcza na warstwę mięśniową, skąd duże podniesienie ciśnienia krwi, podług Richert'a adrenalina byłaby dobrą odtrutką przeciwko makowcowi i morfinie, dodana do roztworów kokainy wzmacnia działanie ostatniej powiększając jej działanie znieczulające i sprowadzające anemię, jednocześnie paraliżując jej działanie ujemne na organizm.

Wielu autorów uważa adrenalinę jako środek skuteczny przeciwko upadkowi sił w następstwie narkozy.

Z badań toksykologicznych, przeprowadzonych przez Taramasio nad adrenaliną okazuje się, iż u królika wstrzyknięcie 2 miligr. środka na kilogram wagi zwierzęcia nigdy nie sprowadza śmierci, dawka zwiększona do 0,02 grm. sprowadza ostry obrzęk płuc i śmierć.

Z tychże badań wynika, iż bezpiecznie możemy wstrzyknąć do kanału noso-lzowego człowieka kilka kropeł adrenaliny (1:1000), jak również wstrzyknąć pod skórę kroplę tegoż roztworu przy niewielkich rękoczynach w celu bezkrwawego operowania. Natychmiast po wstrzyknięciu chory doznaje lekkiego uczucia pieczenia, skóra staje się białą na przestrzeni 3—4 centymetrów kwadratowych, stan taki trwa od 6 po 12 godzin.

Przy stosowaniu adrenaliny do worka łącznicowego wpływ tejże, jako środka zwężającego naczynia dna oka, zdaje się prawie żaden.

W okulistyce adrenalina sama przez się nie posiada jakiegoś szczególnego działania leczniczego, stosowaną stąd bywa wspólnie z innymi środkami, lub jako środek chwilowo zwężający znakomicie naczynia, więc pozwalający wykonywać pewne rękoczyny prawie bezkrwawo, podobnie jak opaska Esmarcha.

Stosują roztwory adrenaliny w przypadkach stałego przekrwienia łącznicy i łzawienia, w przypadkach wiosennego kataru oczu, zwłaszcza w ostatnich, jakoby, ze znakomitym skutkiem.

W połączeniu z kokainą, atropiną, pilokarpiną, ezeryną adrenalina ma obszernie zastosowanie w tem znaczeniu, iż ułatwia działanie wymienionych środków; wiemy bowiem, iż oko silnie przekrwione zachowuje się poniekąd odpornie względem środków leczniczych, adrenalina, znosząc to przekrwienie, ułatwia ich działanie. Użycie kropli adrenaliny (1:1000) na kilka minut przed zatuszowaniem łącznicy bądź to za pomocą lapisu, bądź siniego kamienia znakomicie zmniejsza ból i zapobiega występującym zwykle potem zaczerwienieniu i łzawieniu. We wszystkich przypadkach, gdzie chodzi o zupełne znie-

czulenie silne przekrwionej gałki ocznej, należy stosować i roztwory kokainy wspólnie z adrenaliną:

Cocaini hydrochlorici 0,20.

Sol. adrenalini (1:1000) 2,00.

Aq. dest. 8,00.

MDS. Co 2 minuty przez 10 minut.

Dzięki adrenalinie daleko łatwiej można leczyć zwężenia dróg łzowych; w przypadkach, zależnych od obrzmienia i przekrwienia biernego dróg łzowych, po wstrzyknięciu kilku kropel adrenaliny 1:1000 łatwo wprowadzić się dając zglębnik i łatwo zastosować następnie przestrzykiwania z odpowiednich ściągających środków bez narażenia błony śluzowej na uraz i krwawienie, w przypadkach zwężeń bliznowatych stosowanie zglębnika staje się mniej bolesne i również mniej niebezpieczne.

Wszelkie rękoczyni, dokonywane na gałce ocznej, jak operacja zeza, skrzydlika, peritomia, irydektomia i wydobywanie zaćmy można przy stosowaniu adrenaliny znakomicie sobie ułatwić dzięki uniknięciu krwawień.

Wreszcie Coppez stosuje okłady z adrenaliny (1:500) we wrzodach pełzających trudno podlegających leczeniu powiek (wrzody gruzlicze, wilk i t. p.). Pod takimi okładami z gazy nasyczonej 1:5000 roztworem adrenaliny i podtrzymywanymi przez pokrycie gazy papierem gutaperkowym w stanie ciągłej wilgoci, powierzchnia wrzodu nadzwyczaj szybko się wyrównywa i pokrywa świeżym naskórkiem. Autor tylko przestrzega, by rachować się z powierzchnią wrzodu i zbyt obszernych owrzodzeń nie leczyć, a przynajmniej ostrożnie w ten sposób, by przez wessanie adrenaliny przez tkankę nie spowodować zatrucia.

S. Cetnarowicz.

121. Uribe Troncoso. Patogeneza jaskry. (Annales de ophthalmologia. 1901).

Podług autora, podniesienie ciśnienia wewnątrzgałkowego w jaskrze jest następstwem utrudnionego przesączania się przez kąta rogówko-tęczówkowy cieczy wodnej, skutkiem zawartości w niej białka krwi, to zaś przechodzi ze krwi poprzez dotknięte miażdżycą ścianki naczyń.

Miażdżycę więc czy to ogólna, czy ograniczona tylko do naczyń oka spowodza zatkanie dróg wydzielniczych oka i podniesienie ciśnienia wewnątrz-gałkowego.

Obfitsze naraz przesiąkanie białka do przedniej komórki spowodza napad jaskrowy.

Znaczenie wycięcia tęczówki (iridektomia) w jaskrze należy objaśnić przez powiększenie kąta przesączu i przez otwarczenie przedniej komórki, dzięki czemu ułatwia się wydalenie z oka płynu obfitującego w białko.

Sklerotomia przednia i tylna nie mają znaczenia leczniczego i nie są w stanie zastąpić irydektomii. Wycięcie górnego zwoju szyjowego

nerwu współczulnego może ograniczyć na czas pewien przesiąkanie białka ze krwi do przedniej komórki, taki skutek również dzięki zwężeniu się naczyń otrzymana się pod wpływem ezeryny i pilokarpiny.

W jaskrze chronicznej prostej, gdzie cierpi tylny odcinek oka, występują zmiany miażdżycowe w środkowej tętnicy siatkówki, więc i tu ma miejsce przedostawanie się białka przez zmienione ściany naczyń i tej to okoliczności należy przypisać wgłębianie się tarczy nerwu wzrokowego.

Teorię swoją autor opiera na odnośnych doświadczeniach, mianowicie wstrzykiwał do przedniej komórki oczu króliczych płyny zawierające białko, przez co wywoływał objawy jaskrowe.

S. Cetnarowicz.

122. Esteban Gineston. **Znieczulanie za pomocą somnoformu w okulistyce.** (Archivos de oftalmologia X. 1902).

Autor na podstawie własnych przypadków (125) zaleca stosowanie przy krótkotrwałych rękoczynach na gałce ocznej somnoformu—mieszanińę doktora Rolland'a, dyrektora szkoły dentystycznej w Bordeaux.

Mieszanina ta jest następującego składu:

Chlorek etylu 60.

Chlorek metylu 31.

Bromek etylu 5.

Stosowanie somnoformu nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa, zdaniem autora.

Działanie somnoformu jest szybkie—zwykle po czterech inspi-racjach następuje znieczulenie ogólne. Może być stosowanym, nawet po spożyciu pokarmów, bez obawy wymiotów.

Po dokonaniem znieczulenia chory nie odczuwa żadnego znużenia.

Wreszcie, znieczulenie można powtarzać kilkakrotnie z przerwami kilkuminutowemi.

S. Cetnarowicz.

123. Dr. H. Coppez. **Jequiritol.** (La clinique ophtalmologique № 2. 1903).

Autor chce zwrócić uwagę na środek leczniczy, wprowadzony w roku 1882 przez Wecker'a w celu leczenia ziaren jagliczych, a następnie ze względu na niebezpieczeństwo używania tegoż w okulistyce zupełnie niemal porzucony; środkiem tym jest jequirity (abrus praeatorius.)

W swoim czasie używane przy zmętnieniach rogówek (pannus) jagliczego pochodzenia pod postacią 2—5% wyciągu jequiryty do pędzlowania łącznicy, co wywoływało silny bardzo odczyn, dzięki któremu znikala łuszczyca jaglicza. Jednakże w wielu razach środek okazywał się niebezpiecznym dla oka, pod wpływem bowiem jequiryty występowało silne zapalenie gałki ocznej i nawet utrata

takowej. Nie więc dziwnego, iż środka tego zaniechano w celach leczniczych.

Ostatnimi dopiero czasy dzięki pracom Ehrlich'a, Calmettes'a, Delared'e'a, Sapersonne'a i Roemer'a, w szczególności zaś tego ostatniego, któremu powiodło się otrzymać surowicę antytoksyzną środka działającego jequirity-abryny, środek powyższy zyskuje znowu prawo obywatelstwa w lecznictwie okulistycznym.

Przeciwno więc jequiritolowi, środkowi otrzymanywanemu obecnie fabrycznie, autorowie wspomniani dali jequiritol-serum, otrzymanywane przez uodpornienie zwierząt za pomocą abryny.

Roemer, idąc śladami swych poprzedników, wykazał, podobnie jak to Behring uczynił dla błonicy, iż można dawki jequiritolu stopniowo powiększać bez obawy niebezpieczeństwa dla wzroku i zdrowia zwierząt i w ten sposób wywoływał szereg spraw zapalnych oczu. Stopniowanie dawek można doprowadzić do takiej, która uprzednio zastosowana mogłaby być zniszczyć oczy zupełnie. Zwierzę zatem wytwarza w swym organizmie antytoksyny jequirity-jequiritol-serum, surowicę, która daje możność osłabiania działania jequirity, stosowanego w jaglicy przy obszernych zmętnieniach rogówki (pannus).

Za jednostkę toksyczną abryny Roemer, podobnie jak Behring dla błonicy, uważa najmniejszą dawkę bezwarunkowo śmiertelną na jeden gram zwierzęcia, poddanego doświadczeniu. Śmierć zwierzęcia winna nastąpić w ciągu 3—4 dni. Dla myszy więc najmniejszą taką dawką jest 0,0000005 abryny, dla królika 0,00005.

Abryna wywołuje takież sam odczyn na łącznicy królika, jak i nastój jequirity; znosi, podług Roemer'a, bowiem łącznica królicza piątą część najmniejszej dawki toksycznej, inaczej 0,00001, po zastosowaniu której występuje na łącznicy charakterystyczny odczyn właściwy nalewce jequiiity, mianowicie zapalenie z fałszywymi błonami bez zmian ze strony rogówki. Z chwilą zniknięcia odczynu można znowu zastosować abrynę, jednakże w dawce większej od poprzedniej i t. d., w końcu można zastosować dawkę 10000 razy silniejszą od pierwotnej bez obawy utraty oka.

W celu mierzenia zdolności antytoksyicznej serum-jequiritol Roemer posługuje się zasadą Behring'a, mianowicie: za normalną surowicę uważa tę, której centymetr sześcienny neutralizuje śmiertelną dwudziestogramową dawkę myszy.

Istnieje pewien stały stosunek pomiędzy dawką toksyny a stopniem uodpornienia. Zwierzę, którego łącznica reaguje dopiero na 0,02 abryny, posiada surowicę o własnościach więcej antytoksyicznych, aniżeli to, na którego łącznicy już 0,001 wywołuje odpowiedni odczyn.

Uodpornienie można otrzymać tak przez zapuszczanie środka do worka łącznicowego, jako też i przez podskórne zastrzyknięcie, jednakże ostatni sposób jest szybszy i energiczniejszy. W pierwszym przypadku otrzymuje się najwyżej surowicę o 500 jednostkach, w drugim o 10000 jednostek.

Serum—jequiritol, wkroplone do worka łącznicowego, posiada

zdolność zapobiegania (profilaktyczną) wystąpieniu silnego odczynu przy stosowaniu jequiritolu, w celu zaś leczenia już istniejącej sprawy wywołanej na łącznicy stosowaniem jequiritolu, należy użyć dawki znacznie większej surowicy jequiritolu.

Wstrzyknięcie podskórne surowicy działa szybciej i pewniej od stosowania tejże pod postacią wkraplań do worka łącznicowego. W przypadkach ciężkich można stosować oba sposoby.

Co do sposobu działania antytoksyny należy przypuszczać, iż toksyna i antytoksyna, zmieszane *in vitro* zachowują się obojętnie w stosunku do siebie i nie posiadają bezpośredniego wpływu na siebie.

Buchner i Roux są zdania, iż antytoksyna bezpośrednio oddziaływa na komórki i uodpornia je przeciw toksynie. Ehrlich przypuszcza istnienie oddziaływania wzajemnego toksyny na antytoksynę drogą chemiczną: pewna grupa atomów toksyny odpowiada równej grupie antytoksyny i w ten sposób nasycone atomy stają się bezczynne w organizmie, inaczej przestają mu zagrażać.

W klinice prof. Coppez od wielu lat stosują leczenie jaglicy za pomocą jequirity, ostatnimi czasy, mianowicie od kwietnia roku ubiegłego około 100 przypadków jagieł poddano leczeniu za pomocą jequiritolu z zastosowaniem surowicy jequiritolu.

Sposób stosowania jequiritolu, dzięki firmie Merck'a, znacznie jest uproszczony. Firma ta bowiem przygotowuje gotowe pudełka, w których umieszczone są 4 ponumerowane kolejno flakony z jequiritolem, każdy flakon zawiera jeden centymetr sześcienny jequiritolu, każdy następny № jest 10 razy silniejszy od poprzedniego, tak, iż jedna kropla №-ru 4-go jest 1000 razy silniejszą w działaniu od kropli №-ru 1-go. Prócz tego w pudełku mieści się kilka buteleczek z surowicą jequiritolu i kropłomierz, pozwalający ściśle wymierzać jeden centygram sześciennego płynu.

Wkraplanie do worka łącznicowego № 1-go i 2-go jest prawie bezbolesne, № 3-ci i 4-ty wywołuje dosyć silne uczucie pieczenia na skutek coraz większej koncentracji gliceryny, jaką zawierają roztwory toksyny. W celu zmniejszenia przykrego uczucia pieczenia można przed zastosowaniem jequiritolu wpuścić kroplę roztworu 5% kokainy. Nie należy razem z jequiritołem stosować roztworów sublimatu, ten bowiem ścina toksalbumozy.

Pierwszego dnia zwykle stosują 10 miligramów №-ru 1-go i, zwiększając dawkę codziennie o 10 miligramów, dochodzą do 50 miligramów №-ru 1-go, poczem stosują także № 2 i następne do czasu wywołania odpowiedniego odczynu ze strony łącznicy, poczem po ustąpieniu objawów odczynu zaczynają znowu stosować jequiritol, jednakże już od odpowiedniej dawki №-ru, który wywołał odczyn.

№ 1-szy i 2-gi rzadko wywołuje odczyn, dlatego też Saffner, w celu skrócenia procedury, stosuje odrazu

20 do 40 miligramów	№ 1-go	po 12 godzinach
20 — 40	„	№ 2-go „ „ „
80	„	№ 2-go „ „ „
20	„	№ 3-go „ „ „

40	miligramów	N ^o 3-go	po 12 godzinach
80	"	N ^o 3-go	" " "
10	"	N ^o 4-go	" " "
20	"	N ^o 4-go	" " "

W ten sposób otrzymuje się już odczyn po 3—4 dniach.

Coppez po wielu próbach w swojej klinice stosuje jequiritol w sposób następujący:

1-go dnia	10 milgrm.	N ^o 3
2-go " "	20 " "	N ^o 3
3-go " "	30 " "	N ^o 3
4-go " "	40 " "	N ^o 3
5-go " "	10 " "	N ^o 4
6-go " "	20 " "	N ^o 4
7-go " "	30 " "	N ^o 4
8-go " "	40 " "	N ^o 4

Odczyn zwykle występuje na 3-ci dzień, zresztą u dzieci zwykle wcześniej, niż u dorosłych, w przypadkach zmętnienia rogówki pochodzenia skrofulicznego wcześniej, jak przy jagłach.

Co do ilości odczynów, jakie pragniemy wywołać, to zwykle jest to ściśle związane z przypadkiem podlegającym leczeniu; w cięższych przypadkach ilość odczynów będzie większa, w każdym razie dwa odczyny powinny wystarczać, do 3-ch należy się uciekać tylko w cięższych przypadkach. Pierwsze dwanaście godzin odczynu są dla chorego dosyć ciężkie, powieki silnie obrzmiewają, czasem obrzmienie rozpościera się i na sąsiednie części twarzy i gruczoły przyuszne, ze strony rogówki Coppez zmian nie zauważył nigdy. Objawy te zwykle do 24 godzinach znikają i chory czuje się dobrze.

Objawy te szybko ustępują przy stosowaniu serum-jequiritol, tak iż działanie surowicy przy wkraplaniu jej do worka łącznicowego rzeczywiście jest dla lekarza i chorego środkiem ważnym, gdyż dzięki niemu można odczyn dozować jakościowo.

Działanie jequiritolu jest także, jak nalewki jequirity, przewyższa je jednakże pod względem dozowania środka, dzięki czemu można w krótkim stosunkowo czasie, mianowicie w ciągu dni 12 osiągnąć zniknięcie zmętnienia (pannus) rogówki, owrządzeń teje i wyrównanie błony śluzowej łącznicy. Jest to rzecz niezmiernej wagi w przypadkach obstrzeń jaglicy, gdzie prawie żaden ze środków dzisiaj używanych w celu leczenia jaglicy nie może być ze względu na ostry charakter cierpienia zastosowanym.

Z chwilą, gdy po użyciu jequiritolu ostre objawy ustąpią, można skutecznie leczyć jaglicę, czy to za pomocą odpowiednich tuszowań, czy wycierań sublimatowych, czy wreszcie elektrolizy lub wyciskania ziaren.

Prócz własności leczniczych, do pewnego stopnia w jaglicy klasycznych, jequiritol posiada ogromny leczniczy wpływ, zdaniem Coppeza, w sprawach innych rogówki, jako to w zmętnieniach teje, w przyszykowych zapaleniach, w zapaleniu miąższowem, w łuszczyce pochodzenia skrofulicznego, przy tworzeniu się naczyń po oparzeniach tak na rogówce, jako też na łącznicy gałkowej, wreszcie w wielu po-

stacjach chronicznego zapalenia łącznicy połączonego ze łzawieniem i światłowstrętem. We wszystkich tych przypadkach nie należy uciekać się aż do wywoływania odczynu, wystarcza tu bowiem zupełnie stosowanie № 1-go pod postacią wkraplań do worka łącznicowego co dni kilka, a nawet raz na tydzień, przyczem chory może leczyć się ambulatoryjnie.

S. Cetnorowicz.

IV. Choroby gardzieli, nosa i uszu.

124. Kirchner. **Obrażenia uszu.** (Odbitka. Würzburg. 1901 r., stronie 27).

Znaczenie obrażeń uszu, powstałych bądź pośrednio, bądź bezpośrednio, powinno być, według autora, rozpatrzone z różnych punktów widzenia. Nie bacząc już na to, iż lekarzowi zazwyczaj przypada w udziale określić, w jakim stopniu ucierpiał słuch z powodu obrażenia, często też zbadać należy wpływ obrażenia na stan ogólny, gdyż w niektórych ciężkich przypadkach, nie tyle utrata słuchu, o ile wynikające ztąd zaburzenia w systemach krwionośnym i nerwowym podkopują zdrowie i mniej lub więcej wpływają na zmniejszenie się zdolności do pracy. Często też jest dość trudno warunki te ustalić i rozgraniczyć, tembardziej, że w niektórych przypadkach obrażeń uszu, które pociągają za sobą dochodzenie sądowe lub odszkodowanie na zasadzie ustalonych paragrafów kodeksu, słuch już przed wypadkiem znajdował się w upośledzeniu, i obrażenie w nieznacznym stopniu tylko lub wcale nie wpłynęło na pogorszenie słuchu.

Po tym wstępie K. rozpatruje oddzielnie obrażenia ucha zewnętrznego, środkowego i wewnętrznego. Co się tyczy pierwszych, często jest dość trudno, a w początkowych tygodniach zupełnie niemożliwe określić, jakie skutki pociągnie za sobą obrażenie kostnego przewodu słuchowego, i dopiero po tygodniach, miesiącach całych, po przejściu stanu zapalnego, jesteśmy w stanie ustalić stopień szkody, zrządzonej słuchowi.

Przy obrażeniach ucha środkowego K. zwraca uwagę na to, że chociaż zawsze pożądanem jest jaknajprędsze określenie miejsca przedziurawienia błony bębenkowej, formy i wielkości jego, wystrzegać się jednak należy przemywać ucha ciepłą wodą lub środkami antyseptycznymi dla celów dyagnostycznych. W razie bowiem przedostania się płynu, zupełnie obojętnego nawet do jamy bębenkowej, powstaje tam zapalenie reakcyjne z następczem ropieniem. Wskutek tego ograniczyć się należy do suchego i ostrożnego usuwania, pod kontrolą lusterka, skrzepów krwi, nabłonka i woszczku i w ten sposób błonę bębenkową obnażyć. Gdyby się jednak to nie udało, należy parę dni przeczekać jeszcze, póki skrzepy nie stwardnieją, a wtenczas z łatwością mogą być usunięte. Radzi się także, aby chory wstrzymał się od wszelkiej pracy, unikał wzruszeń, dbał o spokój i pozostawał nawet w łóżku.

Przebieg pęknięć błony bębenkowej, spowodowanych silnem zgęszczeniem powietrza, jest w większej ilości przypadków pomyślny. Przy zachowaniu ostrożności, zatkaniu i obandażowaniu ucha wata, zastosowaniu lodu na części miękkie w razie silnego bólu, przekrwienie błony bębenkowej ustępuje zazwyczaj po paru dniach, a przedziurawienie w przeciągu 3—4 tygodni, niekiedy i wcześniej, zarasta zupełnie. Więcej okrągłe otwory wymagają dłuższego czasu do zagojenia, często dwóch i więcej miesięcy.

Jeśli w ten sposób sprawa gojenia nie postępuje, na drugi dzień zazwyczaj objawia się zapalenie całej błony bębenkowej, przyczem ta ostatnia silnie krwawi i zdaje się być pokryta ciemnymi, krwawymi plamami. Jama bębenkowa przyjmuje także udział w zapaleniu i z niej wydostaje się często płyn surowiczy, krwawy i zmieszany ze śluzem. Bóle w uchu, głowie i skroniach, stukanie i dzwonienie w uchu stają się nie do wytrzymania. Stopniowo płyn surowiczy z ucha gęścieje, przyjmuje charakter ropny lub więcej śluzowy i wycieka z ucha bardzo obficie.

Nie jest od rzeczy zwrócić także uwagę na jedną jeszcze okoliczność, która zdarza się w przypadkach sądowych w razie, kiedy powstaje kwestya o ukaranie lub odszkodowanie za zrządzone uszkodzenie. Mianowicie, w przypadkach przewlekłych ropnych zapaleń ucha z przedziurawieniem błony bębenkowej, które przed wypadkiem nie były ani badane przez lekarza, ani leczone, ze strony poszkodowanych czynione są często próby przypisania obrażeniu ropienia, powstałego, według słów tychże osób, natychmiast po uszkodzeniu. Ucho zaś zawsze miało być niby zupełnie zdrowe. Tu trzeba mieć na uwadze, że w pierwszych dniach wydzieliła przy najniepomyślniejszym przebiegu obrażenia zawsze jest surowiczą i zabarwioną na czerwono, w niewielkim tylko stopniu z domieszką śluzu. Odwrotnie, w tychże sprawach ropnych, obrażenie pośrednie czy bezpośrednie wpływa bezwarunkowo szkodliwie na błonę bębenkową rozmiększona i przegniła z powodu ciągłego ropienia w uchu. W tych razach występuje bardzo silne krwawienie i zapalenie, przyczem nie tylko się słuch pogarsza, i tak jest upośledzony, lecz szkody doznaje i cały organizm z powodu najsilniejszych bólów głowy, dreszczów, gorączki i t. d., a nawet powstania zapalenia mózgu przy chorej już przedtem błonie i jamie bębenkowej.

Obrażenia nerwów słuchowych, jak wiadomo, mają przebieg wielce niepomyślny i zazwyczaj pociągają za sobą utratę słuchu.

Co się tyczy określenia stopnia zdolności do pracy, niekiedy po roku i dwu latach nawet nie jesteśmy w stanie wyrokować.

Przy najpomyślniejszym jednak przebiegu przeczekać należy z wydaniem opinii 4 do 6 tygodni.

Za uszkodzenie jednostronne słuchu, kiedy poszkodowany zwykłą mowę konwersacyjną może słyszeć w bliskości ledwo ucha lub na odległości 1 m., zdolność do pracy zmniejszoną zostaje o 10%, przy dwustronnem podobnem upośledzeniu—co najmniej o 25—30%.

W przypadkach obrażeń części błędnika lub złamań czaszki

występują zazwyczaj przed skargami na upośledzenie słuchu skargi na inne, ogólne zaburzenia w organizmie. Pomimo to w tego rodzaju przypadkach, choćby słuch znajdował się jeszcze w stosunkowo niezłym stanie, zdolność do pracy wykluczona jest na cały szereg lat, i ludzi podobnych uznać należy za zupełnie niezdolnych do pracy.

Alfred Heiman.

125. **Lauffs. Rhinitis gonorrhoeica u dorosłych.** (Sammlung Zwangl. Abhandl. Red. Bresgen, V, 11).

Autor podaje 2 przypadki Rhinitis gonorrhoeica przy jednoczesnym tryprze cewki moczowej. Pod mikroskopem w ropie z nosa znaleziono gonokoki. Wyleczenie nastąpiło po zakładaniu tamponów z 1% roztworu argoniny.

Alfred Heiman.

126. **Roy. 2 przyp. bardzo silnych krwotoków po wyjęciu wyrosli gruczołowych i migdałów.** (The Laryngoscope, luty, 1902).

W jednym przypadku u młodej kobiety usunięty został niewielki kawałek wyrosli gruczołowych przy znieczuleniu kokainą i wyciągiem z nadnercza. W 3 godziny po operacji nastąpił silny krwotok, który ustał dopiero, aż chora utraciła przytomność. Prawdopodobnie było to krwawienie zastępcze, gdyż około tego czasu oczekiwano peryodu, który nastąpił dopiero po ustaniu krwotoku.

Drugi przypadek dotyczył 4-letniej dziewczynki, u której za pomocą tonsillotomu usunięty został prawy migdał. Na 5 dzień po operacji nastąpił niebezpieczny krwotok, który ustał po bardzo dużych dawkach wyciągu z nadnercza per os.

(Byłem sam także świadkiem dość silnego krwotoku po wyjęciu kawałka vegetacji adenoidnych u mężczyzny 30-letniego. Kiedy wszystkie środki zatamowania krwotoku okazały się bezskutecznymi, kazano choremu położyć się na kanapie głową na dół (zdawałoby się przeciwnie) i po 15 minutach krwotok ustał.

Przyp. ref.)

Alfred Heiman.

127. **W. Lubliński. Przypadek przewlekłego rozlanego obrzęku skóry z zajęciem krtani.** (Berlin Klin. Woch. № 49, 1902).

U kobiety 52-letniej autor spostrzegł obrzęk na twarzy, szyi i karku, na górnych częściach piersi, łokci i dłoni, oraz na gołeniach i na kostkach. Z cierpieniem tem połączone były chropowatość w głosie i trudność w oddychaniu. Wogóle pacjentka była zawsze zdrową; szczególnie nerki, kilkakrotnie badane, zmian nie wykazały żadnych; obarczenia dziedzicznego nie było. Chorobę tę, trwającą od 3 miesięcy, poprzedzały jedynie zmartwienie i przepracowanie fizyczne. Obrzmienie zaczęło się od twarzy, w okolicach oczu; kiedy powstały

zaburzenia w głosie i oddychaniu, stwierdzić się nie udało. Skóra była w jednakim stopniu błądą, wilgotną i nieco zimną. Gruczoły limfatyczne powiększone nie były, jak i gruczoł tarczowy. Ciepłota ciała wahała się między 35,7^o i 36,2^o. Tętno było nieco zwolnione, miękkie i prawidłowe. W krtani znaleziono obrzęk, lecz bez zaczerwienienia; wejście do krtani i szczelina głosowa wydawały się z powodu obrzmienia zwężone; w tchawicy zmian nie znaleziono, jako też nie stwierdzono głębokiego wola. Struny głosowe i ich ruchy okazały się zupełnie prawidłowymi, jak i inne części ciała.

Arszenik, w postaci Sol. Fowleri, dawany stopniowo od 3 do 12 kropeł na dzień, wpłynął na zmniejszenie się obrzęku skóry, lecz na krtać pozostał bez wpływu. Po 2 miesiącach zaczęto stosować tabulę thyreoideae, z początku raz dziennie, później 3 razy po 0,3 gr. Obrzęk na błonie śluzowej zaczął się stopniowo zmniejszać, na skórze natomiast w pewnych miejscach się zmniejszał, w innych znowu powiększał. Ogółem chora zażyła 300 tabletek.

Dany przypadek pod względem dyagnozy pozostał niewyjaśniony, nie miał bowiem nic wspólnego ani z obrzękiem naczyniodruchowym Quinke-Strübing'a, ani z zapaleniem nerek, ani też z myxoedema. Autor przypuszcza, że zmartwienie i przepracowanie mogły być przyczyną tego cierpienia i tego rodzaju okoliczności mogły być wpływać na zmiany we krwi, na stosunek jednych tkanek do drugich i t. d.

Alfred Heiman.

128. Voss. **Cierpienia uszu u osób histerycznych.** (Zeitschr. f. Ohrenheilk. T. XL, 1).

Autor podaje różnolity obraz histeryi ucha, występujący w postaci hyperestezji i anestezji ze strony nerwów słuchowego i czuciowych, ciężkich bólów ucha, a nawet w postaci widocznego ostrego zapalenia ucha środkowego z nacieczeniem i obrzmieniem błony bębenkowej. V. opisuje dalej, jak chorzy histeryczni starają się cierpienia swoje przedstawić w powiększeniu, jak je symulują, w jak wyrafinowany sposób wywołują sztuczne zmiany obiektywne (wyciek z ucha, krwawienia, podniesienie się ciepłoty i t. d.) i jak nieprzepracowanie czynią próby do zmuszenia lekarza do różnych rękoczynów, a nawet operacyj.

O ile w danym przypadku stwierdzoną została łączność skarg chorego z histeryą, V. radzi nie przedsiębrać żadnego leczenia miejscowego, lecz skierować chorego do neurologa. V. ostrzega dalej przed niepotrzebnymi operacyjami w uchu, jak paracentezą błony bębenkowej, odlutowaniem wyrostka sutkowego i t. d., tak samo w nosie i jamie nosogardzielowej. Jeśli zaś operacyja u osób histerycznych okazuje się koniecznie potrzebną, należy ją wykonać bez długich namów i objaśnień ze strony lekarza.

W przypadkach t. z. „doszczętej operacyi“, według autora, nie nadaje się terażniejszy sposób postępowania pooperacyjnego z tamponowaniem rany ani dla dzieci, ani dla osób nerwowych, włączając

w to i histeryczne. Lepiej jest na 5 dzień po operacji tamponowanie przerwać i ograniczyć się do ostrożnego suchego oczyszczenia rany z nałożeniem zwyczajnego opatrunku. Przy cuchnącej wydzielinie można ewentualnie ranę przemyć.

Alfred Heiman.

129. Weiss. **W kwestyi zapobiegania zapaleniu uszu w odrze.**
(Wien. med. Wochen. 1902, № 52).

W cierpieniu błony śluzowej nosa organ ten staje się zatkanym, wskutek czego przy kaszlu, kichaniu lub wycieraniu nosa wydzielający się śluz może przedostać się przez trąbkę Eustachiusza do ucha środkowego i tam wywołać zapalenie. Ponieważ w odrze ma miejsce także nieżytowe zapalenie błony śluzowej nosa, przyczem wydzielina jest bardzo obfitą, W., aby zapobiedz wyżej wymienionym konsekwencyjom, starał się utrzymać nos chorego niezatkanym przez śluz. Na 18 przypadków, gdzie uwagi na nos nie zwracano, 27% zachorowało na wyciek ropny z ucha, gdy zaś zatkanie nosa było usunięte, ze 112 przypadków odry tylko 18,7% zapadło na uszy, później nawet liczba ta, dzięki ulepszeniu postępowania lekarskiego, zmniejszyła się do 6,6%.

Szprycowań nosa z dobrze zrozumiałych powodów autor nie stosował, natomiast przeprowadzał przez nos od przodu aż do tyłu długie i cienkie drewnienka, owinięte w watę i wysmarowane 1% żółtą maścią rtęciową i w ten sposób nos oczyszczał od śluzu. Ponieważ u małych dzieci szczególnie, tego rodzaju postępowanie napotykało na wiele trudności, przeto W. zaczął stosować wpuszczanie do nosa 1/2% roztworu azotanu srebra w sposób następujący: umoczywszy płynem kawałki waty, zakładał je do obu otworów nosa i skrzydła nosowe przyciskał jedno do drugiego, wskutek czego, przy leżeniu chorego na wznak, płyn przedostawał się w głąb nosa. Codzienne stosowanie pierwszego lub drugiego sposobu wpłynęło w rezultacie na zmniejszenie liczby zapaleń ucha środkowego z 27,7^o do 18,7%, przy czterokrotnem zaś na dzień stosowaniu liczba ta spadła do 6,6^o

Alfred Heiman.

130. Bruck. **Sposób usuwania przemijającego rumienia** (erythema) **nosa.** (Allg. med. Zentral-Zeitung № 53, 1902).

Przemijające, występujące nagle zaczerwienie nosa daje się z łatwością usunąć, lub w każdym razie zmniejszyć po zastosowaniu benzyny (najlepiej Benzinum Petrolei). Zarazem ginie i połysk na skórze nosa, często towarzyszący rumieniowi. Na miejsce zaczerwienione kłaść należy odpowiedniej wielkości kawałek gazy (hydrophiles Mull), kilkakrotnie złożonej i zmoczonej w benzynie, przyczem, mocno ją przyciskając, potrzymać nie więcej nad parę sekund. Z powodu zapalności benzyny należy zwracać uwagę na bliskość płomienia.

Alfred Heiman.

V. Wiadomości terapeutyczne.

131. Fürth. **Zachowywanie ostrożności przy stosowaniu preparatów z nadnercza.** (Deutsche Med. Wochen. 1902. № 43).

Z powodu otrucia w jednym przypadku po zastosowaniu suprareniny, F. zwraca uwagę, że te z preparatów nadnercza, które podnoszą ciśnienie krwi, jak suprarenina, adrenalina i t. p. są w wysokim stopniu środkami trującymi. Preparaty te, jak wiadomo, dotychczas dawały w praktyce ryno-laryngologicznej jaknajlepsze pod każdym względem wyniki, pomimo to zwracać należy baczną uwagę przy ich stosowaniu, gdyż własności trujące substancyj tych nie czynią ich zupełnie bezpiecznymi. „Bardzo wypadaloby żałować, gdyby się zdarzały wypadki otrucia przy stosowaniu preparatów z nadnercza“, powiada F., tembardziej, że zbyt wczesnie zdyskretowane zostałyby te, tak cenne pod względem leczniczym, środki“. F. podaje dalej szereg prac, w których jest mowa o własnościach trujących samej substancji nadnercza, wywołującej zwężenie naczyń i wzmoczenie ciśnienia krwi. W pewnych okolicznościach wystarczają najmniejsze dawki, aby wywołać u zwierząt otrucie, przebiegające w postaci ciężkich powikłań ze strony systemów krwionośnego i nerwowego, a także dróg oddechowych. Zwracać także należy uwagę, aby środki te nie dostawały się wprost do światła żyły, gdyż przypadki te należą do bezwarunkowo niebezpiecznych.

Alfred Heiman.

132. G. Frank Lydston. **Znaczenie środków niespecyficznych w terapii przymiotu.** (Podług streszcz. w Monatshefte für prakt. Dermatol. Band 35, № 1).

D-r Lydston z Chicago zwraca uwagę na zbytnią jednostronność w stosowaniu u chorych na przymiot środków specyficznych z pominięciem innych leków, bez których pomocy same specyfiki, t. j. rtęć i jod, nie wywierają pożądanego skutku. Również uboczne a niepożądane wpływy specyfików (*stomatitis, iodismus*) dają się uniknąć przy odpowiedniej kontroli nad czynnością narządów wydzielniczych. Ważną w tych razach rolę odgrywa woda gorąca, stosowana zewnętrznie (kąpiele) i wewnętrznie (napój). O ile kąpiele gorące wzmacniają działanie rtęci i ułatwiają jej wchłanianie, o tyle znowu obfite użycie wody gorącej jako napoju jest znakomitym środkiem pomocniczym przy leczeniu rtęcią, głównie zaś jodem.—W przypadkach ciężkich, kiedy rtęć i jod nie dają wyników pożądaných, a nawet źle wpływają na przebieg choroby, można stosować z powodzeniem cztery razy dziennie po 0,6 kal. *chlorici* w dużych ilościach wody. Środka tego nie można bynajmniej nazwać specyfikiem, działa on jednak znakomicie, zwłaszcza w cierpieniach błon śluzowych jamy

ust i gardzieli. W dalszym ciągu wymienić należy preparaty żelaza i chinu, którymi można nieraz z powodzeniem zastąpić nawet rtęć i jod, o ile specyfiki te zawodzą. Arsenik można zalecić nie tylko chorym osłabionym i wycieńczonym chorobajako lek samodzielny, lecz nadto jako środek pomocniczy, zwłaszcza przy leczeniu jodem. Kombinacya jodu i arseniku tam zwłaszcza godną jest polecenia, gdzie chorzy źle znoszą jod.—Nakoniec należy wspomnieć o środkach, które mogą — w razie potrzeby — podtrzymać codzienne dobre wypróżnienia, co stanowi niezbędny warunek dla prawidłowego leczenia.

Fr. G-yc.

133. H. G. Klotz. **Leczenie ostrej i podostrej rzeżączki przedniej części cewki moczowej.** („Die Behandlung der akuten und subakuten Blennorrhoea anterior mit rückläufigen Einspritzungen stärkerer Silberlösungen.“—Archiv für Dermatol. und Syph. 1902. Band 60, Heft 3).

Stosując przemywania cewki moczowej rozcżynami sublimatu, nadmanganianu potasu i azotanu srebra, spostrzegł autor, że każdy z tych płynów działa skuteczniej na przebieg choroby, a mniej drażni cewkę, jeżeli przy szprycowaniu nadać mu kierunek nie z przodu ku tyłowi (jak się to zwykle robi), lecz odwrotny, t. j. od głębszych części cewki ku jej otworowi zewnętrznemu. W tym celu posługuje się autor szprycą U l t z m a n n'a lub też inną, podobną do macicznej szprycy B r a u n a, tylko o większych rozmiarach. Otwór w zakończeniu szprycy (w oliwce) powinien być z boku, by zapobiedz przedostawaniu się leków do tylnej części cewki. W przypadkach świeżych płyn leczniczy powinien się dostać mniej więcej do połowy *partis pendulae* prącia, w starszych—dalej (*ad bulbum*). Szprycowanie odbywa się w ten sposób, że koniec szprycy, napelnionej lekiem, wprowadzamy do cewki; kiedy koniec ten znajdzie się już *in fossa naviculari*, wtedy zaczynamy wstrzykiwanie leku, wypuszczając go po kropli przez zaciśnięty palcami otwór zewnętrzny cewki i jednocześnie posuwając z wolna koniec szprycy do żądanej głębokości.

Jeżeli przeto zgłosi się do nas chory w pierwszych kilku dniach po nabyciu choroby, kiedy jeszcze objawy zapalne nie są zbyt silne, możemy zaraz przystąpić do pierwszego przemycia cewki, używając do tego Argent. nitr. 0,25—0,50%, Protargol. 2—4%, Albargin. 2—5% i starając się, by płyn był wstrzykiwany w miejscu, oddalonym o 8—10 ctm. od wylotu cewki. Zwykle bywa lepiej użyć do pierwszego szprycy rozcżynów nieco słabszych i gdy te nie wywołują zbyt silnego pieczenia, dopiero wtedy wstrzyknąć następną szprycę leku mocniejszego. Płyn należy zatrzymać w cewce przez kilka minut. Tegoż dnia na noc może chory sam sobie zrobić dodatkowo zwykłe szprycowanie. Nazajutrz i na trzeci dzień manipulacye opisane, t. j. jedno szprycowanie głębsze i od tyłu,—idące lapisem, drugie zaś zwykłą szprycą powtórzyć. Na czwarty dzień chory robi sobie trzykrotnie szprycowanie zwykłe. Piątego dnia znowu szprycowanie lapisem i t.

d. Już w siódmym dniu wszelkie leczenie należy przerwać dla przekonania się, czy choroba—być może—jest już usunięta. Jeżeli tak, można na wszelki przypadek raz jeszcze powtórzyć zastrzyknięcie azotanu srebra i odtąd już wszelkie leczenie przerwać.

Oprócz lapisu używał autor do leczenia, w sposób tu podany, albarginy 2-procentowej; z 15-tu chorych u 11-tu leczenie trwało tydzień tylko, a zastrzyknięcie albarginy wypadło zrobić u każdego chorego przeciętnie po cztery. Nieraz się zdarzało, że już po trzech dniach wyciek z cewki ustawał i nie wracał.

Za wyleczonych uważa autor chorych, u których, pomimo przerwania leczenia i powrotu ich do zwykłej diety, ani gonokoki, ani wyciek nie wracają. Co zaś do nitek, to im nie przypisuje Klotz zbyt wielkiego znaczenia i twierdzi, „że w wielu przypadkach nitek usunąć nie możemy, a próby pokonania ich często przynoszą więcej szkody nawet, niż korzyści, że obecność nitek nie wywiera bynajmniej złego wpływu na stan zdrowia ani mężczyzny, ani kobiety, z którą mężczyzna ten będzie pozostawał w szosunkach płciowych, nawet wtedy, gdy nitki te oprócz nabłonków będą zawierały w niewielkiej ilości ciała ropne“. (Pogląd niezgodny z obecnym stanem wiedzy naszej. *Przyp. spraw.* Fr. Gyc.

134. Pynchon. **Masaż pneumatyczny.** (The Laryngoscope, maj, 1902).

W cierpieniach ucha środkowego daje najlepsze wyniki masaż w wolnym tempie (30—90 obrotów tłoku na minutę), przy zajęciu błędniaka w prędkim (do 300 i więcej obrotów).

Alfred Heiman.

135. Alt. **Podskórne wstrzykiwania parafiny.** (Monatsschr. f. Ohrenheilk. № 9, 1902).

Autorowi udało się zasklepić w wyrostku sutkowym otwór, wielkości bobu, po operacji cholesteatomatu za pomocą podanych przez Gersuny wstrzykiwań białej wazeliny (Ungu. paraff. o punkcie topienia 36—40°). U tegoż pacyenta, powstałe z powodu zapalenia chrząstki (perichondritis), zdeformowanie muszli w ten sam sposób poprawione zostało. Reakcyja po wstrzykiwaniach była nieznaczna.

Alfred Heiman.

137. (hul) **Combustio.**

Wychodząc z założenia, że w przypadkach bardzo obszernych oparzeń śmierć następuje tem szybciej, im większą jest powierzchnia dotkniętej cierpieniem skóry,

Weinberg wyprowadził wniosek, że, po oparzeniu skóry, zakażenie wywołane zostaje nie przez jad, wytworzony w następstwie oparzenia wewnątrz organizmu, jak przypuszcza większość auto-

rów, lecz przez toksyny powstałe w skórze. Dlatego w przypadkach tego rodzaju próbował on usuwać uszkodzoną skórę, ażeby w ten sposób zniszczyć źródło zakażenia. W wielu przypadkach oparzeń bardzo rozległych, w których W. stosował ten sposób leczenia, połączony lub też nie z zastrzykiwaniami podskórnymi rozczywnu fizyologicznego chlorku sodu, udawało mu się przedłużyć życie chorego o kilka dni, a nieraz nawet otrzymać wyleczenie kompletne. Rozumie się, że wycięcie skóry oparzonej winno być zastosowane wkrótce po wypadku, w przeciwnym bowiem razie pomoc jest spóźnioną, gdyż znaczna ilość toksyn znalazła już czas na wessanie. Opierając się na swych doświadczeniach, W. sądzi, że w przypadkach oparzeń trzeciego stopnia, zajmujących najwyżej szóstą część całej powierzchni skóry, zastrzyknięcia surowicy sztucznej same przez się mogą wystarczyć do zapobieżenia śmierci, w razie zaś rozleglejszych oparzeń skóry należy usunąć uszkodzoną skórę i następnie stosować zastrzykiwania sztucznej surowicy; połączenie dwóch zabiegów tem więcej daje szans powodzenia, im uszkodzenia są mniej obszerne. W przypadkach oparzenia drugiego stopnia zastrzykiwania surowicy sztucznej były w ogólności wystarczające do wyleczenia. (La Sem. Méd., 1902, № 46).

138. (hul) **Erysipelas.**

W cierpieniu tem Tregubow poleca działanie płomienia. Zapalony kawałek waty, po zmoczeniu go spirytusem, przeprowadza się nad chorą okolicą skóry w odległości 1 ctm., dopóki nie wystąpi ból. Zabieg ten, wywołujący oparzenie pierwszego stopnia, powta-

rzać należy 2—3 razy w ciągu dwóch dni. (Deutsche Med. W., 1902).

139. (hul) **Ulcera varicosa.**

Środki, zalecane na wrzody żyłakowe, działają po większej części powoli i dają w końcu bliznę mało odporną; oprócz tego przy stosowaniu ich radzi się choremu unikać ruchu. Leróy w cierpieniu tem zaleca opatrunki, wolne od powyższych stron ujemnych; sposób ten opisany został przez Maury'ego. Z samego początku zanurza się na pół godziny w ciepłym rozczywie 2% formaliny siedem słabo krochmalonych muślinowych bandaży, 5 metrów długości i 7 ctm. szerokości; następnie, po mocnem wyciśnięciu, macza się je w preparacie klejowym o formułce:

Wody wrzącej 180 grm.

Gliceryny czystej 100 grm.

Kleju białego 50 grm.

Tlenku cynku 40.

Preparat ten przed użyciem winien być zamoczony w gorącej wodzie aż do czasu przyjęcia półpłynnej konsystencji. Choremu w leżącym położeniu namydla się i naciera się szczotką goleń od palców aż do kolana, używając do tego dobrze ciepłej wody; następnie wrzód i goleń myje się rozczywnem formaliny i, po mocnem wytarciu suchymi, sterylizowanymi kompresami, okręca się przyrządzonymi w sposób wspomniany bandażami, zaczynając od podstawy palców i dochodząc do kolana. Po upływie pół godziny, w ciągu którego to czasu goleń stale jest wyciągnięta, opatrunek wysycha i tworzy rodzaj elastycznego buta, bardzo giętkiego i równomiernie uciskającego nogę bez wywołania najmniejszego bólu. Jeżeli wrzód jest duży i wywołuje obfite ropie-

nie, opatrunek winien być zmieniany co 5 dni, wraz z owrzodzenia mniejszego i bez znacznego ropienia, zmiana opatrunku co tydzień jest wystarczająca. Leroy i Maury zalecają przytem ruch umiarkowany i stopniowany odpowiednio do wielkości owrzodzenia, co przyspiesza osłabiony krwiobieg i sprzyja przywróceniu normalnego czucia. Pod wpływem tego leczenia zabliznienie

owrzodzeń następuje w czasie od 8 dni do 2-eh miesięcy, blizna zaś jest gruba, elastyczna i odporna. Opatrunki omawiane mają nadto tę zaletę, że nie dopuszczają do zakażenia wrzodu oraz usuwają ból, swędzenie i drapanie. Cenne one są szczególnie w klasie robotniczej, pozwalają bowiem choremu oddawać się większej części swych zajęć. (La Sem. Méd., 1902, № 45).

VI. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie nadzwyczajne kliniczne d. 17/XII 1902 r.

I. Orzeł przedstawił 2 dziewczynki dotknięte zapaleniem gruźliczem otrzewny, a wyleczone zastrzykiwaniem sterylizowanej zawiesiny jodoformowej. Metodę tę O. stosuje od 2-eh lat, zawsze z dobrym wynikiem, pomimo, że niekiedy zastrzykiwał do 4,0 jodoformu.

II. Moraczewski Wacław (Lwów) wygłosił I-szą część odczytu swego: „Chemia fizykalna w zastosowaniu do medycyny“.

Na wstępie autor podnosi wpływ fizyki na rozwój chemii i przytacza przykłady działania sił fizycznych w sprawach chemicznych. Następnie uzasadnia teorię rozczyńców; wychodząc z założenia, że ciała stałe zachowują się, jak gazy, — wyprowadza prawa Gay-Lussac'a i Mariotte'a. Dalej podaje sposób mierzenia stanu rozszczepienia przez przewodnictwo elektryczne i podaje różnicę pomiędzy elektrolitami i anelektrolitami. Wreszcie, wykazuje jednolitość praw, rządzących procesami fizyologicznymi i chemicznymi, wyprowadza prawo zależności stężenia od czasu trwania reakcyi i t. p.

Posiedzenie nadzwyczajne kliniczne d. 20/XII 1903 r.

Moraczewski (ze Lwowa) wygłosił drugą część odczytu p. t.: „Chemia fizykalna w zastosowaniu do medycyny“.

W drugiej części odcz tu mówił prelegent o zastosowaniu praw, wyprowadzonych poprzednio, do higieny, chirurgii, fizyologii chłonięcia, wydzielania, wzrostu i mnożenia się. Dalej mówi o wpływie tej teoryi na sposoby badania klinicznego, o oznaczaniu ciśnienia osmotycznego krwi i moczu, o oznaczaniu punktu krzepnięcia. Wreszcie, autor poddaje krytyce dotychczasowe wyniki, zarzucając niezupełność i zalecając badanie elektryczne chemiczne, jako uzupełniające. Autor podnosi doniosłość tych badań dla medycyny.

Posiedzenie kliniczne d. 30 grudnia 1902 r.

I. W. Męczkowski przedstawia dwóch chorych, dotkniętych *obwodowym porażeniem nerwu podjęzykowego*. U pierwszego chorego sprawa powstała na tle przymiotu dziedzicznego (6-letni syn chorego od 1-go roku życia dotknięty jest tak samo, jak i ojciec, lewostronnem porażeniem języka). W drugim przypadku, jako przyczynę, podejrzewać można próchnienie kości.

Wogóle, wśród przyczyn tego cierpienia wymienić należy cierpienia w tylnej jamie czaszkowej (guzy, wysięki, wylewy krwawe i t. p.), tętniaki a. vertebralis, przymiot i caris kości, zwłaszcza w foramen condyloideum antelius, wreszcie zwłknięcie górnego kręgu szyjowego, złamanie czaszki na podstawie.

II. L. Lubliner i H. Oderfeld demonstrują 10-letniego chłopca po radykalnej operacji złośliwego nowotworu jamy nosogardzielowej (fibrosarcoma—stwierdzone przez Steinhause).

O. zastosował metodę, którą przez Lanza'a ogłosił Kocher, a mianowicie w pozycji ze zwieszoną głową, O. przeciął wargę górną pionowo w linii środkowej, następnie przeciął fałdy błony śluzowej, oddzielającej jamę ustną od otworów nosowych; rozcięcie twardego i miękiego podniebienia w linii środkowej wraz z kością również w linii środkowej. Następnie dużym dłutem jednym cięciem przepiłowano processus alveolaris górnej szczęki od apertura nasalis skośnie ku dołowi, naprzód z prawej strony, a następnie z lewej strony. Ostrymi hakami odsunięto na bok oba kostne płyty, trzymające się tylko na błonie śluzowej. Krwawienie było bardzo umiarkowane. Wobec łatwego dostępu guz usunięto doszczętnie, a dno na stropie wypalono Pacquelin'em. Rana i płyty kostne przyrosły dokładnie; niema żadnego zniekształcenia; po 2-ch miesiącach niema nawrotu. Enuresis nocturna, na którą cierpiał chłopiec poprzednio, po operacji ustala zupełnie.

III. Rzętkowski wygłosił odczyt p. t. „O wpływie pocenia się na skład krwi“.

Mówca na zasadzie badania ciśnienia naczyń obwodowych oraz badania składu krwi u poddanych ogrzewaniu dużej powierzchni ciała osobników wypowiada następujące wnioski: 1) występujące pod wpływem ogrzewania dużej powierzchni ciała rozluźnienie naczyń powoduje dopływ cieczy pozanacyniowej do układu krwionośnego; 2) ilość tej cieczy może przewyższać ilość wody, jaką krew utraciła, skutkiem czego ciężar gatunkowy surowicy oraz krwi całkowitej może wykazywać nie zgęszczenie, ale rozwodnienie krwi, pomimo znacznych ilości wydzielonego potu; 3) dopływ cieczy pozanacyniowej do układu krwionośnego powoduje wzmożone dostarczanie czerwonych krążków krwi ze strony narządów krwiotwórczych do układu krwionośnego, zdążające do przywrócenia normalnego stosunku elementów krwi komórkowych do części jej płynnych, który został chwilowo zakłócony przez powiększenie się ilości tych ostatnich.

W dyskusji J. Piotrowski zapytuje prelegenta, jakich chorych badał i jakie stosował metody badania. P. sądzi, że metoda

Hammerschlag'a w oznaczaniu ciężaru gatunkowego krwi nie jest zbyt dokładną i dla tego nie można polegać na danych przy jej pomocy otrzymanych. Dokładniejszą jest bezsprzecznie metoda wagowa, bądź za pomocą pyknetru Schmatz'a, bądź przez wysuszenie. O zgęszczeniu krwi, zdaniem P., nie może być tu mowy. Aby wywołać rzeczywiste zgęszczenie krwi, potrzeba na to bez porównania znaczniejszej utraty wody z ustroju, niż to miało miejsce w doświadczeniach R.

Luxenburg sądzi również, że metoda wagowa ścisłością o wiele przewyższa metodę Hammerschlag'a.

Kopczyński St. zapytuje prelegenta, czy uwzględnił w badaniach swych wpływ światła z lampek elektrycznych, które wpływa na zmiany krwi, a specjalnie na tworzenie się czerwonych krążków, jak to twierdzi wielu badaczy.

Białobrzęski zaznacza, że przed 4 lata poddawał 18 chorych z artrytyzmem poceniu się w „suchych“ wannach, badał szczegółowo ich krew przed rozpoczęciem leczenia, podczas i przez tydzień po ostatniej wannie i wyraźnych zmian w składzie krwi zauważyć nie mógł.

Rzętkowski odpowiada Piotrowskiemu, że osobniki, użyte przezeń do doświadczeń, chociaż niezbyt dobrze odżywiane, należały do normalnych, że metoda Hammerschlag'a w danym razie okazała się praktyczniejszą, niż inne i łatwiejszą, że żadnych trwałych zmian u osobników poddawanych kilkakrotnie poceniu się nie zauważył.

Luxenburgowi odpowiada Rzętkowski, że wobec szybkości, z jaką musiał wykonywać spostrzeżenia, metoda wagowa określania ciężaru gatunkowego krwi całkowitej i surowicy—jakkolwiek bezwzględnie najściślejsza, wydała mu się mniej praktyczną, niż metoda Hammerschlag'a.

Kopczyńskiemu Rzętkowski odpowiada, że w jednym spostrzeżeniu zwracał uwagę na ewentualny wpływ światła i mógł stwierdzić, że światło nie odgrywa tu żadnej roli, tylko ciepło.

M. Bornstein.

VII. BIBLIOGRAFIA.

Nie należy do naszych zadań pilniejszych śledzenie za literaturą popularną. Niemożemy wszakże wstrzymać się od uwag, jakie narzęca artykuł o higienie w Poradniku dla samouczków, cz. I, wyd. 2-gie, którego egzemplarz wpadł nam w rękę.

Wydawnictwo to należy w ogóle do najpoważniejszych dzieł popularnych u nas, i wydawcy, nie szcędząc zachodów, aby istotną korzyść nieść mogło społeczeństwu, udają się do pierwszorzędnych sił o współpracownictwo. Nie można mieć im też za złe, że udali się po dział higieniczny do profesorów uniwersytetu Jagiellońskiego: Buj-

wida i Kostaneckiego, z których ostatni, acz—anatom, dla powagi zyskał w nauce i kontrasygnowaniem samem rozprawy do zaufania w niej publiczności mógł się przyeznić. Niestety, wielki zawód spotkał szanownych wydawców i powinni w nowem wydaniu skwapliwie rzecz naprawić: dział bowiem higieniczny w Poradniku dla samouków radzi nieuetwem (sic!)

Cała higiena, tak ważny, tak areyważny przedmiot dla samouków, zawartą została w 15 stronach, a ileż krzyżujących herezyi na tak małej przestrzeni!

Zaczyna się rzecz od jakiegoś niezrozumiałego rozumowania, że w klasycznej starożytności kwitła wprawdzie higiena, ale była „wypływem potrzeb państwowych“ i nie stała w żadnym stosunku do wiedzy przyrodniczej w ogóle, a do medycyny w szczególności i dlatego upadek kultury w wiekach średnich zniszczył ją z łatwością, i dopiero zarazy wielkie, pomory, złączyły ją z medycyną, której stała się nieodłączną częścią. Co to ma oznaczać? I załóż nie wiadomo autorom, że higiena właśnie odwrotną drogą kroczyła. Czyż Hippokrates nie był uosobieniem łączności higieny z medycyną, Hippokrates, który do ostatnich epok rozwoju higieny i medycyny stoi na szczycie tych nauk. Czyż nie to samo powiedzieć się da o innych sławnych higienistach czasów starożytnych i średnich wieków: o Celsie, Galenie, Parle z Egiptu arabów i innych, nie wyłączając naszych: Macieja z Miechowa, Siennika, Petryczych i t. d. Niech spojrzą autorowie na tytuł dzieła Bright'a z r. 1598, który brzmi: „Hygienia id est, De sanitate suenda, medicinae pars prima“ i niech zrozumieją, że właśnie wszystkie te dzieła aż do ostatniego wieku opierały się na medycynie, a właśnie dopiero od stu lat mniejwięcej higiena w miarę rozwoju nauk społecznych i technicznych zaczęła się wyodrębniać, usamodzielniać i dziś już do medycyny raczej się odnosi jak całość do części, niż odwrotnie.

Ale nie w tem jeszcze upatrujemy herezyę, to świadczy jedynie o braku poglądu ogólnego na sprawę; lecz cóż się dzieje ze szczegółami?

Z kilkudziesięciu rozpraw higienicznych, które polecają autorzy, lwią część przypada naturalnie na dzieła Bujwida; o wściekłościźnie bardzo wiele poleca autor studyów, ale za to o takich drobiazgach, jak np. żywienie ludu (Cybulski, Udziela, Peltyn, Prószyński) ani słowa. Poleca się Lubelskiego „Małżeństwo pod względem fizyologicznym“ które, według autorów, wyszło w r. 1899, a w istocie wyszło ono o kilkadziesiąt lat wcześniej i autor od wielu lat już nie żyje, a za to innych dzieł popularnych o higienie małżeństwa, pielęgnowaniu noworodków i t. p. wyszło przez ten czas bardzo wiele, lecz Bujwid nie miał czasu wyszukać tytułów. Wie dr. Bujwid, że wychodzi „Zdrowie“, jedyne polskie pismo higieniczne, lecz nie wie, kto redaguje to pismo i podaje nazwisko redaktora, który nigdy nie redagował „Zdrowia“ i nawet nie pracował na polu higieny. Podaje autor tytuły czasopism higienicznych niemieckich, ale nie podaje najważniejszego „Vierteljahrschrift für öffentliche Gesundheitspflege“, podaje tytuły pism francuskich i dodaje, że przeznaczone są dla spe-

cyalistów tylko, a za to przystępnego pisma francuskiego i organu „Société française d'Hygiène“, „Journal d'Hygiène“ nie wymienia. Podaje też Podręcznik Hygieny Weyla, nie bardzo przystępny dla samouczków choćby dlatego, że siedemdziesiąt rubli kosztuje, ale za to nie wymienia podręczników w rodzaju Arnoult, Nowaka i innych. W ogóle, literatura jest zgromadzona z pamięci, nb. nie obarczanej materyałami i razi zarówno nieuctwem, jak lekceważeniem poważnego zadania książki i zaufania wydawców.

D-r W. Z. **Szkodliwość środków sztucznej niepłodności.** Warszawa, nakładem ks. T. Paprockiego i S-ki. 1903.

Jest to szkic popularny, wykazujący dobitnie, jaką szkodę przynosi zarówno mężczyźnie, jak i kobiecie stosunek nieprawidłowy. Rzecz napisana dostępnie i powinna być zalecana przez lekarzy dla wszystkich małżonków.

Czasopisma polskie w Lutym¹⁾.

Anat. patol. Steinhaus. Nabłoniaki, powstałe z nabłoniaka kosmówki u mężczyzn. M. 7.

Patologia ogólna. Sieberowa. Badania i poglądy prof. Marcelgo Nenckiego, dotyczące się barwnika krwi. G. L. 6. Moraczewski. O jednoczesnym wydzielaniu nadmiernej ilości indykanu i szczawianów w [moczu ludzkim. K. L. 3. Rzętkowski. O wpływie silnego pocenia na skład krwi. M. 6.

Medycyna wewnętrzna. Popielski. O sposobie działania wysoku na czynności gruczołów trawieńcowych. P. L. 6. Nowotny. W sprawie rozpoznawania tętniaków. P. L. 6. Bujwid i Geitler. Wyniki badań nad surowicą przeciwpaciorkowcą. P. L. 7. Wobr. Czynniki lecznicze przewlekłej gruźlicy płuc. P. L. 7. Biernacki. Sprawność lecznicza żelaza. P. L. 9. Frackiewicz. Woda Króścińska. M. 7. 8. Behrens. Przyp. ucisku klatki piersiowej i brzucha. M. 6. Puławski. W. Przycz. do leczenia błonicy surowicą swoistą. C. L. 2.

Choroby nerwowe. Bucelski. Cierpienia układu mózgodzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący. G. L. 6, 7, 8, 9. Zenczykowski. Przyczynę do zaburzeń mowy. K. L. 3. Rychliński. Dwa przypadki meningitis circumscripta i jeden Encephalitis diffusa. N. L. 2.

Chirurgia. Jakimia k. Przypadek obustronnego podkrukowego wywichnięcia ramion. M. 7. Niedzielski. O mięsakach

¹⁾ *Skrócenia:* P. L.—Przegląd Lekarski. P. A.—Polskie Archiwum. G. L.—Gazeta Lekarska. P. Ch.—Przegląd Chirurgiczny. N. L.—Nowiny Lekarskie. K. L.—Kronika Lekarska. M.—Medycyna. Z.—Zdrowie. C. L.—Czasopismo Lekarskie. P. T. L.—Pamięt. Tow. Lek. Kr. L.—Krytyka Lek. P. H.—Przegląd Hygieniczny. P. O.—Przegląd Okulistyczny.

sutki. K. L. 3. Jasiński. O torbielach wychodzących z trzustki. P. L. 8, 9.

Choroby weneryczne. E. Borzęcki. Rzeżączka u mężczyzn. M. 7, 8, 9. Halle i Motz. O gruźlicy cewki przedniej. G. L. 9. Lenartowicz. Przyczynę do niezwykłego umiejscowienia parchy. P. L. 8, 9.

Choroby oczu. Strzemiński. 2 przyp. zwyrodnienia pierścieniowatego siatkówki. P. O. 1. Bałlaban. Mięczak zaraźliwy. P. O. 1.

Akuszerya. Mars. Kilka uwag w sprawie wykonywania zabiegów operacyjnych. P. L. 6.

Choroby krtani i ucha. Wróblewski. Powikłania zdarzające się przy usuwaniu migdałków. G. L. 7, 8. Dudrewicz. K. Powikłania spraw ropnych ucha środkowego. K. L. 3, 4.

Hygiena. Załęski. Ruch ludności m. Warszawy w ciągu lat 20. G. L. 6, 7. Sokołowski. O poprawie losu suchotników Z. 2. Erbrich. Badanie bakteryologiczne kart szpitalnych. Z. 2. Stolzman. Wynik badań bakteryologiczno-chemicznych powietrza sal szpitalnych. Z. 2. Rosner. Chorobliwość i śmiertelność we Lwowie w r. 1902. P. H. 2.

Varia. Hoyer. O pracowniach naukowych. Kr. L. 2. Rozenfeld. W sprawie leczenia niepłodności. C. L. 2.

VIII. ODCINEK.

W sprawie reformy pomocy akuszeryjnej oraz wyszkolenia akuszerki.

(Według przemówienia w d. 7 lutego r. b. w wydziale higieny ludowej
Warsz. Towarzystwa Hygienicznego).

Napisał

Dr Józef Jaworski.

Niedawno opracowany w sferach odnośnych projekt zreformowania szkół akuszerki, zasadniczo zmienia, przynajmniej u nas, a właściwie znosi typ akuszerki, zwanej babką wiejską i wprowadza na jej miejsce akuszerkę II stopnia. W ten sposób będą akuszerki I stopnia, t. j. te, od kórych przy wstępowaniu do szkoły, wymagalne jest świadectwo z ukończenia gimnazjum żeńskiego, a do warszawskiej szkoły z 4-ch klas gimnazjalnych. Powtóre, akuszerki II stopnia, osoby pragnące uzyskać ten tytuł, który nie ogranicza ich

miejsca, terenu praktyki, przy wstępowaniu do szkoły przestawiać mogą tylko świadectwa ze szkół początkowych, podlegać jednak będą na równi z pierwszymi egzaminom w języku państwowym przy szkołach uniwersyteckich.

Rozporządzenie znoszące szkoły akuszerki wiejskich, wymieniając według daty założenia wcześniej tego typu zakładów, różnemi czasy w Cesarstwie powstałych, zupełnie nie wspomina o dacie, t. j. roku 1859, w którym Warszawską Szkołę Położniczą babek wiejskich otwarto.

Tymczasem okólnik ten Ministra spraw wewnętrznych, doręczony Zarządowi tej szkoły, interpretowany został przez odnośną władzę w ten sposób, że rozporządzenie powyższe, znoszące szkoły babek wiejskich i na Warszawską Szkołę Położniczą się rozciąga.

Ignorantia juris semper nocet—mówi słusznie dawna sentencya. Nie leży to jednak w zadaniu pisma lekarskiego bliżej zajmować się wyjaśnieniem strony prawnej kwestyi omawianej.

Pozostawiamy to Radzie szczegółowej szpitala Dzieciątka Jezus, w skład której wchodzi—kurator szpitala i lekarz naczelny.

Jest to wprost obowiązkiem tej Rady, nie tylko z natury rzeczy wynikającym, lecz i w odezwie do ustawy szkoły w następujących słowach zalecanym: „Zawiadamiając o powyższem (mowa o przyjmowaniu kobiet wiejskich. *Przyp. autora*) radę szczegółową szpitala Dzieciątka Jezus, Komisya rządowa ma nadzieję, że rada szczegółowa doloży starania, aby ta nowa instytucya, tyle pożądana i rokująca prawdziwy pożytek, ile można najwięcej rozwinąć się mogła“.

Pozostawiając zatem kwestyę prawną na uboczu, przechodzę do strony społeczno-lekarskiej zamierzonej reformy szkoły położniczej, którą nazywam reformą stanu akuszerki, przypuszczam bowiem, iż z czasem dzięki niej zniknie nie tylko typ akuszerki wiejskiej, lecz i I-go stopnia, pozostanie zaś tylko akuszerka stopnia II-go.

Sprawa uporządkowania, zreformowania pomocy położniczej omal niepodzielnie należy do zadań higieny społecznej. Chodzi bowiem tutaj więcej o zapobieganie chorobie niż o leczenie. O ile reforma jest trafnie pomyślana, celowa, wyniki są pomyślniejsze, więcej widoczne.

Pod tym względem współczesna akuszerya ma dużą zasługę, a osiągnięte znakomite wyniki zależą od racjonalnego prowadzenia normalnego porodu. Przykładu w tym razie dostarcza nam statystyka domów porodowych w porównaniu z danymi z praktyki prywatnej.

Tam, gdzie reforma weszła w życie nie tylko w całej rozciągłości, lecz i w najdrobniejszych szczegółach, postęp jest widoczny.

Jeżeli wskutek racjonalnej reformy, zarządzeń odnośnych, pomoc dla rodzących jest właściwie uporządkowana, ulega poprawie, wówczas % śmierci, ewentualnie zachorowań, poporodowych obniża się znika zupełnie.

Wykładnikiem postępu w organizacyi pomocy dla rodzących jest statystyka zachorowań poporodowych.

Przy istnieniu tak doskonałej organizacyi pomocy akuszeryjnej,

jaką widzimy w Saksonii i wogóle, w Niemczech, okoliczności te dla kobiet poród odbywających układają się bardzo pomyślnie.

Organizacya tam polega na:

Dużej ilości (po 2—3 w każdej wsi, osadzie) akuszerok dobrze wyszkolonych, systematycznie i stale w swych czynnościach i co do poziomu wiedzy kontrolowanych.

Powtórnie, na dużej ilości uzdolnionych lekarzy-akuszerów, zamieszkałych po wszystkich zakątkach danej prowincyi.

Potrzebie, na istnieniu na prowincyi odpowiedniej liczby przytułków położniczych.

Jak na teraz, u nas, organizacya taka jest niewykonalna, poprzedzić by ją trzeba napród, założeniem odpowiednich szkół dla akuszerok; zaprowadzeniem specjalnych kursów praktycznych z akuszeryi dla lekarzy; uruchomieniem kapitałów, pozostających w rozporządzalności Rad Dobroczynnych powiatowych i gubernialnych w celu otwierania przytułków położniczych ze szkołami dla babek ¹⁾.

Nas, w chwili obecnej, zajmuje tylko sprawa zamierzonej reformy szkoły położniczej, t. zw. babek wiejskich, co właściwie nazwać można reformę stanu akuszerok.

Szkola ta, jak wiemy, kształciła nawet niepiśmienne kobiety wiejskie w praktycznem położnictwie.

Reforma znosi nazwę babek wiejskich, a wprowadza na ich miejsce stopień akuszerki II klasy. Te ostatnie mają się uczyć według rozszerzonego programu i w języku państwowym. Nawet, gdyby zatrzymano szkołę babek, to wykład w niej również w języku państwowym ma się odbywać.

Oba te warunki rozszerzony program nauki, a nadewszystko język wykładowy państwowy, *stanowczo, bezwzględnie*, uniemożliwia wstęp do szkoły osobom ze sfery ludowej, włościańskiej.

Powiadam raz na zawsze, bo wiejskie kobiety, oprócz języka ojczystego innego nie rozumieją, nie znają, a jak doświadczenie tysiącletnie, przekazane nam przez historję, naucza, właśnie kobiety z ludu, obcego języka, masowo, nigdzie i nigdy sobie nie przyswoiły.

W ten sposób naliczniejsza warstwa społeczna, t. j. lud, pozbawiony z czasem zostanie odpowiedniej pomocy i obsługi przy porodzie przez osoby ze swej sfery.

W Niemczech, gdzie kultura ludu o wiele jest wyższą, gdzie istnieje jeden stopień akuszerki, śród osób temu zawodowi się poświęcających, obok osób ze średnim, nawet wyższem wykształceniem, obok dam z towarzystwa, wszędzie są kobiety z warstw ludowych z wykształceniem elementarnem.

1) D-r J. Jaworski. Warsz. szkoła położnicza babek wiejskich w świetle obowiązujących przepisów i liczbowych danych. „Kronika Lekarska, 1899. Podano tam projekt kształcenia babek przy prowincjonalnych szpitalach i przytułkach, co wpłynęłoby na zwiększenie ich liczby, równomierne ich rozmieszczenie, zaszczepianie śród otoczenia miejscowego zaufania w racyonalną pomoc lekarską.

Nie dawniej jak przy końcu roku ubiegłego w wydanej w Lipsku i Wiedniu pracy prof. H. W. Freunda, p. n. „Projekty do dalszych reform stanu akuserek“ (Vorschläge zur weiteren Reform des Hebammenwesens), w rozdziale p. n. Die Auswahl der Schülnerinnen znajdują między innymi w następujących punktach streszczone żądania:

I. Wiek 18—30 lat.

II. Elementarne wykształcenie.

III. Uzdolnienie fizyczne i moralne.

VI. Możliwość pozostawania na własnym koszcie.

Dodam nadto, że w większości krajów Niemiec, gminy wiejskie wraz z potrzebą, wprost wybierają, wyznaczają z pośród dziewcząt, te, które mają się udać do szkół akuszeryjnych na naukę, z warunkiem powrotu na miejsce, po ich ukończeniu.

Dziwne pozornie, ale w imię dobra ogółu przeprowadzane, nieposzanowanie wolności osobistej...

Widzimy z tego, że nawet w krajach, gdzie stopień oświaty ludowej jest wysoki, gdzie nie ma zupełnie analfabetów, uznano za bardzo pożyteczne, wprost za nieodzowne, aby kobiety przy porodach miały obsługę z osób do ich sfery należących, im pod każdym względem bliższych.

Ten warunek wydaje się tak zrozumiałym, wprost naturalnym, że przeglądając różne w tej materji rozprawy, nie znalazłem nawet zsumowania dowodów na poparcie żądania tego. Wyływa to z natury rzeczy, z potrzeby unormowania codziennych wzajemnych stosunków życiowych.

Akuszerka, jak każdy pracownik społeczny mieć może nieporozumienia z oddzielnymi osobami, a nawet z całym środowiskiem ludzi, wśród których żyje.

Dokładna znajomość tej sfery, wśród której akuszerka działa i pracuje, posiada wielkie znaczenie i wywiera ogromny wpływ na wynik, na skuteczność jej starań i pracy.

Nie podrzędną rolę odgrywają tutaj nawet sympatyje, lub antypatyje, oddzielnych warstw społecznych, a nawet, jak doświadczenie wskazuje—narodowe.

Wogóle, pożądanem bywa, aby pracownicy zawodowi, społeczni, danego środowiska należeli do warstwy, do narodowości, liczebnie w danym miejscu przeważającej.

Od tego nieraz zależy pomyślny bieg pracy, dodatnie wyniki, a tem samem i dobro bliźnich.

Akuszerki wiejskie, aby z istotnym pożytkiem spełniały swą rolę, szczególnie przy małej kulturze naszego ludu, muszą pochodzić ze wsi i być jej stałymi mieszkańkami, związanymi ze wsią nie tylko stroną zewnętrzną, lecz własnymi jej interesami. Muszą one znać ten lud, sposób jego życia, zwyczaje, obrządki, wyznawać jego religię, mówić jego językiem, nie gardzić jego pracą.

Zresztą, położenie społeczne, a właściwie towarzyskie, do jakiego dana akuszerka ze względu na swe pochodzenie stanowe i stopień wykształcenia należy, na mniej lub więcej skuteczną działalność jej zawodową bez wątpienia dużo wpływa.

Pewnego rodzaju, że tak powiem „pańskość“, niektórych akuszerok, ciężko nieraz daje się we znaki prostej rodzinie włościańskiej, a nawet uboższej rodzinie w mieście.

Wzywają, przypuśćmy taką „akuszerkę panią“ i tutaj rozpoczyna się około niej chodzenie i obsługa: to jej podaj, tamto przynieś, owo zabierz... A wszak, w tych razach chodzi właśnie o pomoc, o pomoc prawdziwą, o dobrą radę stosowną do warunków, środków, wśród których dana rodzina żyje i jakimi rozporządza.

Dlatego pewny jestem, że nawet, gdyby się miały u nas tak ułożyć stosunki, że na wsiach i po miasteczkach, znalazły by się z czasem takie „akuszerki panie“, jako obce zwyczajom, nie obeznane z życiem naszego ludu, skazane zostaną na bezczynność i wskutek tego porzucac będą wsie i osady.

Ja, osobiście, nawet za to nie śmiał bym ich winić.

Nie ich to bowiem wina, lecz błąd i wadliwość systemu, który nie uwzględniając wymóg życia, właściwości przyrodzonych, natury ludzkiej, przygotowywałby takie akuszerki, które nie były by zupełnie odpowiednie dla ludu wiejskiego.

Tym sposobem, prowincya pozbawiona odpowiedniego typu akuszerok, jakim są właśnie babki położnicze wiejskie, wróciła by stopniowo do czasów niezbyt odległych, kiedy w ogromnej większości przypadków, bo w $\frac{4}{5}$ ogólnej liczby porodów, kobiety wiejskie pozbawione były elementarnie umiejętnej opieki położniczej¹⁾.

A stosunek ten właśnie w ostatnich latach, dzięki pracy i usiłowaniam głównie naszego wydziału, higieny ludowej, zaczął się wyraźnie, a korzystnie poprawiać.

Stopniowe, a stałe zwiększanie zastępu dobrze przygotowanych położniczych babek wiejskich ze sfery włościańskiej pochodzących, jest—jak to już w innym miejscu wyraziłem²⁾ najskuteczniejszą bronią w wyrugowaniu z praktyki nieoświeconych „bab“ z ich zwyczajami szkodliwymi dla zdrowia i życia rodzących i położnic³⁾.

Zastęp takich położniczych babek wiejskich, wyszkolonych w duchu położnictwa współczesnego, opartego na zasadzie postępowania bezgnilnego i metodzie wyczekującej w prowadzeniu porodu fizyologicznego, potrafi skutecznie obsługiwać rodzące i położnice i z powodzeniem współzawodniczyć z osobnikami do tego nie powołanymi.

Wogóle, sprawa stopnia wykształcenia akuszerok pozostaje jeszcze dzisiaj otwartą, a nie brak poważnych głosów, np. w Niemczech, stanowczo przeciwnych zbyt obszernym dla nich wykładom teoretycznym.

1) D-r J. Jaworski. W sprawie społeczno-lekarskiej. „Kronika Lekarska“, 1895.

2) D-r J. Jaworski. Warszawska szkoła położnicza babek wiejskich. Karta historyczna. Refleksye. „Gazeta Lekarska“. 1903.

3) D-r J. Jaworski. O przesadach i zwyczajach ludu naszego, dotyczących porodu oraz opieki nad noworodkiem. „Krytyka Lekarska“. 1901.

Prof. Winter domagał się w swoim czasie, aby akuszerki zamiast teoretycznych wywodów, nauczyły się ściśle „powtarzać“ prawidła, podawane przez nauczyciela. A tak doświadczony nauczyciel, jakim jest prof. Leopold, z Drezna, ułożył wierszem znanych „dziecięć złotych reguł“, (Zehn golden Regeln für die Hebammen und Hebammenschülerinnen der kgl. Frauenklinik in Dresden), które każda akuszerka w Saksonii, a niejedna i w innych krajach Niemiec, jak pacierz recytuje.

Porównywając plan nauki i zakres udzielanych wiadomości w Warszawskiej szkole położniczej babek wiejskich z programami niektórych szkół położniczych w Niemczech, musimy przyznać, że nie zbytnio on od nich odbiega i jest odpowiedni.

W szkole naszej znajdują się kobiety nawet nie piśmienne, nauka prowadzoną jest bez książki, sposobem katechizmowym, a pomimo tego, według świadectwa długoletniego kierownika szkoły tej, prof. Tyrchowskiego, a także nauczycieli późniejszych, wyniki tej nauki były bardzo dobre, wychowanice opuszczały szkołę zupełnie uzdolnione praktycznie do zawodu swego.

Zresztą, wobec obecnie panujących na tę sprawę poglądów, zadanie szkół akuszerek polegać powinno na tem, aby wychowanice zdobyły takie przygotowanie, iżby potrafiły prowadzić poród aseptycznie i amiały rozróżnić poród prawidłowy od nieprawidłowego.

Tam, gdzie akuszerki odpowiadają tym dwom kardynalnym zasadom, zachorowań po porodowych się nie spotyka, a przypadki patologiczne, we właściwym czasie skierowywane do lekarzy - akuszerów, kończą się pomyślnie.

Na tem polega wielka zasługa takich akuszerek.

Streszczając się, twierdzę:

I, że położnicze babki wiejskie, jako do sfery włościańskiej należące, cieszą się zasłużonem zaufaniem u ludu, a prawidłowe ich postępowanie zyskuje nie rzadko uznanie lekarzy.

II, że, zniesienie szkoły położniczej babek wiejskich, lub wprowadzenie do niej języka państwowego, jako wykładowego, bezwzględnie i raz na zawsze zamknie wstęp do tej szkoły kobietom wiejskim, ponieważ języka tego nie tylko nie znają lecz wcale nie rozumieją.

III, że akuszerki II-ej, a tembardziej I-ej klasy, jako obce pod wielu względami ludowi, nie zastąpią babek wiejskich i ze względu na ciężkie położenie materyalne wielu okolic, utrzymać się na wsi i z tego powodu nie zdołają.

IV, że zamierzona reforma wobec wyżej wyluszczonego, okaże się nie postępowem w uporządkowaniu pomocy położniczej na prowincyi, lecz właściwie, cofnięciem się wstecz, t. j. powrotem do praktyki „bab“ nieoświeconych.

KRONIKA BIEŻĄCA.

—*—
Dnia 15 marca 1903 r.

—s— **Z kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy** otrzymaliśmy sprawozdanie za 3-ci rok istnienia kasy, która, jak widzimy co raz to więcej się rozwija i zyskuje coraz więcej członków. Bilans kasy zamknięto cyfrą przeszło 20000 rubli. Członków kasa liczy 136; w r. u. przybyło 29, wykreśliło się 15 członków. Odkładając szczegóły do sprawozdania z zebrania ogólnego, tu tylko zaznaczymy, że suma kapitału oszczędnościowego zwiększyła się z 12761 rb. do 17660, że pożyczek zaciągnięto w r. u. 6009 rubli, w r. z. zaś 2963, że czysty zysk kasy, który wynosił w r. 1901 tylko 203 rubli, w r. b. wynosił 905 rb.; pozwoliło to na wypłacenie 4% dywidendy oraz przelania na rachunek zysku 272 rb. i 90 rubli na kapitał zapasowy. Same cyfry są najwymowniejszym dowodem zarówno potrzeby tej instytucji, jak i stałego jej rozwoju.

Na porządku dziennym postawiono sprawę utworzenia przy kasie—kasy pogrzebowej.

Sprawę tę poruszałem w Kronice niedawno i kwestyę tę omówiłem obszernie, dowodząc, że na tej drodze lekarz najlepiej zabezpieczy rodzinę na wypadek śmierci i łącznie z oszczędnością może pozostawić kapitalik, który w pierwszych, najeźszych zazwyczaj chwilach, uchroni rodzinę od nędzy materyalnej. Mam nadzieję, że uczestnicy kasy na zebraniu ogólnem poprą wnioski i uchwalą utworzenie kasy pogrzebowej, tembardziej, że liczne już dziś kasy pogrzebowe przekonały uczestników o korzyści, jaką przynoszą. Ze sprawą tą zaraz po posiedzeniu zapoznamy bliżej naszych czytelników.

—s— Porządek dzienny ogólnego zebrania członków Warszawskiej Kasy Pożyczkowo-oszczędnościowej Lekarzy, odbyć się mającego w dniu 8 (21) marca 1903 r. w sali Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego (Niecała № 7) o godzinie 8 wieczorem:

1. Otwarcie Ogólnego Zebrania przez Prezesa Zarządu.
2. Wybór przewodniczącego na Ogólnem Zebraniu.
3. Zaproszenie asesora i sekretarza.
4. Sprawozdanie Zarządu za r. 1902 i raport Komisji Rewizyjnej.
5. Wybór 5-iu członków Zarządu na r. 1903.
6. Wybór 2 zastępców członków Zarządu.
7. Wybór 3 członków Komisji Rewizyjnej.
8. Wniosek uczestników, dotyczący się zaprowadzenia działu Kasy pogrzebowej.

—s— W sprawie ordynatur szpitalnych przysłał nam list, który z powodu braku miejsca wydrukujemy w następnym zeszycie.

—j— Dział p. n. pomoc położnicza na wsi i w miasteczkach na *kwiatniowym zebraniu lekarzy prowincjonalnych* w Wars.awie obejmie kilka referatów zbiorowych, a mianowicie:

I. „W sprawie podniesienia poziomu wiedzy akuszerskiej wśród lekarzy“.

II. „W sprawie wykształcenia akuserek“. „Jaki typ akuszerki najodpowiedniejszy jest dla prowincyi?“.

III. „W sprawie ujednostajnienia postępowania przy porodzie i w położu“. Prawidła postępowania bezgnilnego.

IV. Doświadczalna praca z zakresu aseptyki.

V. O stałej organizacyi pomocy akuszerskiej na prowincyi.

VI. W sprawie ograniczenia chorób niewieścich wśród ludu.

VII. Statystyka zachorowań poporodowych oraz rozbiór przepisów odnośnych.

Referaty II, III, V, VI opracowane są przez kilku referentów, a do dyskusyi nad nimi nastąpiły zgłoszenia się kolegów z prowincyi.

Cały dział ten zorganizował się w osobną sekcję, w pracach której przyjęli udział akuszerzy z Warszawy i prowincyi.

—z— W Warszawie w ostatnich czasach, według wiadomości zasięgniętych od aptekarzy, wzrosła liczba recept powtarzanych bez współdziałania lekarzy. Wobec znanego cirkularza apteki są obowiązane powtarzać recepty, nie zawierające środków trujących bez podpisu lekarza, wyniki jednak tego rozporządzenia są opłakane dla chorych. Tak np. chorzy bez końca powtarzają jod, brom, środki czyszczące, antypirynę, antyfebrinę i chininę nie tylko sami, ale udzielają recept krewnym, znajomym etc. Wynikiem takiego leczenia jest często nadużycie danego środka leczniczego. Widziałem chorych, którzy po kilka miesięcy zrzedu, bez względu na wyraźne objawy jodyzmu, brali jod. I mniej silnie działające środki również przez długie i nie stosowne użycie wywołują zgubne skutki, czy więc nie warto by w interesie chorych zaprzestać powtarzania recept bez podpisu lekarza, aby uniknąć krzywdy, wyrządzanej w ten sposób chorym. Sfery miarodajne winny się dobrze nad tą kwestyą zastanowić.

—z— Komisya dla badań nad hypnotyzmem, złożona z Mendel'a, Gock'a i Minter'a, po rocznem badaniu doszła do wniosku, że hypnotyzm nie leczy żadnej z chorób organicznych, nie leczy również histeryi, ale usuwa objawy pojedyncze na drodze poddawania. Ztąd stosować go można i należy, ale hypnotyzmem zajmować się mogą tylko lekarze w przypadkach odpowiednich. W rękach nielekarzy jest środkiem szkodliwym. Hypnotyzm działa tem silniej, im więcej cudowności widzi w nim hypnotyzowany.

—z— Sądy paryskie świadome zarażenie przymiotem karzą jak zwykle zadanie kalectwa i w jednym przypadku zarażenia przymiotem 16-letniej kochanki przez pewnego mężczyznę skazały go na 12000 fr. odszkodowania.

—z— Według Bouchard'a, zmniejszenie wymiarów serca jest charakterystyczne dla suchotników dziedzicznych, w gruźliczy nabytej serce jest prawidłowe.

—z— Prosty sposób badania moczu na białko podaje Journ. de méd. Do szklanki wrzącej wody wpuszczamy parę kropel moczu. Jeżeli moczu zawiera białko, naokoło kropel moczu wystąpi wyraźne zmętnienie.

—z— Według Medical Record Marmorek pracuje obecnie nad surowicą przeciwgruźliczą, ogłosi jednak wyniki dopiero po zupełnym ukończeniu sprawy.

—kd— Kol. Leśniowski i Korzeniowski mianowani zostali ordynatorami nadetatowymi szpitala Dzieciątka Jezus.

—ah— Na 74-ym Zjeździe lekarzy i przyrodników w Karlsbadzie roku przeszłego w sekcji chorób ucha i nosa czytane były między innymi następujące prace:

Urbanstschitsch z Wiednia mówił o doskonałych wynikach pod względem poprawy słuchu i objawów podmiotowych przy *elektrokatalitycznem leczeniu uszu* w przypadkach przebytego ropienia przewlekłego lub nieżytów przewlekłych ucha środkowego. Elektroda, owinięta w watę, U. dotykał wewnętrznej powierzchni jamy bębnekowej lub błony. Prąd przebiegał o sile 0,1—0,2 milliamp. w przeciągu 5—15 minut.

Habermann z Grazu przedstawił *przypadek głuchoniemoty*, spowodowanej cierpieniem ucha środkowego, gdzie *błędnik i nerw słuchowy zmian żadnych nie wykazywał*. H. przypuszcza, że rękoczyn operacyjny u okienek błędnikowych w tych razach bezwarunkowo dać powinien poprawę.

Alt z Wiednia mówił o *zapaleniu nerwu słuchowego* w 3-ch przypadkach pod wpływem *alkoholu i nikotyny*. Cierpienie ustąpiło w przeciągu 6—8 tygodni po usunięciu głównej przyczyny.

Bezold z Monachium zakomunikował 2 przypadki śniereci z powodu zakrzepu żyły szyjowej wewnętrznej przy przewlekłym ropnem zapaleniu ucha środkowego o *centralnem położeniu przedziurawienia jamy bębnekowej*, przy którym sprawy te uważane są dotychczas za niewinne.

Grunert z Halli powstawał przeciw coraz częstszemu niewykonywaniu paracentezy błony bębnekowej w ostrych zapaleniach ucha środkowego, kiedy tego zachodzi potrzeba (szkoła Zaufal'a).

Löwy z Karlsbadu przedstawił przypadek empyematu antri Highmori w eukrzyicy, wyleczonego po 5 dniach po otworzeniu jamy troikart'em Krause'go i jej przepłukaniu. Oprócz tego L. zakomunikował wyniki nad działaniem adrenaliny w oto-rinologii, pod każdym względem jaknajlepsze. Przytoczył także przypadek usunięcia dysmenorrhoeae po wyleczeniu cierpienia nosa (lewego nozdrza).

Gomperz z Wiednia mówił o nowych błonach bębnekowych sztucznych (referat ten podany był w „Kronice“).

Buhe z Halli przedstawił wynik doświadczeń swoich, że, wbrew twierdzeniu Politzer'a, *między naczyniami ucha środkowego i błędniaka połączeń niema*.

—z— Prof. Lemoine zwraca uwagę, że 69% rekrutów chorowało na gruźlicę przed przyjęciem do wojska, żąda więc bardzo ścisłego badania nowozacieżnych i twierdzi, że nie służba wojskowa i życie w koszarach usposabia do gruźlicy, ale, że większość przypadków została przyniesiona z zewnątrz.

Z kongresu w Madrycie.

Komitet gospodarczy 14-go kongresu międzynarodowego lekarskiego w Madrycie podaje następujące dane, dotyczące się kongresu:

1) Komitet zaprasza wszystkich kolegów, którzy pragną się przyczynić do powodzenia naukowego kongresu, aby racyli przysłać jak najprędzej do głównego sekretaryatu w Madrycie tytuły prac, wraz z krótkim streszczeniem, o ile można w języku francuskim. Wszystkie streszczenia, które nadejdą w oznaczonym czasie, będą wydrukowane i przed otwarciem kongresu członkom odnośnych sekcji doręczone, dla ułatwienia dyskusji na posiedzeniach.

2) Członkowie kongresu, podróżując po Francji i Hiszpanii, będą mogli korzystać z różnych linii kolejowych z ustępstwem 50% *nap.* przybywający do Madrytu przez granicę Irun, będzie mógł opuścić Hiszpanię przez linię Barcelona lub Port-Bon.

3) Bilety ulgowe na kolejach będą ważne od 3-go kwietnia do 24 maja.

4) W Madrycie będą wydawane specjalne bilety ulgowe na zwiedzenie różnych miast południowych (Sevilla—Grenada) z tą samą zniżką 50%.

5) Bilety do podróżowania po Hiszpanii będą mogły być nabywane tylko w kasach (guichets) w chwili przedsięwzięcia podróży.

6) Towarzystwo „Voyages Partiques“ (rue de Rome—Paris 9) ma sobie powierzone urządzenie wszystko, co tylko pozostaje w związku z podróżą, każdego z członków objaśnić i wszystko ułatwić.

7) Zarząd mieszkań, pomieszczony w biurze kongresu, zawiadamia, że rozporządza dużą ilością mieszkań tak w hotelach, jak i w prywatnych domach — przeto zarząd będzie mógł dostarczyć odpowiednich mieszkań z całkowitem utrzymaniem od 13 do 50 pesetów dziennie.

Pożądanem byłoby, aby zamawiać mieszkania wcześniej.

8) Podczas kongresu będą urządzone wielkie uroczystości dla członków kongresu, jako to: przyjęcie w Pałacu, przyjęcie przez miasto „garden party“, przedstawienie w teatrze Królewskim, walka byków i t. p. Oprócz tego każda sekcja urządza oddzielne przyjęcie dla swoich członków.

9) Członkowie kongresu będą otrzymywali korespondencję w biurze komitetu. Adres powinien być następujący:

Wielmożny Pan Dr. członek 14 go międzynarodowego kongresu lekarskiego.

Sekcja kraj, zkąd przyjechał.

10) Składki i zapisy do 15 marca mogą być podawane (Dr Kurtz Sienna 22) od 15 marca do komitetu w Madrycie.

Towarzystwo praktycznych podróży urządza dla członków kongresu 8 wycieczek. Aby być uczestnikiem wycieczki, trzeba mieć:

1) kartę uczestnictwa w kongresie, 2) posłać 25 franków zadatku,

zaco każdy uczestnik otrzyma najpóźniej na dzień przed wyjazdem: a) potrzebne bilety, b) kartę przyjęcia do udziału w podróży, jaką sobie wybrał, c) spis hoteli, do których ma skierowywać swą korespondencyę.

Wycieczki projektowane są następujące:

Wycieczka I. Wyjazd z Paryża ze stacyi kolei orleańskiej 20-go kwietnia (Irun, Burgos, Madryt, Escorial, Toledo, Salamanka, St. Sebastian, St. Juan et St. Pedro—Paryż), powrót do Paryża 4-go maja. Koszt: 1 klasa 485 franków, *mixte* 440; 2 klasa 410 fr.

Wycieczka II. Wyjazd z Paryża 20-go kwietnia (Irun-Burgos, Miraflores, Las Huelgos, Madryt, Escorial, Toledo, Saragossa, Barcelona, port Bon—Paryż), powrót do Paryża 4-go maja. Koszt: 1 klasa 540 fr., *mixte* 490 fr., 2-ga klasa 450 fr.

Wycieczka III. Wyjazd z Paryża 18-go kwietnia: (Cette, Barcelona, Saragossa, Madryt, Escorial, Toledo, Valence, Tarragone—Paryż), powrót do Paryża 4-go maja. Koszt: 1 klasa 625 fr., *mixte* 570, 2 klasa 525 fr.

Wycieczka IV. Wyjazd z Paryża 18 kwietnia: (Cette, Barcelona, Saragossa, Madryt, Escorial, Toledo, Salamanka, Burgos, Saint Sebastian, St. Juan et St. Pedro—Paryż), powrót do Paryża 6-go maja. Koszt: 1 klasa 655 franków, *mixte* 600; 2 kl. 565 fr.

Wycieczka V. Piąta wycieczka klasyczna po całej Hiszpanii i mająca związek z jarmarkiem sewilskim. Wyjazd z Paryża 6-go kwietnia (Irun, Saint Sebastian, San Juan et San Pedro, Burgos, Valladolid, Madryt, Traverseé de la Siessa, Grenada, Malaga, Sewilla, Korduba, Madryt Escorial et Toledo, Saragossa, Barcelona—Paryż), powrót do Paryża 4-go maja. Koszt: I kl. 1,100 fr., *mixte* 980 fr. Dla chcących pojechać do Marokko przeznaczono 15—17 kwietnia.

Wycieczka VI. Wyjazd z Paryża 18-go kwietnia (Cette, Barcelona, Saragossa, Madryt, Salamanka, Burgos—Paryż), powrót 14-go maja do Paryża. Koszt: 1 kl. 975 fr., *mixte* 925 fr., 2 kl. 875 fr.

Wycieczka VII. Wyjazd z Paryża 7-go kwietnia (Burgos, Valladolid, Grenada, Sewilla, Korduna, Madryt, Toledo et Escorial, St. Sebastian, San Juan et San Pedro—Paryż), powrót do Paryża 2-go maja. Koszt 1 klasą 935 franków.

Wycieczka VIII. (Zwiedzenie Portugalii po kongresie). Odjazd z Madrytu 30-go kwietnia (Lisbonna, Cintra, Monserrate, La Pena, Le Torril, Cascaes, Mafra, Alcobaco, Batholu, Leivia, Coimbre, Porto, Salamanka, Burgos, St. Sebastien, Hendaye). Cena 1 kl. 575 fr.

Dr. Stanislaw Kurtz.

Z M A R L I.

D-r Julian Bieniecki w lutym r. b. w Grodnie, gdzie od lat 28 stale praktykował i cieszył się wielkiem uznaniem. Zmarły był wychowawcem uniwersytetu dorpackiego, który ukończył w r. 1861. Żył lat 74.

D-r Wacław Bajerkiewicz dnia 26 lutego r. b. w Przedborzu (gub. Radomskiej), gdzie był lekarzem miejskim, w wieku lat 34. Padł ofiarą swego powołania, zaraziwszy się od chorego tyfusem. Przez czas 8 letniego pobytu w Przedborzu cieszył się tam ogólnem uznaniem, jako sumienny lekarz i prawy człowiek.

Odpowiedź redakcyi.

Kol. W. w Brześciu Kujawskim. Co do metody tej są tak sprzeczne zdania, że woleliśmy się wstrzymać z podawaniem o niej wiadomości. Notowano nawet przypadki śmierci. Wkrótce damy o niej obszerniejsze streszczenie.

Ogłoszenia.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych podaje do wiadomości, że w dniu 21 kwietnia r. b., jako w rocznicę śmierci s. p. Doktorowej Zenobii Sokółowskiej, z procentu od funduszu wieczystego jej imienia udzielone będzie wsparcie w kwocie Rub. 200, ubogiej wdowie po lekarzu, pochodzenia polskiego, mającej dzieci w wieku szkolnym, z pierwszeństwem dla wdów po ordynatorach szpitali cywilnych w Warszawie lub w guberniach Królestwa Polskiego. Prośby wnoszone być mogą: w Warszawie do Zarządzającego Kasą Wsparcia (ulica Niecała № 7), na prowincyi zaś, w guberniach kraju, do P.P. Inspektorów Lekarskich, przy Rządach Gubernialnych lub ich Zastępców — najpóźniej do dnia 15 kwietnia r. b. z załączeniem poświadczeń 3-ich członków Kasy Wsparcia o kwalifikacyi kandydatki. Szczegółowe objaśnienia udzielane są w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego (ulica Niecała № 7) oraz w biurach P.P. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych w kraju tutejszym.

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu.

D-r M. Jakowski.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu D-ra Jana Bacewicz a udzielone być mają w dniu 24 czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach Polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych — po lekarzach innych wyznań, każdej wdowie po Rub. 81. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzekome wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15 czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacje w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała № 7); na prowincyi zaś — w biurach P.P. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych (w guberniach Królestwa Polskiego).

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu.

Dr. M. Jakowski.



Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu D-ra Feliksa Jabłonowskiego wakuje wsparcie Rub. 283, za rok 1903 przyznać się mające, według dosłownej woli testatora: „lekarzowi rodem z Warszawy, religii rzymsko-katolickiej, przez nieszczęście, wypadek lub starość bez pomocy zostającemu“. Do nadsyłania prośb na imię Komitetu Kasy Wsparcia (ul. Niecała № 7) oznacza się termin do dnia 15 czerwca r. b. Przy prośbie złożyć należy metrykę urodzenia, dowód o posiadaniu stopnia lekarza i poświadczenie 3-ich lekarzy—członków Kasy Wsparcia o istotnie niezamożnym stanie proszącego i okolicznościach przemawiających za udzieleniem rzeczónego wsparcia. Lekarze na prowincyi zamieszkali przesłać winni prośby, z dołączeniem wyżej wymienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce P. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju tutejszego, lub Zastępcy Inspektora w interesach Kasy Wsparcia.

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu,

Dr. M. Jakowski.

Od Administracji.

Upraszamy pp. prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty.

KROWIANKA  ospa ochronna 

DANIŁOWICZOWSKA 8. TELEFON 528.

Inst. D-ra TCHÓRZNICKIEGO

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

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