

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: *Prace oryginalne. I. D-r Zygmunt Grudziński. O rozpoznaniu różniczkowym pomiędzy padaczką i histeryą (c. d.)—str. 291.*

II. Dział sprawozdawczy: *I. Chirurgia. 159. Kienböck. Przypadek rany postrzałowej serca—299. 160. Thommen. Badania kliniczno-doświadczone nad stłuczeniami brzucha i zapal. otrzewny—str. 302. 161. Landow. Przyczynę do kaznistyki krwawień z żołądka po operacjach brzusnych—str. 303. 162. Witzel. Wskazania do operowania raka odbytnicy—str. 303. 163. Wentzel. Aseptyczne i bezkrwawe wycięcie odbytnicy—str. 304. 164. Sternberg. O operacjach w chorobie cukrowej—str. 306. II. Choroby kobiet i akuszerya. 165. Fith. Moczówka cukrowa i operacje ginekologiczne—str. 307. 166. Eisenberg. Leczenie konserwatywne zapalen zastarzałych organów płciowych kobiecych—str. 310. 167. Sellheim. Rozpoznanie i leczenie gruźlicy narządów płciowych—str. 311. 168. Stroganow. Przebieg ciąży i porodu po pęknięciu macicy—str. 312. 169. Fleck. Przyczynę do etiologii „Hydrorrhoea gravidarum“—str. 313. 170. Osterloh. Przyczynę do stosowania rozszerzadła Bossi'ego—313. 171. Nejolow. Przepuszczalność łożyska dla zarazków niechorobotwórczych—str. 314. 172. Pfannenstiel. Nowa operacja plastyczna w szerokich zrośnięciach pochwy—str. 315. III. Choroby weneryczne. 173. Seelig. O wycieku z cewki moczowej—str. 316. 174. Marcuse. O zapaleniu miedniczki nerkowej i nerki—str. 319. IV. Wiadomości pomniejsze. Od № 175—180—str. 320. V. Wiadomości terapeutyczne. Od № 181—187—str. 322. VI. Z Tow. Lek. Warsz.—str. 324. VII. Z Tow. Lek. w Wiedniu—str. 326. VIII. Z Tow. Lek. Francusk.—str. 329. *Kronika bieżąca—str. 330. Zmarli—str. 331. Odp. red.—str. 331. Program narad nad higieną miast i wsi w Warsz. Tow. Hyg.—str. 332. Ogłoszenia.**

Sommaire du Nr. 8. *I. D-r S. Grudziński. Sur la diagnostic de l'épilepsie et l'histerie—p. 291.*

I. O ROZPOZNANIU RÓŻNICZKOWEM

między

PADACZKĄ I HISTERYĄ.

Opracował

Zygmunt Grudziński.

(Ciąg dalszy).

II.

Mówiąc o trudnościach rozpoznawczych obu omawianych cierpień, mamy na myśli głównie odróżnianie od padaczki tych postaci histeryi.

które się charakteryzują napadami drgawek lub zaburzenia świadomości, napadami bardzo podobnymi do padaczkowych. Trudności te są szczególnie wielkie, jeżeli widzimy chorego tylko podczas napadu—najważniejszym też zadaniem jest rozpoznanie natury napadu. Jesteśmy w posiadaniu bardzo wielkiej ilości objawów różniczkowych, za pomocą których odróżniamy napady padaczkowe od histerycznych. Dokładna jednak krytyka tych objawów wykazuje, że żaden z nich nie jest patognomicznym czyli, jak Niemcy nazywają, „bezwzględny“ (absoluter Symptom), to jest żaden z tych objawów sam przez się nie wystarcza dla postawienia rozpoznania. Są to tylko tak zwane „objawy większości“ (Majoritäts-symptome), objawy spostrzegane nie we wszystkich, lecz tylko w większości przypadków tych chorób; przemawiają za jedną z nich, lecz nie rozstrzygają stanowczo rozpoznania. To ostatnie wymaga conajmniej kilku takich objawów. Najważniejsze z nich są następujące.

1. *Charakter drgawek.* W napadzie padaczkowym spostrzegamy zazwyczaj skurcze pojedynczych mięśni lub grup mięśniowych; skurcze zdarzają się nawet w tych mięśniach, których czynność w stanie przytomności niezależną jest od woli, na przykład w pojedynczych mięśniach gałki ocznej. Przeciwnie, napad histeryczny charakteryzują skurcze w postaci ruchów złożonych, celowych, ruchów, które można pod wpływem woli naśladować; z ruchów tych szczególnie charakterystyczne są tak zwane „pozy namiętne“, których nigdy nie spostrzegamy w napadach padaczkowych.

2. *Stan świadomości.* Podczas napadu padaczkowego w ogromnej większości przypadków chory bywa zupełnie nieprzytomnym; w napadzie zaś histerycznym świadomość bywa tylko w większym lub mniejszym stopniu zamroczoną, wyjątkowo tylko zupełnie zniesioną. Jako wynik tej utraty świadomości, po napadzie padaczkowym następuje zupełna amnezja; pamięć zaś o przebyłym napadzie histerycznym często zostaje zupełnie albo częściowo zachowaną. Przed niedawnymi jeszcze czasy sądzono, że zupełne zniesienie świadomości podczas napadu jest nieomylnym dowodem padaczki, a wszelki ślad tej świadomości wyklucza ją. W ostatnich jednak czasach przekonano się, że zdarzają się, choć rzadko, napady histeryczne z zupełną nieprzytomnością i amnezją (Steffens) i odwrotnie napady padaczkowe z częściowo zachowaną świadomością. Badania Bannister'a, Griesinger'a, Clarke'a, Lemoine'a i innych wykazały, że świadomość w padaczce najeczęściej bywa zachowaną podczas napadów niepełnych czyli poronnych, zdarza się to jednak, choć rzadko, i podczas pełnych typowych napadów padaczkowych. Jeżeli nawet spotykamy

amnezyę po napadzie padaczkowym, to i ona nie zawsze dowodzi braku przytomności podczas napadu, lecz może być tylko następstwem wstrząsu, spowodowanego napadem. Jednym słowem fakt zachowania świadomości podczas napadu czyni rozpoznanie padaczki mało prawdopodobnym, nie wyklucza jej jednak zupełnie.

3. *Zachowanie się źrenic.* Podczas napadu padaczkowego odruch źrenicowy bywa zazwyczaj zniesiony. To zniesienie odruchu daje się zauważyć czasami przez czas trwania całego napadu, czasami tylko przez część napadu, a nawet przez krótką tylko chwilę podczas największego natężenia napadu (Biro), prawie zawsze jednak występuje, i bardzo rzadkie są przypadki, w których podczas całego napadu odruch źrenicowy zostaje zachowany (Féré, Karplus, Binswanger). Prócz tego w napadzie padaczkowym zauważyć się dają zaburzenia w szerokości źrenic, najczęściej w postaci początkowego zwężenia źrenicy, po którym następuje jej rozszerzenie. W napadzie histerycznym, przeciwnie, źrenice pozostają zazwyczaj w stanie normalnym i zachowują prawidłowe odruchy. I to правило jednak nie jest bez wyjątków. Badania Westphala, Karplus'a, Nonne i Besselin'a, Weila i innych wykazały, że i w histeryi, wprawdzie rzadko, ale zdarzają się pewne zaburzenia źrenicowe, i to zarówno podczas napadów, jak i w okresach międzypadawych. Rzecz prosta, że zmiany pozanapadowe mogą pozostawać u histeryków i podczas napadów i dla rozpoznania różniczkowego mają takie samo znaczenie, jak i zmiany właściwe napadom. Zaburzenia te polegają na wahaniach w szerokości źrenic, a także na zniesieniu odruchu źrenicowego. To ostatnie zjawisko, o ile występuje, towarzyszy zazwyczaj maksymalnemu rozszerzeniu lub zwężeniu źrenic. Zaburzenia histeryczne źrenicowe dają się usunąć pod wpływem sugestyi hipnotycznej, znikają po zachloroformowaniu. Należy jednak raz jeszcze powtórzyć, że zaburzenia źrenicowe w histeryi są zjawiskiem niezmiernie rzadkiem, i że fakt zniesienia odruchu źrenicowego choćby jedną chwilę podczas napadu pozostanie zawsze jednym z najważniejszych objawów, odróżniających napad padaczkowy od histerycznego.

4. *Przemiana materji podczas napadów.* W ostatnich latach odkryte zostały, zawdzięczając głównie pracom francuskich autorów, bardzo interesujące fakty, dotyczące się zaburzeń w przemianie materji podczas napadów padaczkowych i histerycznych. Nie znając dotąd jeszcze patogenetyki omawianych chorób, nie możemy powiedzieć na pewno, czy zaburzenia w przemianie materji są w nich objawami zasadniczymi, patognomicznymi, czy też tylko drugorzędnymi cechami;

w każdym razie jednak są one jedynymi niemal skonstatowanymi do-
tąd zmianami materyalnemi w obu chorobach, mogą mieć w przyszło-
ści większe, niż dzisiaj, znaczenie rozpoznawcze i dlatego zasługują
na uwagę. Co do padaczki, to odkrycie zaburzeń w przemianie ma-
teryi, właściwych tej chorobie, zawdzięczamy pracom Voisin'a,
Krańskiego, Arloing'a, Féré, Mairet'a i innych. Z za-
burzeń, odkrytych przez tych autorów, najważniejsze są te, które dają
się zauważyć przed i po napadzie padaczkowym. Do zmian przed-
napadowych należą:

- a) zmniejszenie ilości moczu i potu,
- b) zmniejszenie w tych wydzielinach ilości części stałych, jak
moczanów, kwasu moczowego, fosforanów ziem, związków azotowych
i t. p.
- c) zmniejszenie toksyczności potu i moczu,
- d) zwiększenie wagi chorego.

Zaburzenia te występują już na kilka dni przed napadem. Do
zmian zaś ponapadowych należą:

- a) upadek wagi ciała,
- b) zwiększenie wydzielin (potu i moczu),
- c) zwiększenie ich toksyczności,
- d) zwiększenie w nich ilości części stałych,
- e) występujące niekiedy albuminuria i peptonuria (być może za-
leżne od asfiksyi).

Zaburzenia wyżej wyliczone spostrzegamy nie tylko w zwykłych
napadach, lecz i w równoważnikach ich psychicznych. W razie ca-
łej seryi napadów (status epilepticus) zmiany ponapadowe występują
dopiero po ostatnim, kończącym seryę, napadzie. Wszystkie te spo-
strzeżenia dowodzą, że zaburzenia w przemianie materyi w padaczee
nie mogą być uważane jako zjawiska, wywołane przez napady, jak to
myślano dawniej, kiedy je przypisywano nadmiernej pracy fizycznej
podczas napadów, lecz raczej jako zjawiska równorzędne z napadami.
Być może, że za pomocą napadu epileptycznego ustrój pozbywa się
nagromadzonych w nim ciał trujących; to by było dowodem, że na-
pad drgawek nie stanowi istoty padaczki samoistnej, lecz że jest tylko
jakby ogniem w szeregu nieznanych nam jeszcze spraw, stanowią-
cych jej treść. Czy zaburzenia w przemianie materyi nie stanowią
istotnego i zasadniczego objawu padaczki, to pokazać mogą dopiero
przyszłe badania; tymczasem nie stanowczego w tej sprawie powie-
dzieć się nie da.

Co się tyczy histeryi, to odkrycie zaburzeń w przemianie ma-
teryi, właściwych napadom tej choroby, zawdzięczamy głównie pra-

com Gilles de la Tourette i Cathelineau, ogłoszonym jeszcze w roku 1890. Zaburzenia te dają się zauważyć nie wcześniej, jak po wybuchu napadu, i trwają około 24 godzin. Do zaburzeń tych należą:

a) Względna poliuria, polegająca na tem, że pierwsza porcja moczu, oddana po napadzie, jest bardzo obfita, podczas kiedy całkowita dobową ilość po napadzie zawsze jest mniejszą od prawidłowej. Przytem mocz pierwotny jest bezbarwny, bezwonny, o niskim ciężarze gatunkowym (1004—1010), zaś ciężar gatunkowy moczu z całej doby po napadzie wynosi około 1016.

b) Zmniejszenie części stałych w moczu; wszystkie części stałe, jak mocznik, fosforany, siarczany, chlorki ulegają zmniejszeniu o $\frac{1}{3}$ w stosunku do normy.

c) Odwrócenie stosunku fosforanów. Podczas kiedy w moczu normalnym stosunek fosforanów ziemnych do fosforanów alkalicznych wynosi 1:3, w moczu chorego po napadzie histerycznym wynosi on 1:2, a nawet 1:1.

W przeciwieństwie do padaczki w moczu histeryków po napadzie białka nigdy nie znajdowano.

Prócz wyliczonych wyżej czterech najbardziej zasługujących na uwagę objawów różniczkowych pomiędzy napadem padaczkowym a histerycznym istnieje jeszcze liczny szereg innych objawów, cytowanych przez różnych autorów, które choć nie są tak ważne, jak tamte, mają jednak pewne znaczenie pomocnicze i w wielu wątpliwych przypadkach mogą przechylić rozpoznanie na jedną lub drugą stronę. Oto ważniejsze z tych objawów:

a) Napady padaczkowe wydarzają się często w nocy podczas snu; o napadach histerycznych tego powiedzieć nie można.

b) Napad padaczkowy zaczyna się zwykle nagle, bez żadnej widocznej przyczyny; napad histeryczny najczęściej bywa spowodowany jakimś wzruszeniem, szczególnie natury płciowej (Jaccoud).

c) Aura przed napadem padaczkowym trwa zazwyczaj krótko, wyraża się różnemi nieprawidłowemi sensacyami. Aura w histeryi trwa zazwyczaj dłużej, często występuje w postaci uczucia kuli, podnoszącej się z okolicy nadbrzuszej do gardzieli.

d) W napadzie padaczkowym chory zwykle pada na ziemię, ponosząc nieraz ciężkie obrażenia; w napadzie histerycznym, jeżeli chory pada, to czyni to powoli, z pewną ostrożnością, jakby się przygotowywał do upadku, przychem ciężkich obrażeń zwykle nie ponosi.

e) Na początku napadu padaczkowego chory wydaje zwykle nagły dziki krzyk; w histerycznym napadzie początkowego krzyku

zwykle niema, jeżeli zaś jest, to zazwyczaj głuchy, nieraz parokrotny i jakby świadomy.

f) Podczas trwania napadu padaczkowego chory nie wydaje zwykle żadnego głosu, tylko oddech miewa chrapiący; podczas zaś napadu histerycznego, zwłaszcza w okresie drgawek klonicznych, częste są krzyki, nawoływania, płacz, śmiech i t. p.

g) W napadzie padaczkowym występuje często nagła błądź twarży, która trwa przez kilka sekund na początku napadu i wkrótce ustępuje miejsca przyplływowi krwi do twarży; w napadzie histerycznym błądź albo wcale nie występuje, albo też bywa słabiej wyrażoną, niż w padaczee, i pozostaje przez cały czas trwania napadu.

h) W napadach padaczkowych spostrzegamy częściej, niż w histerycznych, wynacznienia podskórne.

i) Podczas napadu padaczkowego spostrzegamy często pianę na ustach, w napadzie histerycznym zwykle—nie.

k) W napadzie padaczkowym spostrzegamy często przycięty język; w histerycznym napadzie objaw ten jest dardzo rzadkim; częściej już widzimy przycięte wargi lub ręce. Wogóle histeryk podczas napadu, jeżeli kąsa, to częściej obce osoby lub przedmioty.

l) W napadach padaczkowych spotykamy się z zaburzeniami w działności mięśni oddechowych, w histerycznych—nie.

m) Tętno w napadzie padaczkowym podnosi się nieraz do 100—140 uderzeń na minutę (Bonjour); w napadzie histerycznym zdarza się to rzadziej i tylko przy bardzo silnych napadach kurczów.

n) W napadzie padaczkowym spostrzegamy czasami mimowolne moczenie, defekację lub ejakulację, w histerycznym prawie nigdy.

o) W napadzie padaczkowym czucie jest zupełnie zniesione; w histerycznym bywa ono zachowanem.

p) Napad padaczkowy trwa zazwyczaj krótko, rzadko przechodzi 10 minut; napad histeryczny trwa najczęściej dłużej.

r) Bredzenie, jakie występuje niekiedy po napadzie padaczkowym, bywa impulsem niewyrozumowanym, brutalnym; tymczasem bredzenie w końcu napadu histerycznego jest zawsze do pewnego stopnia logiczne, a nieraz można niem nawet kierować, rozmawiając z chorym.

s) Po napadzie padaczkowym występuje nieprzewyciężona skłonność do snu, a także osłupienie; chory przez dłuższy czas odzuwa bolesne zmęczenie. Po napadzie histerycznym śpiączki często nie bywa, chory względnie szybko odzyskuje siły fizyczne i umysłowe.

t) Na napad padaczkowy wszelkie zabiegi suggestyjne lub hypnotyczne skutku nie wywierają; tymczasem napad histeryczny

może być, choć nie zawsze, ale często podobnymi środkami sztucznie wywołany lub też powstrzymany, a przynajmniej zmniejszony (Charcot, Strümpel, Féré).

Wyliczone powyżej objawy różniczkowe odnoszą się do rozpoznania zwykłych typowych napadów padaczkowych resp. histerycznych. W blizkim związku z tymi napadami stoją tak zwane stany histeryczne i padaczkowe. Jak wiadomo, jeżeli napady padaczkowe, czy też histeryczne występują bardzo często jeden po drugim z bardzo małymi tylko przerwami, tak że chorzy pozostają pod wpływem jakby wciąż trwającego jednego wielkiego napadu, to takie serye napadów nazywamy stanami padaczkowymi resp. histerycznymi (status epilepticus resp. hystericus). Dla rozpoznania różniczkowego takich stanów, które bywa zwykle trudniejsze od rozpoznania napadów, autorzy podają, prócz wyliczonych wyżej dla napadów, jeszcze następujące cechy różniczkowe:

1. W stanie padaczkowym ciepłota ciała podnosi się zwykle do 40° C. i wyżej; przy status hystericus najczęściej pozostaje ona prawidłową, a jeżeli się czasem podnosi, to nieznacznie, i nigdy nie przekracza 39° . Objaw ten odkrył pierwszy Bourneville. Zwrócić jednak należy uwagę, że zdarzają się tak zwane gorączki histeryczne, które mogą występować jednocześnie ze status hystericus. Są one jednak zjawiskiem niezmiernie rzadkiem, ciepłota dochodzi wówczas do 42° , a nawet do 44° i następnie gwałtownie spada do 36° — 34° .

2. Podczas status epilepticus występuje w daleko większym stopniu wyczerpanie i stan komatyczny chorego, aniżeli podczas status hystericus.

3. Status epilepticus kończy się najczęściej śmiercią, a przynajmniej powoduje osłabienie ustroju, trwające czas dłuższy; status hystericus nie pozostawia po sobie znaczniejszych śladów.

Jak widzimy, na brak objawów różniczkowych, potrzebnych dla odróżniania napadów padaczkowych od histerycznych nie możemy narzekać. Jeżeli mamy sposobność spostrzegać napad w całym jego przebiegu, jeżeli przytem przebieg napadu jest mniej lub więcej typowy, to zawsze prawie uda nam się odnaleźć cechy, na zasadzie których możemy oprzeć swoje rozpoznanie. Nie zawsze jednak jesteśmy w tem względnie szczęśliwym położeniu. Jak wiadomo, prócz zwykłej tak zwanej wielkiej padaczki (epilepsia magna), istnieje jeszcze tak zwana mała padaczka (epilepsia mitis) o napadach niepełnych czyli poronnych. Napady te są różnego rodzaju i bywają nieraz bardzo podobne do niektórych napadówych zaburzeń histerycznych. Do takich napadów należą, na przykład, napady drgawek, umiejscowionych

w pewnych grupach mięśni. Określić charakter takich drgawek jest bardzo trudno, gdyż mogą one być nie tylko padaczkowego lub histerycznego pochodzenia, ale i oddzielnymi stanami chorobowymi (tic isolé), powstałymi na tle usposobienia neuropatycznego. Jedynym punktem oparcia w rozpoznaniu natury tego rodzaju drgawek jest stan świadomości: jeżeli są one połączone z większym lub mniejszym zaburzeniem świadomości, to mamy prawo uważać je za padaczkowe. Dalej do odmian napadów należą także napady utraty przytomności (absence) i napady snu. Napady tego rodzaju uważane są zwykle za jedną z postaci napadów małej padaczki. Zdarzają się jednak, choć rzadko, i w przebiegu histeryi podobne chwilowe zamroczenia świadomości (B i n s w a n g e r). Rozpoznać naturę takiego napadu jest prawie niemożliwą rzeczą, jeżeli nie mamy możności spostrzegać chorego czas dłuższy i po za napadem. Być może, że drogą badań nad przemianą materii podczas napadów dojdziemy kiedyś do potrzebnych nam danych różniczkowych. Najważniejszą jednak z postaci napadów nietypowych są napadowe zaburzenia psychiczne. Zaburzenia takie zdarzają się zarówno w padaczce, jak i w histeryi. W pierwszej znane są one jako tak zwane psychiczne równoważniki, w drugiej występują one także dość często, zwłaszcza przy istniejącem dziedzicznem zwyrodnieniu, pod różnemi postaciami, jak idées fixes, opętania (obsessions circulaires), automatyzm i t. p. Rozpoznanie natury tego rodzaju napadowych zaburzeń psychicznych znacznie ułatwiły nam nowsze prace nad padaczką. Podług Bourdin'a, Ducosté, Pitres et Regis'a i innych następujące objawy różniczkowe cechują psychiczne równoważniki padaczki:

- a) nagły początek i koniec napadu,
- b) gwałtowność impulsu, pod wpływem którego chory spełnia pewne czyny,
- c) brak związku pomiędzy ideą chorobliwego czynu i życiem poprzedniem chorego,
- d) wyczerpanie fizyczne i psychiczne, a czasami śpiączka po napadzie,
- e) swoiste dla padaczki zaburzenia w przemianie materii.

Zaburzenia psychiczne, które nie cechują się powyższemi właściwościami, nie są padaczkowego, lecz histerycznego lub innego pochodzenia. Wyliczone objawy, zwłaszcza pierwsze trzy, wynikają z samej natury psychozy padaczkowej. Psychiczny napad padaczkowy, tak trafnie nazwany przez W u n d t'a „konwulsjami psychicznemi“, przedstawia co do swej natury zupełną analogię ze zwykłym napadem padaczkowym. Jest on napadem ostrej prawdziwej psychozy,

podczas której chory spełnia swe czyny bezwiednie i jakby pod wpływem jakiegoś nieprzepartego impulsu. Istota psychozy historycznej jest inna. Jeżeli przyjmemy pogląd na histeryę *Janeta*, podług którego wszelkie zaburzenia historyczne objaśnić się dają rozdwojeniem osobowości, to okaże się, że napad psychiczny w przebiegu histeryi jest przejawem działalności drugiego „ja” histeryka; ta działalność nie jest jednak bezwiedną i chorobliwą, jak to ma miejsce w padaczce. Dawniej przyjmowano jeszcze jeden objaw różniczkowy, charakteryzujący psychozę padaczkową, objaw, który miał być ważniejszym i pewniejszym od innych, mianowicie zupełny brak świadomości podczas psychicznego napadu padaczki i amnezję po napadzie. W ostatnich jednak czasach badania *Bannistera*, *Siemerlinga*, *Ducosté*, *Balla*, *Tamburini*’ego, *Kowalewskiego* i innych stwierdziły, że psychiczny równoważnik padaczki może w wyjątkowych przypadkach przebiegać z zupełnie albo częściowo zachowaną świadomością i pamięcią. Epileptyk podczas napadu może nie być w stanie oprzeć się sile, która zmusza go do spełnienia danego czynu, może go spełniać jednak świadomie. Tak więc fakt zachowania lub utraty świadomości i pamięci, choć może być jeszcze i teraz uważany za ważny i użyteczny znak różniczkowy dla rozpoznawania napadów psychicznych, utracił jednak swe dawne decydujące znaczenie. (D. n.)

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

159. D-r. *Robert Kienböck* (Wiedeń). **Przypadek rany postrzałowej serca. Następcze wgojenie się pocisku i niedostateczność zastawki dwudzielnej.** (Wien. med. Presse № 5. 1903).

Praca dr. *Kienböcka* godną jest uwagi bliższej głównie ze względu na niezwykle wynik przytoczonego tamże przypadku: 26 letni stangret dopuścił się przed piętnastu miesiącami zamachu samobójczego, wypaliwszy sobie z rewolweru w skroń prawą. Widząc, że rana nie jest śmiertelną, człowiek ów wymierzył sobie strzał w okolicę serca, poczem stracił przytomność na przeciąg 24-ch godzin. Rany nie krwawiły prawie wcale i pacjent, lubo bardzo słaby, przechadzał się po pokoju już na trzeci dzień po wypadku; po upły-

wie dni pięciu odwieziono jednak chorego do szpitala, gdzie też stwierdzono bezzwłocznie obecność szmeru skurezowego ponad zastawką dwudzielną. Wylewu w osierdziu nie było, gorączka nie przewyższała 38°. Chory pluł krwią, narzekał na bóle głowy i w klatce piersiowej i przez dwa z górą tygodnie nie mógł ułożyć się na boku prawym. Rany z upływem tygodnia zabiłzły się, lecz stan ogólny nie polepszał się. Za pomocą prześwietlenia czaszki przekonano się, że kula siedzi w prawej okolicy skroniowej, ku przodowi i górze od blizny wlotu, na 2 ctm-iej głębi. W obec ciągłego istnienia bólów głowy, kulę tę usunięto (po 5 tyg.), jak również kawałek uciśniętej kości, poczem bóle głowy ustały na dobre.

W niespełna 11 miesięcy pacyenta badano powtórnie i znaleziono, co następuje: wygląd i stan ogólny zadowalniające, zaburzeń oddechowych nie ma, tętno 80—100 rytmiczne i mocne, granice tępości serca prawidłowe; ictus w 5-em międzyżebżu na linii sutkowej, nader wyraźny i głośny, a towarzyszy mu wciąganie się tkanek okolicznych podczas skurezu. Nadto zauważa się drżenie (frémissement) i szmer skurezowy, najgłośniejszy u szczytu serca, wysłuchiwany zresztą, lub słabiej, ponad narządem całym; w odległości 1½ ctm. od brodawki lewej, ku górze i na zewnątrz—mała, ruchoma blizna skórna; znajdująca się pod nią żebro czwarte—nie zniekształcone. Z tyłu klatki piersiowej blizny nie było, należało zatem mniemać, że pocisk tkwił we wnętrzu ciała.

W celu wykrycia umiejscowienia kuli prześwietlono klatkę piersiową, zrazu w kierunku grzbietowo brzuszny (dorsoventralis), potem—odwrotnie, przeszukano dalej zatokę opłucny, nie znajdując, wszelako, nigdzie cienia pocisku. Cień ten wystąpił wtedy dopiero, gdy chory ustawił się w półwrocie na lewo, gdy rurki skierowano ku tyłowi i na lewo również poniżej pachy oraz po zużytkowaniu diafragmy z ołowiu. Podczas głębokiego wdechu zauważono wówczas cień od dużej kuli, na 2—3 ctm. ponad smugą od przepony, włożony z przodu od kręgosłupa w odcinku tylnym cienia serca, przy czem pochylenie osi kuli przybliży się do linii, która z pionową tworzy kąt około 30°. Kula wykonywa bez przerwy ruchy jednocześnie ze skurczami serca, podczas respiracji głębszej idzie w ślad za ruchami przepony. Jeżeli prześwietlenie wykonywać skośnie lub w kierunku prawie poprzecznym, widzi się wówczas obraz następujący: kula porusza się na pozór we wnętrzu serca, równoległe do jego konturów, które, przebiegając łukowato od góry i tyłu ku przodowi i na dół, wydają się nieruchome prawie i nie zdradzają żadnego zupełnie tętnienia. Podczas skurezu kula opuszcza się na dół, w rozkurezu idzie do góry, pogrążona wciąż jednakowo w cieniu serca, z podstawą, zwróconą niezmiennie w punkt jeden. Otrzymujemy, słowem, wrażenie, jak gdyby pocisk ów, umocowany na obu końcach przez niewidzialne tasiemki sprężyste, poruszał się dokoła jakiegoś punktu stałego w zachowującej się całkiem spokojnie bryle serca. Jeden z tych sznurków wydaje się być umocowanym w pewnym punkcie u góry narządu; na drugim, napiętym ku tyłowi i na dół, pocisk odbywa miarową swą wędrówkę do góry i na dół. Na ekranie droga ta nie

przewyższa 2-ch ctm., przyczem szybkość nie jest tu jednakową. Wydaje się, jak gdyby kula, opuściwszy swój punkt najwyższy, po dokonaniu szybkiego ruchu ku dołowi, na jedno mgnienie oka zahaczyła się gdzieś po drodze i potem dopiero dokonała prędko ruchu na dół; od tego punktu, podczas ruchu wstecznego ku górze, występuje znów przerwa na krótko, zanim kula osiągnie góry. Jeżeli chorego przesuniemy teraz w pozycji bocznej i ustawimy frontem, przekonywamy się, że uwydatniający się teraz słabiej cień od pocisku coraz głębiej zapada się w cień serca. Dalej, prześwietlenie klatki piersiowej, po dokonaniu przez osobnika półobrotu na prawo, uwydatnia żywą tylnego zarysu serca pulsacyę, a cień od pocisku dokonywa teraz tylko pionowego o małym rozmachu drgania.

Spostrzeżenie powyższe ciekawem jest ze względów różnych: 1) jakkolwiek miano tu do czynienia z raną serca, osobnik dany wyzdrowiał i pocisk wgoił się. Zasługują na uwagę również: 2) umiejscowienie pocisku, jego ruchy, oraz droga, którą tenże przebył, 3) powstanie, wreszcie, niedostateczności zastawki dwudzielnej. Roentgenizacja pouczyła tu, że pocisk utkwiał w górnej części komórki prawej od tyłu w pobliżu kąta pomiędzy bródzą wieńcową i podłużną tylną. Ponieważ grubość komory prawej sięga kilku milimetrów za ledwie, należy mniemać, że kula nie tkwi, właściwie, w ścianie serca, lecz siedzi na wewnętrznej jego powierzchni, pokryta skrzepami i zwrócona do jamy narządu, zaczem przemawia, zresztą, obraz, otrzymany drogą prześwietlenia. Podczas każdego inspirium pocisk za ledwie nieco posuwa się na dół, t. j. o tyle tylko, o ile w ruch ten wciągniętem jest serce; gdyby kula uwięzła na zewnątrz ostatniego, byłaby wówczas przez przeponę mocniej ściągnięta na dół.

W dalszym ciągu autor przytacza spostrzeżenia z odnośnej literatury, przyczem dochodzi do wniosku, że przedewszystkiem nie każde zranienie serca prowadzi do natychmiastowej śmierci, o czem już nawet Ambroise Paré wspominał; główną przyczynę zęjszcia niepomyślnego stanowi t. z. „tamponada serca“, t. j. ucisk przez wylew krwawy w worku opłucnowym lub też działa tu w tym kierunku upływ krwi. Przypadki wyzdrowienia nie są znów zbyt wielką rzadkością, jak przekonali: P e r t h e s, R e h n, L a u n a y i inni. W swych doświadczeniach nad zwierzętami B o d e przekonał się, że podczas skurczu rana ściany serca zwęża się i krwotok skutkiem tego maleje, a zresztą, i sama budowa narządu, obfitującego w pierwiastki, nie pozbawione zdolności kurczenia się, działa w duchu tym nader dodatnio. W przypadkach ran kłutych lub postrzałowych ciała obce zatyka nieraz ranę. Ciała te mogą niekiedy lata całe tkwić w ścianie serca, nie wywołując, widocznie, zaburzeń nadzwyczajnych. W r. 1600 J. C. W e b e r znalazł w mięśniu sercowym jelenia kulę otorbioną; nieraz też znajdowano w miejscach tych u zwierząt igły, a jednobrzmiące spostrzeżenia u ludzi opisali: V a n d e l l i, L a t o u r, B i f f i i S t e l z n e r. Na ostatnim zjeździe chirurgów niemieckich w kwietniu r. 1902 T r e n d e l e n b u r g demonstrował osobnika z raną postrzałową komory prawej. Pocisk, niby pigułka w pudełku, latał tu czas jakiś

na wszystkie strony, dopóki nie usadowił się w jednym miejscu i nie wgoił na dobre.

Powracając do swego przypadku, autor stara się objaśnić powstanie niedostateczności zastawki pęknięciem na skutek działania ubocznego, odbicia się pocisku oraz nagłego wzmożenia się ciśnienia krwi; do owych czynników ubocznych zalicza zniszczenie tkanek w pobliżu serca, ruchy obrotowe pocisku wraz z rozprysnięciem się cząsteczek metalowych i bocznem prężeniem gazów. Przyczynić się mogło tu również pęknięcie brodawkowego napiętego mięśnia lub strun ścięgniętych, za czem przemawia odcień muzyczny szmeru skurczowego i dające się wyczuć frémissent. Brak akcentuacji na drugim tonie tętnicy płucnej wytłumaczyć sobie można brakiem zastojów w małym krwiobiegu i przerostu komory prawej; co do rokowania, nareszcie, nie ma powodów do pesymistycznego zapatrywania się, kula bowiem, prawdopodobnie, nie będzie już mogła wyswobodzić się z uścisku blizny i wywoływać podrażnień nowych.

K. Niedzielski.

160. *Thommen.* **Badania kliniczno-doświadczalne nad stłuczeniami brzucha i zapaleniem otrzewny w przypadkach uszkodzeń kiszek przy nietkniętych powłokach zewnętrznych.** (Archiv für klin. Chir. Bd. LXVI. 1902).

Autor zebrał z kliniki chirurgicznej w Basel 49 przypadków stłuczeń brzucha, spostrzeganych przezeń w ciągu lat ostatnich, przy czem u 17 chorych znaleziono uszkodzenia żołądka lub kiszek. Najważniejszą też kwestyą, jaką chirurg musi tu rozstrzygnąć, pozostaje zawsze to samo — rozpoznanie jednoczesnego ze stłuczeniem powłok zewnętrznych poszwankowania trzewów. Wyznać należy, iż żaden z objawów, wzięty oddzielnie, prócz chyba przedostania się gazów do otrzewny, nie da wskazówki pewnej w tym względzie; zwężenie lub nawet brak zupełny pasa tępości w okolicy wątroby daje się zauważyć nieraz już w kilka godzin po urazie, ale i tego objawu nie można uważać za przekonywający. Z innych faktów najbardziej ważnym, lubo nie odznaczającym się stałością, bywa napięcie powłok brzusznych, dalej — wymioty, które *Trendelenburg* uważa nawet za objaw swoisty, o ile te wystąpią w ciągu pierwszych dwóch godzin, nadto długotrwały wstrząs ciężki wraz z mniej lub więcej umiejscowionym bólem. Wszystkie te objawy, razem wzięte, przemawiają z dość znacznym prawdopodobieństwem za obecnością uszkodzenia trzewów, a więc za koniecznością natychmiastowej interwencji chirurgicznej. W każdym bądź razie, rozpoznanie winno być postawionem w ciągu pierwszych kilku godzin po wypadku, gdyż wyczekiwanie objawów nowych redukuje się do czekania na zapalenie otrzewny.

Z drugiej strony i t. z. *expectation armée* nie może być pojętionem bezwzględnie, ponieważ otrzewna w okresie tym staje się nader wrażliwą na zakażenie. Rzecz tę autor sprawdził drogą ekspery-

mentu na królikach. Zwierzęta otrzymywały uderzenie narzędziem tępem w okolice brzucha, poczem zastrzykiwano im do jamy otrzewnej hodowle gronkowca lub też zawartość fizyologiczną jelit. Króliki, które przedtem uległy urazowi, ginęły daleko prędzej od wziętych dla skontrolowania i chorowały daleko ciężiej, nie mówiąc już o przypadkach, gdzie na oględzinach pośmiertnych stwierdzono rany kiszek. Uraz pociąga za sobą, niewątpliwie, upośledzenie energii życiowej nabłonka peritonei oraz zdolności wchłaniania, a nadto osłabia własność bakterjyobójczą otrzewny.

K. Niedzielski.

161 M. Landow. **Przyczynę do kazuistyki krwawień z żołądka po operacjach brzusznych.** (Archiv. für klin. Chir. Bnd. LXVI. 1902).

Autor objaśnia powstawanie krwotoków tych w sposób następujący: w większości przypadków i dziś jeszcze do operacji nad jamą brzuszną używa się chloroformu, który, jak wiadomo, najbardziej zatrzymywanym bywa przez mózg, przyczem różne tegoż odcinki reagują na środek ów niejednakowo. U osobników niektórych największą pod względem tym wrażliwością odznacza się rdzeń przedłużony i przez porażenie zawartych w nim ośrodków tłumaczy się właśnie objawy takie, jak wymioty, bezwład kiszek, upośledzenie działalności serca i naczyń, zatrzymanie moczu i t. p. Doświadczenia Schiff'a, Ebstein'a, Voulpian'a i innych pouczyły, że przecięcie doprowadzających dróg naczynioruchowych staje się przyczyną przekrwienia i krwotoku ze śluzówki, a więcej jeszcze z podśluzówki żołądka; prawdopodobnem jest bardzo, że tego rodzaju zaburzenia krwioobiegu w ścianach żołądka wytwarzają się również i w tym razie, gdy ulegną porażeniu ośrodki naczynioruchowe medullae oblongatae. Z drugiej znowu strony jest rzeczą pewną, iż chloroform niszczy krążki krwi, czem objaśnia się zauważana nieraz po narkozie żółtaczka; podścielisko (stroma) zburzonych ciałek czerwonych wypełnia i zatyka nawet naczyńca drobne, resp. naczynia żołądka. Wytwory rozpadu, utrudniając w ten sposób cyrkulację w wątrobie, wpływają drogą tą na upadek ciśnienia krwi, obniżonego i tak już skutkiem działania chloroformu na serce; zrozumiąłem jest teraz, że zależne od czynników tych przekrwienie tractus gastrointestinalis sprzyja również powstawaniu krwotoków z żołądka.

K. Niedzielski.

162. Witzel. **Wskazania do operowania raka odbytnicy.** (Münch. med. Wocheusch. № 10, 1903).

Rezekcja kiszki odchodowej daje często złe wyniki, gdyż szew nie trzyma i skutkiem tego powstaje ropienie i przetoki, które bardzo dolegają chorym. Oprócz tego mięsień sphincter ani, zostawiony po operacji, działa bardzo niedobrze szczególnie u mężczyzn, u kobiet

zaś nieźle dzięki współdziałaniu m. constrictoris cunni.—Autor woli robić glutealną proctostomię, niż zwykłą rezekeję kiszki odchodowej, gdyż operacya ta pozwala nam operować zupełnie aseptycznie i unikać większych krwotoków. Co się zaś tyczy wskazań do operacyi raka kiszki odchodowej, autor trzyma się tej zasady, jak i przy wszystkich innych rakach: „małe raki—duże operacye; duże raki—małe operacye“, to jest w pierwszym przypadku wykonywa operacyi doszczętnych, a w drugim tylko paliatywnych. Tylko 20% raków odbytnicy można operować doszczętnie, przyczem rak pierwotny nie powinien przechodzić fasciam propriam recti. Wykluczone są eo ipso te przypadki, w których rak siedzi mocno na kości krzyżowej, gdyż rak wtórny in loco w okostny wystąpiłby niezawodnie. Wykluczone są też przypadki, gdzie się znajdują zrosty z gruczołem krokowym i pęcherzem, i te przypadki, gdzie znajdują się przerzuty w wątrobie, w gruczołach, mesorectum i mesoromanum. Gdy się zdecydowano na operacyę, trzeba wybrać taki sposób operowania, podczas którego można w każdej chwili albo ją przerwać, albo przejść do innego sposobu, gdyż bardzo często tylko podczas operacyi można się przekonać, jak dalece rak się rozwinął. Dlatego też należy w przypadkach, w których muszą być wykluczone wszelkie niespodzianki podczas operacyi, zrobić laparotomię próbną i tym sposobem zbadać stan, w jakim się znajduje nowotwór. Co się zaś tyczy tych 80% przypadków raka, które się nie nadają do operacyi bądź to ze względu na przerzuty lub ze względu na wielkie rozmiary, to trzeba je leczyć objawowo, potem robi się anus praeternaturalis, który powinien być zrobiony, jak można najwcześniej, aby nie drażnić nowotworu przechodzeniem kału. Niestety, chorzy zgadzają się na to tylko wtedy, gdy już kał wcale nie odchodzi. Anus praeternaturalis powinien być tak założony, aby nie przechodziło poniżej niego. Osiągnąć można to tem, że się wszywa oba końce kiszki oddzielnie do ściany brzusznej. Przytem autor robi otwór nie nad ligamentum Poupartii, ale pod nim, jako colostomosis sub sartorio, gdyż tym sposobem łatwiej wstrzymać paskiem samowolne oddanie stolca.

W. Biehler.

163. Wenzel. **Aseptyczne i bezkrwawe wycięcie odbytnicy.**
(Münch. med. Wochensh. № 10, 1903).

Te tylko raki odbytnicy nadają się do wycięcia ze strony kroczka, które siedzą na dolnych dwóch trzecich tej kiszki, są ruchome i nie przyrośnięte. Doszczętna operacya tych guzów wykonywa się do dziś dnia jako rezekeja kiszki odchodowej. Rękoczyn ten liczy się do trudniejszych dzięki temu, że go niełatwo wykonać aseptycznie i opanować silne krwawienie, które często wywołuje upadek sił. Połowa blisko operowanych umiera i to przeważnie wskutek krwotoków. Jak tylko otwiera się kiszkę, operacya przestaje być aseptyczną, gdyż jak wiadomo kiszka odchodowa zawiera masę zarazków. Nie dziw, że zwykle szew się rozchodzi, tworzy się ropienie i przetoki.

Zapobiedz temu wszystkiemu trudno. S c h e d e w 1881 roku przed rezekecyą kiszki odchodowej zrobił tymczasowy anus praeternaturalis, przez który wychodził wszystek kał. Dzięki temu żaden operowany nie umarł od zakażenia, lecz nie można było zapobiedz utworzeniu się przetoki. To dowodzi, że nie parcie stolecia rozrywa szew, lecz zakażenie szwów i że najściślejse przepłukanie odbytnicy nie oczyści jej. W kilku przypadkach mniejsza lub większa zgorzel odbytnicy wywołała utworzenie przetoki, gdyż przy szyciu końców było uszkodzone odżywianie. Oprócz tego, S c h e d e musiał trzy razy operować: tymczasowy anus praeternaturalis, rezekecyą kiszki odchodowej i zamknięcie anus praeternaturalis. Wszystkie te operacye wymagają uspienia, co nie jest dla chorych zwykle starych i zcharłaciałych obojętnem. Wiesinger proponował zostawienie anus praeternaturalis i wykonanie tylko dwóch pierwszych operacyj. Wszystkiego tego można uniknąć (krwawienia, zakażenia i częstego operowania) dzięki operacyi Witzla—wysokie odjęcie kiszki odchodowej, połączone z utworzeniem anus glutaecalis (proctostomosis glutaecalis). Operacya ta ma na celu zmniejszenie trudności operowania i dolegliwości pooperacyjnych, gdyż nie chodzi o to, czy się operacya udała, ale o to, jak chory wyleczony, bo często stan chorego po operacyi jest gorszy, niż przedtem. Krwawienie opanowyya się podwiązaniem arteriarum haemorrhoidalium inferior. mediae et superior. Następujące potem małe krwawienia łatwo zatrzymać. Aseptykę Witzel przeprowadza w ten sposób, że z zasady nie wykonywa rezekecyi odbytnicy, lecz tylko odjęcie, przytem się wyrzeka utrzymania mięśnia sphincter ani, który i tak w połowie przypadków resekcyi kiszki odchodowej nie działa, gdyż nie dostateczną rzeczą jest utrzymać mięsień—trzeba też zachować nerwy. Kiszka odchodowa pokryta dość grubą warstwą tłuszczu, którą pokrywa fascia recti propria; w tłuszczu znajdują się gruczoły chłonne i naczynia. Jak długo rak nie przechodzi granicy tej powięzi, można go usunąć razem z temi gruczołami. Jeżeli zaś rak przechodzi przez powięź na sąsiednie części, to go trudno usunąć i operacya nie jest wskazana. Zatem, trzymając się ściśle fasciae propriae recti możemy wyciąć raka razem z kiszką, nie dotykając się jego. Fascya jest najlepszym drogowskazem podczas operacyi. Przez fascyę widać trzy duże naczynia i łatwo je podwiązać, odseparowując na tępo. Zgorzeli kiszki przy podwizywaniu arteriae haemorrhoidalis superioris nie należy się obawiać, gdyż tętnica ta anastomozuje z innymi gałęziami arteriae mesentericae inferioris. Przed operacyą należy chorego przygotować przez 8—10 dni, jeżeli na to pozwala stan jego: daje się jedzenie, dające mało kału, a w ostatnie dni tylko płyny. Kiszki się oczyszcza rycyną i wysokimi ławatywami codziennymi. Ostatnie ławatywy należy zrobić dzień przed operacyą — późniejsze wlewania zabronione, gdyż płyn zostaje w kiszce i przeszkadza operacyi. Po ławatywie ostatniej daje się choremu 15 kropli tincturae opii simplicis wieczorem i rano przed operacyą; a na godzinę przed operacyą szklanke herbaty z koniakiem. Pole operacyjne oczyszcza się jak zwykle. Przy operacyi używa się morphium i eterowe uspienie kroplowym sposobem. Gdy uspienie nastąpiło, wpro-

wadza się kateter à demente. Potem tamponik z jodem zaszywa się szwem piętrowym drutem srebrnym przed otworem stołcowym. Operacja wykonywa się w następujący sposób: 1) wycięcie kości krzyżowej i odluszczenie kiszki odchodowej na przestrzeni tej kości; 2) oswobodzenie kiszki odchodowej od gruczołu krokowego i pęcherza i otwarcie otrzewny; 3) wycięcie otworu stołcowego po podwiązaniu arteriae haemorrhoidalis inferioris; 4) podwiązanie arteriae haemorrhoidalis mediae et superioris w mesorectum i uwolnienie kiszki aż do flexury. 5) Odjęcie kiszki odchodowej już zupełnie oswobodzonej i utworzenie anus glutaealis cięciem w lewą glutaeę na 4 palce od linii środkowej. Kiszkę zupełnie odcinamy, a koniec wyciągamy przez otwór mięśniowy, tak aby się zgął o ile można pod prostym kątem i wystawał o 1—2 ctm. z rany. Rana się zmniejsza szwami i tamponuje się. Leczenie pooperacyjne: 6 do 8 dni tylko płynne jedzenie i opium w dużych dawkach. Na 8 dzień ryecyna i to co trzeci dzień. Otwór zamykają mięśnie, szczególnie gdy się stoi i zgięcie pod prostym kątem kiszki. Oprócz tego daje się jeszcze pelotę, która powinna wywierać ucisk na ligamentum sacro-spinosum i tem zamyka otwór. Wyniki podobnych operacji okazały się bardzo dobrymi.

W. Biehler.

164. J. Sternberg. **O operacjach w chorobie cukrowej.**
(Wiener med. Wochens. № 5, 1903).

Operacje w chorobie cukrowej, pisze autor, robią się na podstawie dwóch powodów: po pierwsze skutkiem chorób, które powstają jako zwykle powikłania cukromoczu; po drugie, skutkiem chorób, które nie mają żadnego związku z chorobą cukrową.

Co się tyczy pierwszych, to charakteryzują się one zgorzelą i zmartwiałością przeważnie skóry, które występują bez żadnej wyraźnej przyczyny lub też po nieznacznym urazie—są to przeważnie wrzody na karku, na szyi, plecach i twarzy; ropnie zapalne na górnych i dolnych kończynach, ulcus perforans i gangraena diabetica na nogach, mastoiditis diabetica, zgorzel płuc, balanitis i vulvitis i nakoniec kataracta diabetica. Leczenie tych zwykłych powikłań cukromoczu przeprowadzają nie wszyscy lekarze jednakowo. Jedni są za leczeniem konserwatywnem, a drudzy za operacyjnem. Autor jest tego zdania, że trzeba tutaj postępować tak, jak się zwykle robi, li tylko w gangrenie trzeba robić operacje jak najprostsze—osteoplastyczne operacje są tylko w bardzo dobrych warunkach pozwolone. Co się tyczy innych chorób, nie zależnych od cukromoczu, to w literaturze medycznej i podręcznikach chirurgicznych niema ścisłych określeń i żaden z autorów nie daje wyraźnych wskazówek, jak należy postępować w cukromoczu. Landerer pisze, że w chorobie cukrowej operacje nie są przeciwwskazane. König bardzo niechętnie operuje takich chorych. Tillmanns w swoim podręczniku odradza operować, wskazując na trudne gojenie się rany na łatwo następującą gangrenę. Albert jeden wyraża się zupełnie

ściśle, pisząc, że operować wogóle takich chorych nie wolno. Najwięcej obawiają się oni wszyscy, a przeważnie interniści, uspienia chloroformowego lub eterowego, z powodu łatwo występującej śpiączki. W nowszych czasach przystępują więc do operacyjnego leczenia chorób chirurgicznych w cukromoczu i ściśle określają wskazania.

Israel jest tego zdania, że 1) niepotrzebnych operacji, jak kosmetycznych lub wycięcia nieszkodliwych guzów, lepiej nie robić wcale; 2) przystępować do operacji i wykonywać trzeba ją z jaknajściślej aseptyką, 3) robi się operację, jeżeli można, wtedy, gdy niema cukru w moczu. Tuffier operuje tylko wtedy, gdy już niema wcale cukru w moczu. Smith i Durham przystępują do operacji, gdy tego wymaga sumiennie choroba, przyczem jeżeli można czekają na chwilę, gdy dzięki zastosowanej dycie w moczu cukier się wcale nie znajduje lub jego ilość bardzo się zmniejszyła. Kümmell, Räther, Morris, Gersuny i Baldy operują chorych z cukromoczem, jak tylko operacja jest wskazana, czy jest cukier w moczu, czy też nie. Mając to wszystko na względzie, co się znajduje o tem w literaturze medycznej i to co sam autor widział u swoich chorych, przy końcu swej pracy formułuje ściśle i wyraźnie, jak trzeba postępować przy chorobie cukrowej:

- 1) W cukromoczu jakakolwiekby operacja może być wykonana, jak tylko jest wskazana.
- 2) Na dyetę trzeba ściśle uważać i tym sposobem o ile można przygotować chorego—warunek ten niekonieczny, ale pożądany.
- 3) Usypianie, sposób operowania i opatrunki powinny być jak najprostsze.

W. Bichler.

II. Choroby kobiet i akuszerya.

165. Doc. D-r. H. Fütth. **Moczówka cukrowa i operacje ginekologiczne.** (Deutsche Med. Wochenschr. №№ 4, 5 i 6. 1903 r.)

Do ogłoszenia niniejszej pracy skłoniły autora trzy przypadki, operowane przez niego na chorych cukrzycowych, z zejściem śmiertelnem. Podobnych spostrzeżeń naliczył Becker w literaturze dziewięć. Z pracy tej widać, że, bez względu na jakość użytego narkotyku (chloroform czy eter), śmierć występowała najczęściej po upływie 24—48 godzin po operacji wśród objawów śpiączki cukrzycowej, i dla tego też uważają ją Becker, Kast i Mester, za skutek zatrucia ustroju. „Nie należy przeto nigdy“, mówi autor w końcu swej pracy, „chloroformować chorych cukrzycowych bez konieczności, w celach dyagnostyki lub też dla niewielkich rękoczynów, które dają się wykonać przy miejscowem znieczuleniu“. Na pracę powyższą powołuje się Fütth z powodu trzech, spostrzeganych przez siebie, w klinice chorób kobiecych w Lipsku, przypadków powikłania raka szyjki macicy cukrzycą. W pierwszym przypadku 49-letnia kobieta z carcinoma portionis vaginalis, ze śladami wyraźnymi cukru w moczu

przed operacją, zmarła na 8 dzień po operacji pod eterem (Exstirpatione uteri totalis cum adnexi per vaginam) wśród objawów śpiączki cukrzycowej; oględziny pośmiertne wykazały silny zanik i miażdżycę trzustki. Drugi przypadek dotyczył 61-letniej kobiety, dobrego odżywiania, z moczem wolnym od białka, lecz na cukier nie badanym. Pod chloroformem usunięto przez pochwę szyjkę macicy i tegoż wieczora w moczu wykryto znaczne ślady cukru. Przebieg pooperacyjny zupełnie dobry; dopiero 7 dnia nastąpiło znaczne pogorszenie, które zakończyło się śpiączką cukrzycową i śmiercią. Na oględzinach pośmiertnych trzustka bez zmian, wątroba i nerki w stanie zwyrodnienia tłuszczowego. Przypadek ten przypomina opisany przez Hoffę, który u cierpiącego na raka odbytnicy, bez śladów cukru w moczu przed operacją, wykrył wieczorem po operacji 2,4% cukru; 6 dnia—4%, przyczem chory popadł w śpiączkę, w której przeleżał 4 dni, by więcej już z niej wstać. We wszystkich tych 3 przypadkach (2 Füttha i 1 Hoffy), różniących się zasadniczo od przypadków Beckera późnem, bo 6—8 dnia, wystąpieniem objawów śpiączki cukrzycowej, przyczynę śmierci należy upatrywać jedynie w moczowce cukrowej, aczkolwiek Hoffa pewne znaczenie w tym względzie przypisuje i zmianom w nerkach. Zgadza się zatem Hoffa z Naunynem, który przyczynę cukrzyey widzi w pewnej skazie wrodzonej: uleczona, pozostaje ona w ustroju i w sprzyjających warunkach (wzruszenie moralne, poddanie się operacji) z nową wybucha siłą. Inna kwestya, czy w samej rzeczy należy zgodnie z Beckerem obwiniać tu tak bardzo narkozę, po której objawy śpiączki cukrzycowej występowały dopiero 6—8 dnia, podczas gdy u Beckera już po upływie 24—48 godzin. Pytanie to nabiera jeszcze więcej cech wątpliwości wobec trzeciego przypadku Füttha. Chora 51-letnia, o kwitnącym wyglądzie, z silnie rozwiniętym pokładem tłuszczowym, od dwóch lat nie miesiączkująca, cierpiała od 6 tygodni na krwawienia nie bardzo obfite. Jednocześnie prawie zauważyła u siebie wzmożone pragnienie i częste urywanie. Brakowało jedynie wzmożonego łaknienia i swędzenia. W moczu 9,0% cukru, powietrze wydechane z mocnym zapachem acetonowym. Skonstatowany u niej rak macicy został całkowicie przez pochwę usunięty, po przedniem cukainizowaniu mlecza paciierzowego. Po upływie 72 godzin po operacji, chora zmarła wśród objawów śpiączki cukrowej; i chociaż ogólna narkoza nie miała tu miejsca, śmierć nastąpiła równie szybko, jak i w przypadkach Beckera. Zresztą, nie jest to w literaturze lekarskiej wypadek wyjątkowy, gdyż Hirschberg stracił też jedną pacjentkę po usunięciu pod kokainą katarakty: przed operacją mocz chorej zawierał 5% cukru; śpiączka i śmierć nastąpiły 7 dnia po operacji. W drugim przypadku, który dotyczył młodej, bo zaledwie 17 lat liczącej dziewczyny, rozpoczynająca się śpiączka cukrzycowa została zażegnana dzięki mieszanej dyecie i środkiem podniecającym: była to postać poranna śpiączki. Śpiączka ze szczególną łatwością powstać może, gdy staramy się usilnie przez dyetę przeciwcukrzycową zmniejszyć ilość zawartego w moczu cukru. Naunyn, Grossmann i Hirschfeld zwracającą uwagę na wzmożoną produkcję kwasów w ustroju przy dyecie ściśle

mięszej. Lecz w spostrzeganych przez Füttha przypadkach ścisła przeciwcukrzycowa dyeta stosowaną nie była i dopiero, gdy operacja została w zasadzie postanowiona, następowała w sposobie odżywiania chorych zmiana w zależności od przyjętego dwudniowego przygotowywania chorych do operacji exstirpatio totalis. Wówczas dopiero, za pomocą lawatyw i środków czyszczących, pozbawiono ustroj dużej ilości płynów, podczas gdy wprowadzenie pokarmów stałych przerwano prawie zupełnie, a płynnych—ograniczono do niewielkiej ilości. Na powstające w takich warunkach niedostateczne odżywianie zwraca uwagę Hirschfeld, szukając warunków, sprzyjających powstawaniu śpiączki cukrzycowej. Słusznie też Grossmann mówi, że długotrwałe głodzenie chorych przed chloroformowaniem stanowi jeden z głównych czynników w etiologii śpiączki; Waldroegel zaś dodaje, że głód potęguje rozpad materii ustrojowych i tem zwiększa kwaśność. Griesinger doszedł do przekonania, że, aczkolwiek zmniejszone wprowadzanie płynów zmniejsza ilość wydalanego cukru, ten ostatni zbiera się jednakże we krwi i tkankach i powoduje ogólne zle samopoczucie chorych; Rumpf znalazł we krwi zmarłego w coma diabeticum wodą w ilości tylko 732,5⁰/₁₀₀, to jest, w najniższej spostrzeżonej przez niego wogóle ilości. Stąd płynie nauka praktyczna, by u dyabetyków unikać możliwie utraty płynów, zarówno przed, jako też i po operacji. Ale wszak w przypadku Hirschberga (operacja katarakty cukrzycowej) podobne zmniejszenie ilości wprowadzanych pokarmów i płynów miejsca nie miało, sprawa jednakże doszła do śpiączki; co w tym wypadku sprowadzić ją mogło. Odpowiedź daje nam Naunyn w słowach: "Jeżeli w ustroju jest usposobienie, to niekoniecznie potrzebne są cierpienia miarodajnych organów (układ nerwowy, trzustka), by sprowadzić nieomogę w przemianie ciał cukrowych: wystarczą na to niewielkie ogólne zaburzenia, jak zabiegi operacyjne, wzruszenie moralne". Widzimy zatem, że wiele czynników składa się na sprowadzenie złego zejścia u chloroformowanych chorych na cukrzyce. Z drugiej jednakże strony musimy zaznaczyć, że u kobiet chorych właśnie na moczówkę cukrową dokonano wiele dużych operacji pod ogólną narkozą z pomyślnem zejściem: wspomnimy usunięcie raka piersi (Noble), — macicy (Kreutzmann). Opisano nawet przypadki, w których po operacji cukier w moczu zupełnie zginął (Imlach), lub znacznie się zmniejszył (Gottschalk). Można było by zatem sądzić, że obawa przed śpiączką cukrzycową jest bezzasadna i że słuszność ma Baldy, który utrzymuje, jakoby moczówka cukrowa przeciwwskazaniem do wykonania operacji żadną miarą być nie mogła. Należy jednakże pod tym względem zgodzić się raczej z Hoffa, który, nie zrażając się bynajmniej nie pomyślnem zejściem większych operacji, uważa je za niemiarodajne, słusznie utrzymując, że jeden nieszczęśliwy przypadek jest bardziej pouczającym, niż dziesięć pomyślnych. Zresztą, jeżeli na 14 operacji ginekologicznych aż 6 zakończyło się śmiercią wśród objawów śpiączki cukrzycowej, stanowi to 47%,—a taka śmiertelność małą nazwać już nie można.

W końcu swej pracy autor stawia następujące wnioski.

1) Nie ulega kwestyi, że cukrzyca wywołuje wielkie niebezpieczeństwo dla mających się poddać operacyi.

2) Skoro operacya postanowiona, należy przedewszystkiem usunąć możliwie cukier z moczu.

3) Ponieważ ten ostatni zabieg zwiększa za pośrednictwem krwi szanse zakażenia, należy bacznie przestrzegać prawideł antyseptyki i aseptyki.

4) O konieczności operacyi należy chorych stopniowo uprzedzać, a to celem uniknięcia raptownego wzruszenia.

5) Byłoby pożądanem, by chorzy leczenie przeciwcukrzycowe odbywali w szpitalu, gdzie mogli by się przyzwyczaić do nowego otoczenia, widzieć innych chorych, wcześniej pomyślnie operowanych.

6) By zbyttno ustroju głodem nie wyczerpać, należy operacyi dokonywać po głodzie fizyologicznym, t. j. rano naczczo (jak radzi Grossmann); lub w przeddzień operacyi wieczorem zrobić lawatwę i dać chorym proszek bismutu z opium i to samo powtórzyć rano przed operacyą.

7) Operacyi dokonywać, o ile możności, bez ogólnej narkozy. W przypadkach zaś kombinowania się moczówki cukrowej z rakiem, można stosować według Bier'a znieczulenie rdzeniowe, o czem chorych należy stosownie uprzedzać.

8) Możliwie wcześniej po operacyi należy rozpocząć wprowadzanie płynów i pokarmów, jeśli nie os (przy wymiotach), to per rectum.

9) Pod koniec należy stosować mięsienie wobec braku ruchów.

P. Rogoziński.

166. Dr I. Eisenberg. Leczenie konserwatywne zapaleń zastarzałych organów płciowych kobiecych.

Autor od dłuższego czasu bada wpływ wody gorącej (40° - 50°C) na rozmaite sprawy zapalne zastarzałe w miednicy kobiecej i przez systematyczne stosowanie tej metody doszedł do rezultatów pomyślnych:

1) W wysiękach dużych zewnątrz—lub wewnątrztrzewnowych, czy to pochodzenia płciowego lub też innego, z wyjątkiem spraw ostrych gorączkowych.

Bardzo pomyślne widoki na wyleczenie mają sprawy poporodowe, jednakowoż wysięki, powstałe po zapaleniu wyrostka robaczkowego (appendicitis) dają także pomyślne wyniki.

2) W sprawach zastarzałych przymacicza.

Wymaganem jest w tych razach subtelne rozpoznanie i wielkie doświadczenie.

Przeciwwskazaniem do stosowania tej metody jest pyosalpinx.

Salpingoophoritis lepiej nadaje się do leczenia ichtyolem, gdyż ostatni dodatnio wpływa na poprawę subiektywną.

3) Leczenie wodą gorącą ma największe zastosowanie w perimetritis adhaesiva i w parametritis obsoleta z utworzeniem następczym blizn i zrostów; w tych razach oprócz poprawy subiektywnej występuje działanie wsysające, rozmiękczone — działanie przygotowawcze do stosowania masażu.

Iniekcje pochwowe gorące mają tę zaletę przed innymi metodami, w ostatnich czasach stosowanymi, polegającymi również na działaniu temperatury gorącej, że mogą być stosowane ambulatoryjnie. Autor przeto gorąco zaleca metodę powyższą kolegom do wypróbowania jej zalet.

M. Warszawski.

167. Sellheim. **Rozpoznanie i leczenie gruźlicy narządów płciowych.** (Centralbl. für Gynäk. 1902, № 13, str. 1121).

Rozpoznanie natury gruźliczej spraw zapalnych polega na prawdopodobieństwie: na chorobie bliskiego otoczenia, z którym dana osoba ciągle się styka i wreszcie na udowodnieniu istnienia gruźlicy w innych organach.

Osoby, u których spostrzegamy liczne anomalie w rozwoju, często należą do tuberkulicznych. I odwrotnie, że sprawa zapalna w genitaliach niewiadomego pochodzenia może być przyjęta za tuberkulozę, jeżeli jednocześnie znajdują się w organizmie liczne objawy niedorozwoju, i anatomiczne, i fizjologiczne, niejednokrotnie nas przekonały rękoczyn chirurgiczne.

Upewnić się co do rozpoznania możemy na mocy badania miejscowego. Oprócz cech specyficznych, jakie rzucają się w oczy przy badaniu brzucha, należy zwrócić uwagę na stan otrzewny miednicowej. Według H e g a r'a, znajdziemy tam stale przy badaniu wewnętrznym gruzelki, patognomiczne dla tuberkulozy. Oprócz tego wymacamy jajowód w postaci wyraźnego różańca, przyczem gruzelki bywają twardej konsystencji. Obecność gruzelka w części rogowej macicy należy do objawów dodatnich na korzyść sprawy tuberkulicznej.

Badanie drobnowidzowe śluzówki macicy jest zawsze nieodzownym przy istnieniu tuberkulozy jajowodów i otrzewny miednicowej. Oprócz wartości rozpoznawczej wykazanie tuberkulozy macicy ma wpływ na rokowanie i leczenie.

Stosując środki powyższe, autor, wbrew mniemaniu innych klinik, uważa rozpoznanie tuberkulozy genitaliów kobiecych w wielu przypadkach za możliwe.

W końcu autor przytacza statystykę 65 przypadków, z których 28 leczone były paliatywnie z bardzo pomyślnym skutkiem, ponieważ wszelkie dolegliwości ustąpiły i chore odzyskały potrzebne do pracy zdrowie.

Również pomyślnym był wynik u 37 wyleczonych drogą operacyjną. Najlepiej się przedstawiły chore, które były operowane radykalnie. Z tego wynika, że, jeżeli zachodzi potrzeba operacji, należy usunąć przymaciez schorzałe włącznie z macicą.

W zawiązanej dyskusji v. R o s t h o r n podnosi wzrastającą

w ostatnich czasach częstość rozpoznawania gruźlicy. Przypisać to należy dokładniejszemu badaniu organów oddalonych. Wobec różnorodności postaci anatomicznych tuberkulozy i zmian przez nią spowodowanych nie można jej ująć w pewne postaci typowe, a rozpoznanie na mocy palpacji może się okazać w niektórych przypadkach bardzo trudnym, dlatego też należy wziąć pod uwagę wywiady i wydzielinę, a zwłaszcza dziedziczność i poprzednio przebyte choroby. Habitus infantilis i hypoplusia mogą tylko upewnić w podejrzeniu, a wyłączenie spraw poporodowych i gonoroicznych uczyni rozpoznanie niewątpliwem. Nieznacznej wielkości guzów w Douglasie trudno się domagać, a znaczne zrosty macicy z sąsiedztwem nie mają w sobie nic specyficznego.

Odnosnie terapii trudno postawić sobie za prawidło, że operacja musi radykalnie usunąć gniazdo chorobowe.

W kwestyi zaś leczenia konserwatywnego zauważyć należy, że lżejsze postaci chorobowe uchodzą naszej uwadze.

Jung powiada, że rozpoznanie tuberkulozy genitaliów nie jest tak prostem, jak Sellheim sądzi.

Dane palpacyjne nie przedstawiają wiele charakterystycznego, gdyż często brak guzków w kieszeni Douglas'a, zresztą trudno rozpoznać szczegóły przy istnieniu większych guzów zrosniętych. Nawet tuberkulina Koch'a może niedopisać. Stan ogólny, dziedziczność, choroby przebyte dają stosunkowo jeszcze najlepsze punkty oparcia, a trudno zaprzeczyć, że w wielu przypadkach badanie anatomiczne wyciętych organów decyduje o rozpoznaniu. *M. Warszawski.*

168. **Stroganow. Przebieg ciąży i porodu po pęknięciu macicy.**
(Zeitschrift für Geb. und Gynäk. Bd. XLVIII, Hft. 1).

U dwóch wieloródek, z których jedna liczyła lat 26, a druga 32, mających miednicę zwązowaną, nastąpiło podczas porodu pęknięcie samostne ściany przedniej macicy. Obie kobiety zostały przewiezione do kliniki autora już po ustaleniu faktu pęknięcia macicy i obumarcia płodów.

W pierwszym przypadku płód leżał w jamie macicy, a w drugim w jamie brzusznej. Autor rozwiązał pierwszą chorą za pomocą kleszczy wysokich (wskutek skonstatowanej śmierci płodu mógł być dokonać perforacji?) i zaszył macię pękniętą od strony brzusznej. W drugim przypadku płód wydobyto przez cięcie brzuszne, poczem macica została zaszyta w miejscu pęknięcia. Obie chore wyzdrowiały i w niespełna rok po pierwszym porodzie ponownie zaszyły w ciążę. Ciąże miały przebieg zupełnie prawidłowy. Na czas krótki przed kresem normalnym ciąży autor wywołał sztuczne porody przedwczesne i wydobyl żywe płody. Przebieg okresu połogowego u obydwóch pacjentek był bardzo pomyślny. Na uwagę zasługuje fakt, że u obydwóch pacjentek części płodu przodujące znajdowały się bardzo wysoko, powyżej wejścia do jamy miednicy. Za przyczynę tego zjawiska

autor podaje zmniejszoną elastyczność dolnego odcinka macicy wskutek obecności blizny. W konkluzji autor robi uwagę, że ciężarne, które mają bliznę na macicy po przebytej rupturze, powinny w ostatnich miesiącach ciąży znajdować się w zakładzie pod obserwacją specjalisty. Podczas aktu porodowego należy, o ile możliwości, mitygować silne skurcze macicy, a w celu przyspieszenia porodu należy robić obrót skombinowany podług metody Braxton-Hicks'a lub też ściągnąć jedną nóżkę przy położeniu nóżkowem. *M. Warszawski.*

169. **Fleck.** **Przyczynek do etyologii „Hydrorrhoea gravidarum“.** (Archiv für Gynäk. Bd. LXVI, Hft. 3).

Na potwierdzenie poglądów autorów francuskich, że ciecz ściekająca przy hydrorrhoea gravidarum — to wody płodowe, autor przytacza opis przypadku, obserwowanego w klinice w Getyndze. 5-ródka została rozwiązana w 8 miesiącu ciąży. Już w 3 miesiącu ciąży podczas pracy fizycznej ukazały się wodnisto-krwawe odchody, które nie ustępowały do chwili porodu. Jak w przypadku Bar'a i Stöckel'a, z błon płodowych pozostała tylko obwódka szerokości 1 ctm. dokoła popłodu normalnego; płód zatem leżał sobie zupełnie swobodnie w jamie macicznej. Kiedy Stöckel przypisywał łożysku przodującemu występujące od czasu do czasu krwawienia, Fleck sądził, że krwawienia są skutkiem ruchów płodu, powodujących nieznaczne uszkodzenia dozesnej.

Fakt, iż płód ludzki może być donoszonym w pustej jamie macicznej, rzuca nowe poglądy na fizjologię płodów, na znaczenie wód płodowych i t. d.

Z drugiej strony, ograniczona pojemność jamy macicznej miała złe skutki dla dziecka, gdyż okazało się, że nawet po upływie 3 miesięcy dziecko zachowało układ członków wewnątrzmaciczny. Dziecko nie mogło w zupełności wyprostować kończyn, a bierne wyprostowanie rąk i nóg było nieco większem. Trudno było orzec, czy powstały kontraktury zginaczy, czy też ankiloza stawów.

M. Warszawski.

170. **Osterloh.** **Przyczynek do stosowania rozszerzadła Bossi'ego.** (Centralbl. für Gynäk. 1903, № 3, str. 72).

28-letnia mężatka po raz pierwszy oczekiwała rozwiązania w końcu listopada 1902 roku. Już 15 września wystąpiło 5 napadów eklampsji. 16 września chorą przewieziono do kliniki w stanie zupełnej przytomności, z językiem nieco pogryzionym i obrzękiem dolnych kończyn. Ilość dobową moczu 300 cem., zawartość białka 5⁰/₁₀₀; w osadzie moczu liczne waleczki. Zalecono chorej kąpiele gorące, dyetę mleczną i lig. kali acetici. Ilość moczu zwiększyła się do 800 cem. na dobę. 20 września nowy napad eklampsji, trwający 3 minuty. Ponieważ do kresu normalnego ciąży pozostawało jeszcze

9—10 tygodni, a zawartość białka w moczu po ostatnim napadzie zwiększyła się do 7^o/₁₀₀ (Essbach), a ilość dobową nie przewyższała 300 ccm., postanowiono sztucznie wywołać poród przedwczesny w dniu 24 września. Szyja maciczna w zupełności była zachowana, bólów żadnych nie było, pochwa była ciasna.

Zastosowano instrument Bossi'ego według znanego przepisu, z zachowaniem wszelkiej ostrożności. Rozszerzono szyję maciczną na 2—3 palce i instrument usunięto z obawy większego krwotoku z naderwanej przez rozszerzadło szyi, poczem przystąpiono do perforacji, gdyż tonów płodu nie można było więcej wysłuchać. Po przedziurawieniu główki nie można było przez wąską szyję przeprowadzić kranioklastu; zrobiono tedy obrót na nóżkę prawą i przy powolnej ekstrakcji główki istniejące naderwania szyi pogiębiły się aż do sklepienia. Naczynie krwawiące podwiązano, a po usunięciu płodu naderwania szyi zaszyto. Cała operacja trwała godzinę. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy. Już na 3 dzień ilość moczu doszła do 2000 ccm. na dobę. Białko z moczu znikło bezpowrotnie. Po 2 tygodniach chora została wypisana. Wszystkie uszkodzenia szyi zabiłiły się. Sprawdziły się tedy słowa Rissman'a, że przy stosowaniu rozszerzadła Bossi'ego szyja maciczna się nie skraca, że naderwania szyi mogą przybrać rozmiary groźne, które się dadzą usunąć na razie w klinice, lecz w praktyce prywatnej nie należy do przyjemności. Jednakowoż podziwiać należy, że w ciągu niespełna godziny udało się chorą rozwiązać i usunąć katastrofę, grożącą ze strony nerek.

Wkrótce po opisanu powyższego przypadku d-r Schubert, asystent poprzedniego autora, dokończył poród przedwczesny w 5 miesięcy ciąży za pomocą instrumentu Bossi'ego.

Chora przybyła 15 października z krwotokiem macicznym. Jakkolwiek bóle trwały od 12 października, ujęcie przepuszczało zaledwie palec. Pomimo mocnej tamponacji macicy ujęcie się nie rozszerzało, krwotok za to się zwiększał. Po 6-ciogodzinnej tamponacji zastosowano rozszerzadło Bossi'ego. Po 2¹/₂ minutach można było wprowadzić 2 palce i wyciągnąć płód za nóżki. Główka po przedziurawieniu jej nożyczkami przeszła bez przeszkody. Przebieg bezgorączkowy.

W końcu autor wypowiada przekonanie, że dylator Bossi'ego lub też jego modyfikacje odgrywać będą rolę przodującą w życiu klinicznym.

M. Warszawski.

171. N. K. Nejolow. **Przepuszczalność łożyska dla zarazków niechorobotwórczych i o jego zdolności bakteryobójczej.** (Russkij Wracz, 1902, № 33).

W pracowni bakteryologicznej prof. Wysokowicza w Kijowie autor robił następujące doświadczenia. W żyłą uszną królików brzemiennych wstrzykiwał emulsję z zarodków lasecznika siennego w roztynie fizyologicznym soli kuchennej. Autor dlatego wybrał te za-

rodki, gdyż one zachowują żywotność w organizmie dłużej, niż 3 miesiące, czego nie można powiedzieć o innych zarodkach chorobotwórczych i niechorobotwórczych. Autor brał tyle zarodków, ażeby przy badaniu drobnowidzowem emulsji za pomocą imersji w polu widzenia nie znajdowało się więcej nad 2—3 zarodki. Podczas iniekcji dla kontroli przeszczepiono kroplę emulsji na agar-agar. W 2—6 dni po iniekcji zwierzę zachloroformowano na śmierć, a krew z organów matki, płodu i łożyska przeszczepiono na agar-agar.

Wyniki autora dają się w ten sposób sformułować:

1) Przez zdrowe łożysko nie przechodzą zaradki niechorobotwórcze z matki na dziecko.

2) Placenta—to bardzo słaby organ bakteryobójczy: z 10 doświadczeń, w których krew przy badaniu okazała się czystą tylko w 4 przypadkach wykazano za pomocą przeszczepienia obecność 1—2—3 zarodków w łożysku, jakkolwiek do doświadczeń brano duże kawały łożyska (niekiedy $\frac{1}{10}$ część całego łożyska); a z drobnych kawałków wątroby i śledziony wyrosło w przeciągu tego czasu od 500 do 1000 kolonii. Pod względem bakteryobójczej zdolności, łożysko, pomimo bogactwa naczyń z dużą ilością śródbłonka i młodych komórek, może stać w rzędzie organów wyższych jak na przykład mózg.

Ta własność łożyska z punktu widzenia biologicznego pochodzi, według autora, z celowości: łożysko ma za zadanie odżywiać płód i nie może przyjąć na siebie innych ról, a zwłaszcza takich, przy których może się zanieczyścić przez trupy niższych organizmów, a następnie zakazić płód.

M. Warszawski.

172. Pfannenstiel. **Nowa operacya plastyczna w szerokich zarośnięciach pochwy.** (Centralbl. für Gynäk. 1903, № 3, str. 91).

Nauczony doświadczeniem, że w przypadkach szerokiego zarośnięcia pochwy trudno sobie utorować drogę do macicy przez pochwę, autor wymyślił nowy sposób operowania, który umożliwił leczenie konserwatywne, notabene jeżeli istnieje jama macicy. Jeżeli zabieg pochwowy nie dopisze, należy przez cięcie brzuszne otworzyć macicę, wypuścić jej zawartość, a następnie za pomocą zgłębnika grubego przebić otwór do pochwy. Przez otwór sztucznie zrobiony należy do pochwy przeprowadzić nitkę przewodnią, która, po zaszyciu macicy i cięcia brzuszego, pozwala odszukać ujście maciczne od strony pochwy. Rozszerzywszy ujście, obszywamy pochwę dokoła otworu za pomocą szwów supełkowych. Najkrótsza nawet pochwa zamienia się w krótkim stosunkowo czasie w kanał długości palca. W przypadkach absolutnego braku pochwy, autor chce przebić otwór do jamy moczopłciowej—rozchylił émałe wargi i wgłobił je, sztucznie tworząc rodzaj kanału pochwowego. W braku trzonu macicznego lub wszelkiej jamy, można w trakcie laparotomii, która ujawnia wszelkie stosunki anatomiczne, bądź całkowicie wyłuszczyć organ płciowy zarodkowy, bądź usunąć na zawsze wszelkie zaburzenia miesiączkowe za pomocą kastracyi.

M. Warszawski.

III. Choroby weneryczne.

173. Albert Seelig. **O wycieku z cewki moczowej.** („Ueber Harnröhrenausflüsse“. Allg. Medicin. Central-Zeitung. 1902. № 26).

Do najczęściej spotykanych zjawisk w praktyce urologicznej należy wyciek z cewki moczowej. Ponieważ przyczyny jego mogą być rozmaite, należy je w każdym przypadku dobrze rozważyć, by nie paść w błąd w rozpoznaniu, a co za tem idzie—i w leczeniu.

Od ilości wydzieliny, powstającej w cewce, zależy obfitość wycieku: widzimy też niekiedy krople gęstego płynu, wyciekające niemal bez przerwy z otworu cewki, to znowu także krople, które jednak ukazują się w otworze dopiero za pociśnięciem główki prącia, lub wreszcie tylko lekkie zaklejanie się otworu. Jeżeli wydzielina nie jest obfita i w dodatku lepka, może pozostawać na miejscu, gdzie powstała i dopiero prąd wypuszczanego moczu może ją zmyć i wtedy ukazuje się ona w postaci tak zwanych nitek.

Co się tyczy miejsca, w którym powstaje wydzielina, można przyjąć za zasadę, że przypadki, w których większe jej ilości gromadzą się u otworu cewki, przemawiają za cierpieniem przedniej części cewki. Zasada ta nie jest bez wyjątków, gdyż wiemy, że nasienie i wydzielina gruczolu krokowego dosięgają nieraz otworu zewnętrznego cewki. Obfitsza wydzielina, w tylnym odcinku cewki, częścią dostaje się do pęcherza, częścią zaś pozostaje w miejscu i ulega zmyciu przy wypuszczaniu moczu. Za drugą zasadę przyjąć należy, iż wszelka wydzielina z cewki moczowej wskazuje na sprawę patologiczną. Pod tym względem istnieje jeden tylko wyjątek, mianowicie *urethrorrhoea ex libidine*: wyciek powstający z gruczołów cewki pod wpływem pobudzeń płciowych; wydzielina przy nim bywa zupełnie przezroczysta, klejka, zawierająca nieliczne komórki nabłonka. Ukazuje się ona nieraz nawet bez wymienionej przyczyny, t. j. bez pobudzenia płciowego i wtedy leży już na granicy pomiędzy zjawiskiem fizyologicznym a patologicznym.

Przyczyny wydzieliny patologicznej bywają nader rozmaite, zwłaszcza że błona śluzowa cewki moczowej należy do niezwykle wrażliwych i na wszelkie podrażnienie odpowiada wydzielina. Czynniki chemiczne wywołują zwykle prędko zjawiające się, ale przy zdrowej cewce również prędko przechodzące podrażnienie. Podrażnienie takie spotykamy często w ostatnich czasach przy stosowaniu zastrzyknięć zapobiegawczych przeciw rzeżączce; stosujemy je, jak wiadomo, już wtedy, kiedy mamy podejrzenie zaledwie, a nie objawy choroby; otóż, zastrzyknięte w celach zagobiegawczych: protargol, azotan srebra, sublimat wnet wywołują podrażnienie i ukazanie się wycieku, który może być przyjęty za poczynającą się rzeżączkę. Jeżeli teraz, dla szybszego jej usunięcia, wnet zastosujemy odpowiednie leki, te będą podtrzymywały podrażnienie i wydzielinę, a pośrednio będą popierały mylne przypuszczenie nasze, że mamy do czynienia z rzeżączką. W przypadkach tych mikroskop usuwa wszelkie wątpliwości.

Identyczne z podrażnieniem chemicznem bywa mechaniczne: skutkiem częstego wprowadzania cewników, obecności w cewce ciał obcych, jako to głównie kamieni lub kawałków zmartwych kości, które się tu mogą przedostać przy cierpieniach kości miednicy.

Do rzadszych przyczyn, podtrzymujących uporeczywy wyciek z cewki, należą nowotwory, a zwłaszcza drobne narośle brodawkowe, powstające na tle rzeżączki przebytej, rzadziej—prawdziwe polipy, wreszcie wyjątkowo tylko pierwotne nowotwory złośliwe. Dokładne rozpoznanie w przypadkach tych możliwe jest tylko przy badaniu wzornikiem (endoskopem). O wiele większe znaczenie kliniczne mają owrzodzenia weneryczne, przymiotowe i gruźlicze w cewce, których jedynym objawem przez czas jakiś może być wyłącznie mniej lub więcej obfity wyciek z cewki. Wrzód weneryczny wyjątkowo tylko powstaje w cewce tak głęboko, by przy dokładnem obejrzeniu nie mógł być widziany, daje zwykle wydzielinę z domieszką krwi, zdradza się wielką bolesnością przy uciskaniu; pierwotnemu owrzodzeniu przymiotowemu towarzyszą obrzmienia bezbolesne gruczołów, później nadto inne objawy charakterystyczne; owrzodzenia gruźlicze powstają zwykle w tylnej części cewki, jako objawy wtórne, przy odpowiednim cierpieniu gruczołu krokowego lub przyjądrza, dają wydzielinę nieobfitą, mają przebieg przewlekły, wprowadzają nieraz w błąd, dając obraz uporeczywej przewlekłej rzeżączki. We wszystkich tych przypadkach dokładne rozpoznanie może być osiągnięte wyłącznie przez badanie wydzieliny pod mikroskopem, a cewki przez wzornik. Do tegoż szeregu należy jeszcze zaliczyć wyprysk (herpes), który powstaje nieraz w głębi cewki, daje jednak objawy szybko przemijające.

Najczęściej wszakże wyciek z cewki zależy od rzeżączki, której jedynym a stanowczym znamięm są gonokoki, bez względu na to, czy wyciek ten będzie obfitym, ropnym, czy też nieznacznym, śluzowym. Z chwilą, gdy gonokoki z wydzieliny zniknęły i więcej się w niej nie ukazują, mamy już do czynienia nie z rzeżączką, w ścisłem tego słowa znaczeniu, lecz z wyciekami, podtrzymywanym przez obecność innych drobnoustrojów, które się z łatwością zatrzymały i znalazły odpowiednią dla siebie głąb na chorej błonie śluzowej, lub też z wydzieliną powstającą skutkiem zmian wtórnych w błonie śluzowej, pozostałych po przebytej rzeżączce.

Ani ilość, ani jakość wydzieliny, ani jej zabarwienie nie wskazują, z kąd ona pochodzi, w którym miejscu cewki powstaje; wymienione tu cechy wydzieliny znamionują tylko napięcie sprawy zapalnej i—do pewnego stopnia—dawność, okres choroby. To samo można powiedzieć o tak zw. nitkach tryprowych: mogą one powstawać w każdym miejscu cewki, bywają krótkie i grube, lub też cienkie i długie, strzępiaste lub przecinkowate, unoszą się na powierzchni moczu, lub szybko padają na dno naczynia, rozpuszczają się w moczu, lub trzymają się bez zmiany. Z rozmaitych tych cech nitki tryprowej starano się wywnioskować o miejscu, w którym ona powstała, ale ani jej postać, ani wynik badania mikroskopowego nie nam w tym względzie nie wyjaśnia. Jedynie próba, ogólnie znana, a polegająca na badaniu moczu, oddanego w dwie lub trzy szklanki, moczu od-

danego po uprzednim przestrzyknięciu przedniej części cewki, lub bez tego przestrzyknięcia, wreszcie moczu oddanego po wygnieceniu gruczołu krokowego daje nam pewne wskazówki co do umiejscowienia choroby, wskazówki, które może uzupełnić badanie z użyciem narzędzi, zwłaszcza wziernika.

Wszystko, co się powiedziało o wydzielinie rzeżączkowej, da się zastosować w całości do wycieku, powstającego pod wpływem innych drobnoustrojów, jak również do tak zw. wycieku „aseptycznego“, przy którym nie udaje się wykazać obecności żadnych zgoła mikrobów.

Wydzielina, ukazująca się w otworze cewki, może powstać, jak wiemy, nie tylko w cewce samej, lecz również w narządach, których przewody wydzielnicze otwierają się do cewki, a więc z gruczołu krokowego i z pęcherzyków nasiennych.

Ukazywanie się wydzieliny gruczołu krokowego u wylotu cewki może się trafiać nawet u osób zdrowych, chociaż bardzo rzadko, zwykle przy wydymaniu się przy twardym stole, lub też przy ostatnich kroplach oddawanego moczu; znacznie częściej zdarza się to przy gruczole chorym, którego wydzielina bywa wtedy mętna, ropna. Badanie mikroskopowe nie zawsze jest w stanie w tych razach rozstrzygnąć wątpliwości co do źródła pochodzenia wydzielin, gdyż przy sprawach ropnych w cewce lub w gruczole wydzielina jego traci nieraz doszczętnie swoje cechy charakterystyczne. Przekonanie się zaś o stanie gruczołu jest rzeczą niezmiernie ważną, gdyż często się zdarza, że w gruczole właśnie pozostają resztki wyleczonej już napozór rzeżączki i resztki te powodują nawroty choroby. Dla dokładnego zatem zbadania gruczołu należy przedewszystkiem zalecić choremu, aby oddał mocz całkowicie, następnie przemywać całą cewkę tak długo, aż wyciekająca z niej woda będzie zupełnie przezroczysta, t. j. taka, jaką wzięliśmy do przemywania. Wtedy dopiero, pozostawivszy nieco wody w pęcherzu, ugniatać palcem per rectum na gruczoł, dopóki wydzielina jego nie ukaże się u wylotu cewki, co gdy się osiągnąć nie daje, polecamy choremu przejść się nieco po pokoju, oddać wreszcie pozostawioną uprzednio w pęcherzu wodę, która zmyje do naczynia to, co się wygniotło z gruczołu i zatrzymało się w cewce. Jeżeli teraz w wydzielinie tej znajdziemy domieszkę ciałek ropnych, znajdziemy dowód, że w gruczole krokowym kryje się jeszcze sprawa zapalna.

Nie łatwo bywa odróżnić sprawę tu opisaną od innej, pokrewnej—od wycieku nasienia, mianowicie przy azoospermii, kiedy w wydzielinie badanej pod mikroskopem nie znajdujemy zgoła ciałek nasiennych.

Wspomnieć, wreszcie, wypada o wydzielaniu się moczu kroplami, które wyciekają wtedy, kiedy chory był pewnym, że już całkowicie mocz oddał, a więc w kilka chwil później. Zdarza się to u osób nerwowych, przy zmianach organicznych w cewce (np. zwężeniach) moczowej, przy kamieniach, wreszcie—co najważniejsza—w początkowych okresach cierpienia mlecza pacierzowego. Jeżeli jednocześnie trafi się u chorego *phosphaturia*, łatwo wpaść w błąd, gdyż ukazująca się kropla moczu, będąc mętna, może dać powód do przypuszczenia,

że mamy do czynienia z wyciekami z gruczołu krokowego lub z pęcherzyków nasiennych.

Fr. G-yc.

174. Marcuse: **O zapaleniu miedniczki nerkowej i nerki, wywołanem przez gonokokki.** (Therap. Monatsh. № 2, 1903).

Zapalenie miedniczki nerkowej i nerki, wywołane przez gonokokki, z powodu trudności postawienia rozpoznania i braku odpowiedniego leczenia, mało bywało opisywane w literaturze medycznej. Przy rozpoznaniu trzeba skonstatować, że zapalenie jest wywołane li tylko przez gonokokki i że się umiejscowiło w miedniczce nerkowej. Że się zapalenie rozwinęło na podstawie rzeżączki można rozpoznać dwoma sposobami: przez spostrzeżenie kliniczne, albo znajdując gonokokki. Przytem trzeba mieć na uwadze, że i laseczniki gruźlicy często się rozwijają po rzeżączce, mogą nawet być jednocześnie; jednym, słowem zapalenie miedniczki nerkowej po rzeżączce może być wywołane i przez gruźlicę. Gdy się znalazło bakteryje w moczu, to jeszcze nie dostateczne; trzeba jeszcze dowieść, że pochodzą z miedniczki nerkowej albo samej nerki, a nie z pęcherza. Ropienie w miedniczce nerkowej i w nerce przy rzeżączce powstaje trojako: drogą naczyń krwionośnych przez naczynia chłonne (*Abscessus prostaticus*), albo idąc wzdłuż ścian moczowodów. Rozpoznanie różniczkowe między zapaleniem pęcherza i miedniczki nerkowej lub nerki stawia się po cystoskopowaniu i po cewnikowaniu moczowodów, gdyż inne objawy, jak komórki i cylindry są zwodnicze i niedostateczne. Inne objawy kliniczne, jak białko w moczu, gorączka, dreszcze, wymioty, bóle w okolicy nerki, bóle rozprzestrzeniające się na dolną kończynę nie są co prawda zupełnie patognomiczne, ale nie wskazują na zajęcie nerek. Wiadomo, że choroby nerki prowadzą do chorób miedniczki i odwrotnie, tak że ścisłego różniczkowego rozpoznania postawić w większej części przypadków nie można. Skłonni do zapalenia miedniczki nerkowej i samej nerki w rzeżączce są ludzie, którzy mają jakieś nieprawidłowości w drogach moczowych, wrodzone nienormalne położenie nerki albo moczowodów, i którzy nad miarę używali wyskoku i różnych balsamic. W klinice Casper'a leczą przypadki zapalenia miedniczki nerkowej wstrzykiwaniami azotanu srebra 1:1000, powtarzanemi co 6—7 dni. W czasie między wstrzykiwaniami robią się przemywania codzienne pęcherza i tylnej części kanału moczowego. Wstrzykiwania w miedniczkę nerkową robi się jako *ultimum refugium*, gdy już inne środki nie pomagają, i gdy już minęły ostre objawy; wzbronione są wstrzykiwania w miedniczkę nerkową w ropieniach w samej tkance nerkowej. Gdy w przebiegu rzeżączki spostrzegamy objawy, wskazujące na cierpienie nerki, to i po wyleczeniu rzeżączki trzeba śledzić za chorym, aby nie przepuścić zapalenia miedniczki nerkowej, gdyż wyleczenie tego powikłania rzeżączki dużo zależy od tego czy wcześniej zauważymy cierpienie.

W Biehler.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

175. Munoz zaleca następujące postępowanie lecznicze w przyp. *czarnej krosty*: okolicę ogniska chorobowego odkaża się przede wszystkim 1% roztworem sublimatu; istniejący na powierzchni górnej bąbel nadciąć należy bisturem, poczem—rozkrawać tkanki zmartwiałe cięciem na krzyż. Operujący winien pilnować się i nie przekraczać nigdzie granic zgorzeli, nie wywoływać zatem podczas rękożynu żadnego krwawienia. Z kolei rzeczy ranę oczyszcza się raz jeszcze roztworem sublimatu i pokrywa paskiem plastra lepkiego, mającym w środku wycięcie o wymiarach krosty. Teraz posypuje się obficie górną teżże powierzchnię sublimatem w proszku i narzędziem jakim bądź miesza się go z wydzielającą się z krosty cieczą tak długo, dopóki nie wytworzy się coś w rodzaju maści, którą rozprowadza się równomiernie po całym odcinku. Po przykryciu rany drugim kawałkiem, nieprzedziurawionego już tym razem, plastra i paskiem gazy sublimatowej, nakłada się bandaż Opatrunek zmienić wypadnie po upływie 24 godzin, przyczem stosuje się znowu wypłukanie sublimatem i ową, opisaną już, pastę. Postępując w ten sposób, otrzymano już nieraz wyniki zadowolniające bez występowania objawów zatrucia. (Centralbl. für Chirurgie. № 2. 1903). K. N.

176. D-r B. Troickij (z Orenburga) omawia kwestyę *zastępowania* stopniowego w armii rosyjskiej *wódki herbatą*, co zaprowadzono już z powodzeniem w turkietańskim okręgu wojennym. Na 1000 ludzi wydają tam dziennie 333,0 herbaty, t. j. 78 złotych i 917,2 cukru, czyli 2 funty 42 złotych. Podczas odbywania marszów racye te powiększa się. Autor przypomina, że żołnierze gen. Skobielewa, którzy odznaczali się zawsze wielką energią, otrzymywali stale herbatę zamiast gorzałki. To samo wypróbował w podróżach swoich Nansen. Za bezwzględną przewagą herbaty oświadcza się również i inspektor wojenno-lekarski z Kazania d-r Radakow, który przeprowadził doświadczenia w rozlicznych miejscowościach od Wołynia aż do wyspy Sachalin, od 30° zimna do 30° gorąca, podczas wojny i pokoju, w szpitalach i w lazaretach. Obfitość materiału dostarczała też i ostatnia wojna rosyjsko-turecka (1877—78). Wódkę wydzielano szeregowcom tylko w dni świąteczne, podczas służby ciężkiej dawano wyłącznie herbatę oraz zwiększoną racyę mięsa. W przebiegu kampanii tej personel sanitarny i lekarze XI-go korpusu w Zimnicy pracowali raz bez przerwy w ciągu 16 godzin, dokonawszy opatrunku na 800 rannych, a jednak ludzie ci nie pili wódki wcale. Podczas panującej wówczas epidemii duru wzmocniono tylko odżywianie mięsem, a i w porcie Artura obchodzą się obecnie zupełnie bez wyskoku.

Prosty żołnierz rosyjski pije wódkę okresami, bez miary; w tem też tkwi zło główne, ułatwione nadomiar przez wprowadzenie monopolu. A jednak, zastąpienie wódki herbatą wypada bardzo tanio; w herbaciarniach ludowych w Petersburgu klient otrzymuje za ko-

piejkę 3 filiżanki herbaty i jeden kawałek cukru. Zastąpienie wódki piwem nie wydaje się odpowiedniem autorowi z tej racji, że ostatnie zawiera również wyskok, że przyzwyczaić się doń można bardzo łatwo, że, wreszcie, używane w Rosji przez lud prosty gatunki piwa są bardzo lichy. Naturalnie, o ryczałtowym zniesieniu wódki odrazu w całej armii nie może być mowy. Herbata powinna być sprzedawana w sklepach specjalnych.

K. N.

177. Wassermann na podstawie własnych badań podziela (w „Archiv für klin. Chirurgie“, tom 69, zes. 1—2) pogląd Curschmanna, według którego stała leukocytoza, spostrzegana w zapaleniu wyrostka robaczkowego, upoważnia do orzeczenia, że istnieje niewchłaniające się ognisko ropne — nawet wówczas, kiedy nie przemawia za tem ani ciepłota, ani tętno, ani stan ogólny chorego. Natomiast brak leukocytozy nie wyklucza, zdaniem Wassermanna, ogniska ropnego.

W. M.

178. Jordan (z Heidelberga) opisuje niewątpliwą *przyprawę*, dotąd w literaturze nieznaną, postaci zapalenia ślepej kiszki, t. zw. *typhlitis stercoralis* (typhlitis i perityphlitis bez przedziurawienia owrzodzonej kątnicy, wywołane jedynie przez twarde kały). U 10-letniego chłopca, który zapadł na typowe ostre zapalenie okołokątnicowe, znaleziono przy operacji mocny zrost pętli jelit cienkich ze ścianą ślepej kiszki — w miejscu, gdzie się na niej wyczuwało nacieczenie grube na $\frac{1}{2}$ łokcia, sięgające aż do błony śluzowej. Wyrostek robaczkowy był zupełnie prawidłowy. Wycięto zajętą część kiszki, odległą o 2 cm. od wyrostka robaczkowego. Na błonie śluzowej znaleziono niewielkie owróżdzenie o szerokim pasie nacieczenia, w którym wykryto gronkowce. Żadnych śladów gruźlicy. (Arch. f. klin. Chir. T. 69, Z. 1—2).

W. M.

179. Ferrarini podaje (w „Il Morgagni“, 1902 r. listopad) *przyczynek do patogenazy białkomoczu*. Autor w ciągu lat dwu dokonał dużego szeregu badań nad zapaleniem nerek, sztucznie wywoływane za pomocą kwasu pyrogallusowego. Zmiany, w ten sposób powstające w nerkach, cechują się zwyrodnieniem nabłonka kanalików skręconych, kłębki zaś bywają — zależnie od stopnia zatrucia — albo wcale niezajęte, albo przekrwione. W tych przypadkach, w których kłębki były normalne, zapalenie przebiegało bez białkomoczu. Zdaniem autora, każde prawdziwe — ostre czy przewlekłe, mięsżysowe czy śródmięszkowe — zapalenie rozpoczyna się od sprawy zapalnej w kłębkach i bywa zawsze połączone z przekrwieniem naczyń i białkomoczem. Obok prawdziwych zapaleń istnieją choroby nerek natury degeneracyjnej i rozpadowej. Te mogą mieć punkt wyjścia bądź w kłębkach (jak w amiloidzie nerek), bądź w kanalikach (jak w zatruciach kwasem pyrogallusowym, u królików). Towarzyszy im białkomocz, o ile kłębki są zajęte.

W. M.

180. Francesco (Rif. med., 1902, № 203—6) stwierdził na 8 sekcjach *teorię Dehio'na*, według której zwyrodnienie mięśni komór serca nie ma prawie żadnego wpływu na *niemiarowość pracy serca*: zależy ona głównie od *zwyrodnienia mięśnia przedsionków*.

W. M.

V. Wiadomości terapeutyczne.

181. Frankl. **Dionina w praktyce ginekologicznej.** (Therapeut. Monatshefte, 1902, czerwiec).

Dionina działa skutecznie w przypadkach dysmenorrhoeae, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie badanie z jakiegobądź powodów jest niemożliwe (u pańien). Przepisuje się ten środek w pastylkach po 0,03 każda, lub w czopkach po 0,04 w każdym. Dalej, środek ten działa skutecznie w przypadkach zapalenia przymacicza; w tych razach uśmierniająco działają galki podług następującego przepisu: Dionini 0,03, Ammon. sulfo-ichthyl. 0,2, Butyri cacao 2,0; galki te wprowadza się do pochwy i podtrzymuje się za pomocą tamponu z waty suchej. Środek powyższy przyspiesza również wessanie wysięków miednicowych. Wreszcie, czopki z dioniny okazały się skutecznymi w przypadku ropnia kiszki stolewej (Dionini 0,03, Dermatoli 0,3, Butyri cacao 2,0).

M. Warszawski.

182. (wm) **Antypiryna.**

Ferrannini podaje ciekawy przyczynek doświadczalny do działania antypiryny (i pokrewnych jej preparatów) na ciepłotę ciała. Spadek temperatury ma polegać na tem, że antypiryna, przez wpływ bezpośredni na komórki wątrobowe (bez udziału dróg nerwowych), zmniejsza przetwarzanie w wątrobie glikogenu na cukier, a więc powstrzymuje wydzielanie cukru gronowego. Pod tym względem antypiryna ma antagonistę w peptonie: pepton podnosi ciepłotę, a towarzyszy temu, jak dowiódł autor, żywsza przemiana glikogenu na cukier. (Gazzetta degli osped. 1902, № 132).

183. (hul) **Adrenalina w praktyce moczopłciowej.**

W praktyce moczopłciowej adrenalina ma zastosowanie przed cystoskopowaniem przy krwawieniach pęcherzowych; w tym celu zastrzykuje się do pęcherza 150 ctm. sześć. 0,01% rozezynu adrenaliny i przemywa się go następnie

po kilku minutach; na tej drodze można przy pomocy endoskopu usunąć brodawczaki. Przy usuwaniu licznych brodawczaków pęcherza przy pomocy sectio alta wystarcza pędzlowanie okolicy zajętej tamponem z waty, zmoczonym 0,1% rozezynie adrenaliny. Korzystne bywa bardzo zastrzykiwanie 0,1% adrenaliny przed wprowadzeniem cewnika w przerostcie gruczołu krokowego. W 3 ch przypadkach kompletnego zatrzymania moczu z powodu przerostu gruczołu krokowego Frisch otrzymał świetne wyniki od systematycznych zastrzykiwań do cewki moczowej adrenaliny. Po pierwszych zastrzykiwaniach mocz pokazywał się kroplami, w następne zaś dni urynowanie szybko się poprawiało. Wyniki te Frisch tłumaczy nie usuwaniem krwi działaniem adrenaliny — jest ono bowiem krótkotrwałe — lecz psychicznym wpływem kilku pierwszych kropeł moczu, wypuszczonych przez chorego. Wpływ ten

wywołuje rozkurcz mięśni zwieracza wewnętrzznego, będącego w przeroście gruczołu krokowego w ciągłym stanie pobudzenia. (Wien klin. Woch. 1902. № 31).

184. (wm) **Collargolum.**

Credé zaleca wczesne zastrzykiwania śródżylnie Collargol'u we wszystkich sprawach septycznych. W lekkich i nieco cięższych przypadkach można jeszcze próbować wcierania maści Credégo, ale w ciężkich — należy bezzwłocznie przystąpić do zastrzykiwania. Autor podaje technikę zabiegu. (Archiv für klin. Chirurg., tom 69, zeszyt. 1—2).

185. (wm) **Eclampsia.**

Oliari zaleca stosowanie T-rae veratri viridis w napadach eklamptycznych i uremicznych. 20—25 krople tej nalewki (na dobę) szybko obniża ciśnienie wewnątrzna-czyniowe, co w wielu razach wystarcza; w najgorszym razie daje to nam dość czasu na dokonanie właściwych zabiegów, jak puszczanie krwi, wlewania podskórne i t. p. (Rif. med., 1902, № 223).

186. (kn) **Dysmenorrhoea.**

Dla usunięcia bólów podczas miesiączkowania u kobiet, które jeszcze nie rodziły, T o u v e n a i n t zaleca przyjmowanie, na 3—5 dni przed oczekiwanyim peryodem, trzy razy dziennie po 15 krople extr. fluid. senecionis vulgaris w herbatcie. Z chwilą wystąpienia miesiączki środka tego nie daje się. Jeżeli bóle, mimo to, istnieją, należy położyć się do łóżka i zaaplikować na dolną część brzucha okład ciepły. W razie bólów mocnych—lawatywa z 10—15 kroplami laudani lub 1—3,0 chloralu. Skutecznymi też są w tym wypadku środki następujące:

Rp. Tinct. opii gtt. X.

Camph. pulv. 0,2.

Vitell. ov. № 1.

Aq. sterilis 125,0.

MDS. Na lawatywę jedną.

ulb:

Rp. Extr. cannab. indic.

Extr. belladon. aa 0,01.

Butyri cacao q. s. ut f. suppos.

D. tal. suppos. № 5. 2—3

czopki dziennie.

lub wreszcie:

Rp. Tinct. viburni prunifolii

Tinct. piscid. erythrin. aa 10,0

MDS. 3×20 kr. w dowolnym napoju ciepłym do wewnątrz. (Wien med. Presse 5. 1903).

187. (hul) **Prostatitis chronica blennorrhoea.**

Masaż, stosowany zwykle w tem cierpieniu, nie nadaje się w niektórych przypadkach tegoż, a mianowicie przy zapaleniu wzgórk nasiennego (caput gallin.) i przewodów wytryskowych, mięsienie bowiem obwodu gruczołu nie może wpływać na usunięcie wydzieliny z wewnętrznej powierzchni tegoż i z przewodów wytryskowych. W przypadkach takich najlepiej działa rozszerzanie w połączeniu z przemywaniami części krokowej cewki moczowej (ichtyolem lub w razie obecności gonokoków—preparatami srebra). Pod wpływem tych zabiegów otwierają się naciezione gruczoły cewkowe i stają się dostępne do przemycia. W następstwie leczenia powyższego znika z cewki uporeczywa wydzielina; nadezłość części krokowej i bóle kłujące podczas wytrysku nasienia znikają również. Taki sam los spotyka i gonokoki, lecz niekiedy długo jeszcze wydziela się w nieznacznej mierze ciecz, zawierająca komórki. Przemywania dokonywać należy co 6—10 dni; cewkę rozszerza się do 33—40

charr. W innych przypadkach zapalenia gruczołu przyprątne go w pierwszym rzędzie postawić należy masaż, który wykonywać najlepiej palcem. Póczas leczenia starać się należy o regularny stolec. Prąd faradyczny (per rectum) daje dobre wyniki przy długim stosowaniu, przeciwwskazany jednak jest przy częstych polucjach, będących wynikiem samogwałtu. Zgiebik ochładzający Winternitz'a wywołuje poprawę subiektywną, lecz nie daje wyle-

czenia kompletnego. Prąd galwaniczny wskazany jest w rzadkich przypadkach nerwobólu, stanu podrażnienia i t. d. W cierpieniach śródmiażdżowych gruczołu krokowego stosuje się z powodzeniem zmienną ciepłotę przy pomocy termopsychroforu (Scharrf), lub też nasiadówki (2—4 f. soli morskiej 24—18°) i gimnastykę. Nasiadówki takie wpływają często na zniknięcie uporeczywego zaparcia stolca. (Monat. f. prakt. Derm. 1902. B. XXXIII, № 7).

VI. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie d. 20 stycznia 1903 r.

I. Lebensbaum przedstawił rozszerzacz systemu Frommer'a i zmodyfikowany rozszerzacz systemu Bossi'ego.

II. Kopytowski przedstawił chłopcę z owrzodzeniem na wardze dolnej wielkości grochu, w części zablźnionem, o dnie płaskim, lekko stwardniałem. Owrzodzenie słabo ropieje. Gruczoły chłonne w okolicy wrzodzenia mocno obrzmiałe.

Na sześć tygodni przed ukazaniem się tego owrzodzenia bawił się harmonijką; matka temu właśnie przypisuje powstanie choroby.

K. najpierw zastosował miejscowe leczenie rtęcią; obecnie uważa jednak za wskazane leczenie ogólne.

III. Gabszewicz przedstawił 17-letniego chłopcę, który po uderzeniu prawego barku o słup stracił możność czynnego podnoszenia prawej ręki ku górze. G. stwierdził porażenie nerwu pachowego (n. axillaxis), które wywołało wyłączone porażenie mięśnia naramiennego. W mięśniu tym, który uległ zanikowi, brak odczynu na prąd elektryczny.

IV. F. Neugebauer wygłosił odezyt p. t. „Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o obojactwie?“

Na podstawie 872 przypadków z piśmiennictwa zebranych i 33 spostrzeżeniach własnych oparł autor swe wywody. Odezyt ilustrowały dosadnie liczne fotografie, rysunki, modele z plastycyny, wykonane według natury przez samego autora, oraz preparaty anatomiczne.

Posiedzenie d. 27 stycznia 1903 r.

I. Feliks Malinowski przedstawił dwoje dzieci z gruźlicą prącia po obrzezaniu; przypadki te należą do całego szeregu zarażeń,

dokonanych przez jednego t. zw. *rzezaka* przy spełnianiu tego rytualnego obrządku.

II. Palmirski przedstawił chorego, który zgłosił się już z wyraźnymi objawami wodowstrętu i wyleczony został zastrzykiwaniem podskórnym sublimatu i wycięciem miejsc okaleczonych na ręce i nodze. W parę dni po dokonaniu tego wycięcia chory czuł się już zupełnie dobrze.

III. F. Neugebauer demonstrował kobietę mężatkę, dietną, z *enterocoele vaginalis* ogromnych rozmiarów. N. zastosował pessarium Papina i wyłuszczał argumenty przeciw operacyi.

IV. Jan Piltz wypowiedział rzecz p. t. „*Luxatio pathologica atlantis unilateralis rotatoria et meningomyelitis cervicalis superior e compressione*“. P. demonstrował odnośnego chorego, który znacznie się już poprawił. Zdaniem prelegenta, zwichnięcie to nastąpiło w ten sposób, iż w związku z zapaleniem wielostawowem (polyarthritidis), które chory przechodził w 1900 r., rozwinęło się zapalenie stawu międzykręgowego w górnej szyjowej części kręgosłupa, najprawdopodobniej zapalenie stawu między atlas i epistropheus po stronie lewej, z następstwami zmianami w samym stawie, które doprowadziły widocznie do jednostronnego rotacyjnego zwichnięcia atlantu i wywołało objawy ucisku na rdzeń w górnej części szyjowej.

Po wessaniu się wysięku, objawy ucisku na rdzeń stopniowo ustępują.

W dyskusyi brali udział:

1) H. Landau, który zaznacza, że brak w danym przypadku zajęcia nerwów czaszkowych: hypoglossi i accessori Willisii, spostrzeżanego w przypadkach luxationis atlantis i przypomina, że unieruchomienie głowy jest niezbędnym warunkiem pozostania przy życiu chorego, dotkniętego luxatione atlantis. W przypadku prelegenta ruchy głowy częściowe były możliwe.

2) M. Bruner wytacza argumenty przeciw rozpoznawaniu w danym przypadku zwichnięcia atlantu, bowiem zwichnięcie atlantu byłoby od razu śmiertelne. B. przypuszcza w danym przypadku meningomyelitis w części górnej szyjowej, jako następstwo reumatycznego procesu w stawach międzykręgowych i ucisk przez nagromadzony wysięk.

3) Bronisław Sawicki sądzi również, że zniekształcenie w danym przypadku ma swe źródło w zapaleniu stawu międzykręgowego podczas przebytego zapalenia wielostawowego; zmiany poważniejsze w stawie, jakie przypuszcza prelegent, mogłyby wywołać jedynie gruźlica kręgow, którą jednak w danym przypadku na zasadzie wywiadów i stanu obecnego wyłączyć należy. S. zwraca uwagę na brak objawu, który się spotyka zwykle przy zwichnięciu kręgow szyjowych: głowa była przechylona na bok, lecz broda nie przechodzi poza linię środkową ciała.

4) Wł. Janowski sądzi również, że o zwichnięciu w przypadku P. nie może być mowy; nierówności, jakie prelegent wyczuwał w gardzieli, mogły zależeć od pozostałych wskutek zapalenia narośli kostnych i grubych blizn.

Piltz odpowiada, że w przypadku swoim przypuszcza jednostronne rotacyjne zwiechnięcie, nie zaś obustronne całkowite, które naturalnie zagraża życiu chorego. W odpowiedzi Sawickiemu P. zaznacza, że Kocher uważa opisane w przypadku P. położenie głowy za charakterystyczne dla jednostronnego rotacyjnego zwiechnięcia atlasu, Landauowi zaś odpowiada, iż w tego rodzaju zwiechnięciu głowa nie bywa zupełnie unieruchomiona (zdanie Oppenheim'a).

Posiedzenie d. 3 lutego 1903 r.

I. A. Ciągliński przedstawił chorego 40-letniego z osłabieniem wzroku *po urazie*. Badanie oftalmoskopowe wykazało *zanik tarczy nerwu wzrokowego*.

II. Z. Dobrowolski przedstawił chłopca 10 letniego z nacieczeniem w gardzieli na tle przymiotu dziedzicznego (ojciec chorego przechodził przymiot i zmarł podobno na bezwład postępujący). Gruźlicę gardzieli D. wyłącza ze względu na brak laseczników Kocha w owrzodzeniach i brak nacieczeń gruźliczych na dnie owrzodzeń oraz ze względu na wielką rzadkość gruźlicy gardzieli u dzieci.

III. J. Steinhaus wygłosił rzecz p. t. „Nabłoniaki, powstałe z nabłonka kosmówki u mężczyzn”. S. opisał badanie guza jądra i przyjadrza, który okazał się embryomatem—z rozrostem elementów, identycznych z nabłonkiem kosmówki (*chorioepithelioma*). S. omówił sprawę tę na zasadzie danych, zaczerpniętych ze swego spostrzeżenia i z przypadków opisanych w literaturze, podnosząc rzadkość tej sprawy.

IV. St. Kopeczyński wygłosił rzecz p. t. „W sprawie anatomii patologicznej i patogeny płasawicy z demonstracją szeregu preparatów mikroskopowych mózgu i rdzenia”.

K. opisał przypadek płasawicy u 18-letniej dziewczyny (*z oddziału d-ra Pawińskiego*), która zmarła w 5 tygodni od początku choroby przy ciągłym wzmagananiu się ruchów płasawicznych. Badanie drobnowidzowe mózgu i rdzenia z wyjątkiem nieznacznej chromatolizy niektórych komórek kory mózgowej, dało wynik ujemny. K. podnosi, iż wogóle opisy badań drobnowidzowych w przypadkach płasawicy odznaczają się niezgodnością i różnorodnością. K. na zasadzie rysu historycznego poglądów na patogenę płasawicy wypowiada zdanie, że kwestya musi jeszcze pozostać otwartą.

M. Bornstein.

VII. Z Towarzystw Lekarskich w Wiedniu.

188. O. Föderl przedstawił mężczyznę, któremu przed 4 laty z powodu *raka krtani* usunięto cały ten narząd (z wyjątkiem kawałka chrząstki pierścieniowatej), nagłośnię i część przełyku. Pozo-

stały kawałek chrząstki pierścieniowatej przszyto z jednej strony do przelyku, z drugiej do kości podjęzykowej. Zabieg ten udał się doskonale, a nawrotów dotychczas nie było. Chory połyka pokarmy płynne i stałe; mowę ma nieco chrapliwą, lecz rozumiałą. (Gesell. d. Aerzte 19/XII 1902).

189. Lotheissen przedstawił starą kobietę, u której dokonał gastroenterostomii z powodu guza trzustki. Cierpienie rozpoczęło się przed kilku miesiącami objawami raka żołądka (ból w okolicy żołądka, wychudnięcie, żółtaczka, wymioty, guz w okolicy żołądka, obecność wolnego kwasu mlecznego w soku żołądkowym przy braku kwasu solnego). Laparotomia wykazała w okolicy główki trzustki guz, uciskający dwunastnicę i przewód żółciowy. Rodzaju guza nie określono, gdyż nie można go było usunąć z powodu osłabienia chorej. Po nakłuciu mocno napełnionego pęcherzyka żółciowego L. wykonał gastroenterostomiam retrocolicam post. Żółtaczka i wymioty ustąpiły. Należy przypuszczać, że jest to rak, gdyż guz rośnie, a bóle w brzuchu trwają w dalszym ciągu. (Gesell. d. Aerzte 16/I. 1903).

190. Doc. Schiff. *O nowych metodach określania pepsyny w soku żołądkowym.* Tylko w bardzo ciężkich cierpieniach żołądka brak zupełnie pepsyny w soku żołądkowym. Dla wykazania obecności pepsyny Hammerschlag podał sposób, mający kliniczne zastosowanie. Do jednej z dwóch równych części roztworu białka dodaje ją pewną ilość badanego soku żołądkowego, do drugiej roztworu kwasu solnego i obie próby wstawia się na pewien czas do termostatu. Ilość niestrawionego białka określamy sposobem Essbach'a. Okazało się, że normalny sok żołądkowy trawi 80% białka, przy ciężkich zaś niezbytach tylko około 10%. Ilościowe poszukiwania pepsyny wykazały, że wydzielanie jej w żołądku nie idzie równoległe z wydzielaniem się kwasu solnego. Pawłow drogą ciekawych doświadczeń dowiódł, że przyjmowanie pokarmów wpływa odruchowo na wydzielanie się soku żołądkowego; ilość i skład takowych zależy od rodzaju spożytych potraw. Pawłow dla oceny zdolności trawiennej soku żołądkowego używa zalecanych przez Mott'a małych napełnionych ściętym białkiem szklanych rurek, które wstawia do badanego soku żołądkowego. Ilość milimetrów strawionego słupa białka określa siłę trawienia. Wykazano, że w miarę skoncentrowania pepsyny zdolność trawienia. Wykazano, że w miarę skoncentrowania pepsyny zdolność trawienia wzrasta, mianowicie, sok, który trawi w rurkach Mott'a ilość białka długości 5 mm., zawiera 4 razy więcej pepsyny, aniżeli sok, trawiący tylko 1 mm.; a zatem siła trawienia pepsyny wzrasta w stosunku do kwadratu przetrawionego białka. W ten sposób można otrzymać dane liczbowe. S. przerobił te doświadczenia wspólnie z d-rem Nirenstein'em; otrzymane z badania roztworu czystej pepsyny wyniki zgadzają się w zupełności z powyższymi danymi. Badanie soku otrzymanego po śniadaniu próbnym, wykazało, że siła trawienia wzrasta przy rozrzedzeniu zawartości. Przyczyną tego zjawiska są substancje, pochodzące z węglowodanów pokarmu, wstrzymujące trawienie; rozcieńczenie (16 razy) sprowadza to hamowanie trawienia do 0. Dla tego też, chcąc otrzymać wyniki porównawcze, należy przedsiębrać

próby tylko z 16-krotnie rozcieńczonym sokiem żołądkowym. Normalny sok żołądkowy trawi w 16 krotnem rozrzedzeniu około 3 mm. (podług Mott'a). (Gesell. f. innere Med. 12/II 1903).

191. Prof. M a n n a b e r g przedstawił chorego z *ogniskiem zgorzelinowym*, a być może z *ropniem międzyprazowym w prawym płucu*. Poprzednio zdrowy osobnik przed 4 miesiącami zaczął kasłać, wykrztuszając niewielką ilość cuchnącej plwociny; następnie wystąpiły kilkakrotne dreszcze wstrząsające i bóle w prawej połowie klatki piersiowej. Badanie fizykalne wykazuje stłumienie w okolicy międzyłopatkowej prawej na ograniczonej przestrzeni i oddech nieokreślony w tem miejscu. Radioskopia daje cień wielkości jaja; umiejscowienie odpowiada okolicy połączenia 3 płatów płuca. Chory w ostatnich czasach nie gorączkuje. W plwocinie wykryto obok ciała ropnych i czerwonych krążków krwi włókna sprężyste, a prócz tego—dwoinki i tańcuskowce. Etiologia sprawy nie jasna; być może, poprzedziło ją gnilne zapalenie oskrzeli. Na pytanie prof. S c h r ö t t e r'a, który utrzymuje, że tego rodzaju cierpienia powstają przeważnie wskutek przedostania się ciała obcego do płuc, M. odpowiada, iż w danym przypadku na ten czynnik etyologiczny ścisłe dane wywiadowe nie wskazują. Prof. N o t h n a g e l spostrzegł przypadek, w którym chory w ciągu wielu lat kaszlał i odpluwał plwocinę cuchnącą; objawy te ustąpiły, gdy chory wykrztusił kawałek kości; kiedy i w jaki sposób ciało obce dostało się do płuc, chory nie wiedział. (Gesell. f. innere Med. 29/I 1903).

192, T ü r k przedstawił 53-letniego mężczyznę z *rakiem prawego oskrzela*. Przed kilku miesiącami wystąpił kaszel, następnie głuche bóle w klatce piersiowej i bóle przy łykaniu; stan był bezgorączkowy; w końcu chory zaczął szybko chudnąć. Badanie wykazuje: ponad stawem mostko-obojęzycznym prawym twardy powiększony gruczoł; ruchy prawej połowy klatki piersiowej przy oddechaniu znacznie zmniejszone; oddech tchawicowooskrzelowy u prawego szeptu i w prawej przestrzeni międzyłopatkowej. Plwocina gęsta, szklista, zawiera włókna spiralne C u r s c h m a n n'a, niekiedy małą domieszkę krwi. W ostatnim czasie wykryto stale w plwocinie czopkowate twory, złożone z komórek cylindrycznych i okrągłych lub też z komórek migawkowych. W przelyku żadnych zmian nie było. (Gesell. f. inner. Med. 29/I 1903).

193. S v o b o d a przedstawia 2 dzieci, dotkniętych *spasmus nutans*, który się u nich rozwinął po dłuższym pobycie w ciemnym pokoju; umieszczenie dzieci w mieszkaniu widnem wystarczyło, aby zaburzenie to po kilku dniach ustąpiło. K a s s o w i t z przypomina, że *spasmus nutans* spostrzegamy przeważnie u dzieci rachitycznych (przedstawione przez S v o b o d'ę wykazują objawy krzywicy).

T. B.

VIII. Z Towarzystw lekarskich francuskich.

Académie des sciences w Paryżu. Posiedz. 23/II 1903 r.

194. *Gruźlica kości długich* spotyka się dosyć rzadko u ludzi starszych, daleko częściej u dzieci lat 7—15—16. Lannelongue ukazuje na dwie jej postaci: subperiostalna, interstitialna i intramedullarna. Ostatnia postać spotyka się najczęściej. Początkowe ogniska gruźlicze znajdują się przytem w kanale mózgowym. Ztamtąd już przechodzi zapalenie na kość i na okostną, która wydziela na powierzchnię kości masy gruźlicze. W okostny tworzą one mięki guz i tylko potem zamieniają się w płyn, to jest w ropień gruźliczy. Ropień siedzi na kości, okrążony błoną. W największej części przypadków zostaje się on na miejscu, czasami tylko zmienia miejsce i przechodzi w ropień wędrujący czyli nawalowy. Gdy się te ropienia (*tuberculoma*) powiększyły znacznie, można je leczyć wstrzykiwaniami. Najpierw wypłukuje się jamę ropienia bardzo ściśle tak, aby 2,0—3,0 jodoformu zostało w niej. Lannelongue używa przytem następującego płynu: R_p. Olei amygdalarum dulcium 90,0, Aetheris 10,0, Jodoformi 10,0, Creosoti 2,0.

Jednorazowe wstrzyknięcie czasami jest dostateczne dla wyleczenia ropienia, najczęściej trzeba 2 lub 3 razy powtórzyć wstrzykiwania. Jeżeli ten sposób nie wyleczy tuberkulomę, to trzeba ją wyciąć. Pomaga w tym przypadku tylko doszczętne usunięcie dłutem i młotkiem chorych tkanek kostnych.

Société médicale des hôpitaux w Paryżu. Posiedz. 27/II 1903 r.

195. A pert zauważył *zatrucie ołowiem* u robotników, którzy dotychczas na to nie cierpieli. Są to robotnicy, którzy uprawiają w złoto małe perełki. Między perłami a złotem kładzie się cienka warstwa, składająca się z bieli ołowianej i gumy arabskiej. Niektórzy robotnicy mają złe przyzwyczajenie zlizywania tego, co przecieka. A pert wspomina o dwóch przypadkach, w których postawione było rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego. Chorych tych operowano, ale bólów tem nie usunięto. Mając na uwadze taką wielką wagi pomyłkę trzeba ściśle badać chorego, czem się on trudni, aby zapobiedz temu.

Mathieu i Triboulet przyznają wielką trudność rozpoznania czy się ma do czynienia z zatruciem ołowiem czy z zapaleniem wyrostka, czy też z zapaleniem otrzewnej. Mathieu dodaje jeszcze, że przy otruciu ołowiem osiągnął dobre wyniki, dając wysokie dawki belladonny, mianowicie: 4,5—6 pigułek, zawierających każda po 0,01 belladonnae pulv. i 0,01 extr. belladonnae.

Florand opowiada o jednym przypadku operowania młodej dziewczyny z powodu zapalenia wyrostka. Napady nie ustały po operacyi, a później wyjaśniły się one jako zatrucie ołowiem, gdyż po-

kazał się charakterystyczny brzeg ołowiany w jamie ustnej i inne objawy zatrucia ołowiem.

Le Gendre wskazuje na niebezpieczeństwo, które wywołują środki przeczyszczające, tak często używane podczas zatrucia ołowiem; mogą one doprowadzić do nieżytego zapalenia okrężnicy i przez to do zapalenia wyrostka.

Moutard-Martin używa z dobrym skutkiem przeciwko zatruciu ołowiem chlorał w wysokich dawkach (10,0—12,0 dziennie).

Galliard proponuje jako środek do różniczkowego rozpoznania elektryczne lawatywy, które Faisans uważa za bardzo niebezpieczne przy zapaleniu wyrostka jako też i wogóle wszystkie inne lawatywy, gdyż stan kiszki nie jest nam wiadomy, a o przedziurawieniu nie trudno.

W. Bieh.

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 15 kwietnia 1903 r.

—z— Poniżej podajemy program narad nad higieną miast i wsi w Towarzystwie Hygienicznym.

Doniosłość narad wobec wielu kwestyi pierwszorzędnej wagi jest tak widoczna, że uważam za zbyteczne zbyt rozprzeźniać się o tej sprawie.

„Kronika“ przed 8 laty podnosiła już myśl zorganizowania takich narad peryodycznych, zbierali się nawet z naszej inicjatywy na narady przedstawiciele różnych pism lekarskich, brakło jednak wtedy ośrodka, który mógłby myśl ucieleśnić, brakło instytucji, która by miała prawo zająć się zorganizowaniem takich narad.

To też dziś tem goręcej witamy otwarcie narad, tem usilniej życzymy, aby przyniosły wyniki dodatnie i aby owoc pracy był zdrowy i trwały.

—z— Proszeni jesteśmy o zaznaczenie, że w dniu 6 czerwca (n. s.) r. b. odbędzie się w Warszawie, za zezwoleniem władzy, zjazd b. wychowawców Szkoły Głównej. Uprasza się wszystkich, którzy do Szkoły Głównej uczęszczali, aby zechcieli nadesłać jaknajśpieszniej (najpóźniej do 1 maja) swoje adresy, oraz w odleglejszych stronach zamieszkałych, na ręce dyrektora Muzeum Przemysłu i Rolnictwa—Józefa Leskiego, w Warszawie.

—z— W końcu ubiegłego miesiąca kol. L. Bregman otworzył gabinet fizykalno-terapeutyczny. Zakład ma na celu stosowanie w szerokim zakresie wszelkich sposobów lecznictwa fizykalnego, znajdujemy tu więc różne przyrządy, służące do stosowania leczniczego światła—żarowego i łukowego, udoskonalone aparaty do elektryzacji, przyrządy do mechanoterapii, masażu wibracyjnego, ćwiczeń dla tabetyków i t. d. Zakład przeznaczony jest głównie dla chorych z cierpieniami wewnętrznymi i nerwowymi. Przy zakładzie urządzono

pracownię Roentgen'a, w której dokonywane są w celach dyagnostycznych prześwietlenia i zdjęcia promieniami Roentgen'a.

—z— Według pism amerykańskich, osób starszych nad lat 90 było 33762, nad 120—86 i nad 130—9 osób, między nimi wszyscy, którzy przekroczyli 115 lat życia, byli murzynami prócz jednego 130-letniego indyanina.

—z— W Winnicy podolskiej otwarto Towarzystwo Lekarskie.

—z— Do parlamentu Angielskiego wniesiono bil o zabronieniu palenia tytoniu dzieciom do lat 16.

—z— W Wiedniu rozpoczęło wychodzić nowe pismo specjalne „Monatschrift für Kinderheilkunde“: pod redakcją Artura Koller'a.

Sprostowanie. W zeszytcie 7-ym str. 286, wiersz 12 od dołu—ma być „instytucyi“—zamiast „instrukcyi“.

Z M A R L I.

I znowu śmierć przecięła pasmo życia jednego z wybitniejszych ginekologów. Zmarł Adolf Gessner, profesor zwyczajny i dyrektor kliniki ginekologicznej w Erlangen, w 39 roku życia. Do wybitniejszych jego prac należy praca o „antyseptyce i aseptyce w położnictwie“. Jako człowiek pracy, obdarzony umysłem krytycznym, rokował wielką przyszłość. Cześć jego popiołom! *W.*

Odpowiedź redakcyi.

D-r Garbaczewski w Turobinie. Przepisywanie leczenia na odległość wogóle jest rzeczą niemożliwą, wskazania bowiem płyną z bezpośredniej obserwacyi chorego. W zakrzepie żył wogóle stosować należy, według zasad przyjętych obecnie, wanny słone, unieruchomienie i spokój w początkach, okłady rozgrzewające; wewnętrzne leczenie nie daje żadnych, lub prawie żadnych wyników. W razie, gdy bóle skutkiem ucisku na nerwy są silne i nie ustępują od żadnych środków, Trendelenburg jeszcze w 1888 r. zalecił wycięcie żyły zakrzepniętej, a zdanie jego podziela wielu chirurgów.

Program narad nad higieną miast i wsi w Warszawskim Towarzystwie Hygienicznym w dniu 27—30 kwietnia r. b.

27-go kwietnia o godzinie 11-ej rano.

Zagajenie posiedzenia przez przewodniczącego w Radzie Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego.

Wybór delegacyi do rozpatrzenia zadań gospodarstwa miejskiego pod względem hygienicznym.

Przemówienie przedstawicieli z prowincyi.

Referat d-ra Chełchowskiego: O zadaniach Towarzystwa Hygienicznego pod względem higieny ludu.

Referat d-ra Hewelkego: O nadzorze sanitarnym obywatelskim.

27-go kwietnia o godzinie 5-ej po południu.

SALA 1-sza ¹⁾ (gospodarz d-r Chełchowski).

D-r Klarnier z Beżyc: O najpilniejszych potrzebach sanitarnych prowincyi i sposobach ich załatwienia.

D-r Grodecki z Kowna: Najpilniejsze potrzeby sanitarne naszych miasteczek.

Odczytanie wniosków Towarzystwa Lekarskiego Radomskiego o najpilniejszych potrzebach sanitarnych prowincyi.

Adw. Rakowiecki: Obecny stan higieny chaty włościańskiej (na podstawie ankiety).

D-r Dobrzycki: Typ chaty higienicznej włościańskiej.

SALA 2-ga (gospodarz d-r Jakowski, sekretarz d-r Landstein).

D-rzy Palmirski, Kozicki i Żebrowski: O surowicach leczniczych: przeciwbłoniczej, przeciwpaciorkowcowej i przeciwężcowej.

D-r Gałeccki: O surowicy przeciw tuberkulicznej.

D-r Jerzy Bruner: Szczepionki przeciw dżumowemu i przeciw cholerycznemu.

SALA 3-cia (gospodarz d-r Jaworski, sekretarz d-r Szymański).

Projekt prawideł postępowania bezgnilnego podczas ciąży, porodu i połogu. Referat zbiorowy. Odczyta d-r S. Cykowski.

¹⁾ Sala 1, 2 i 4-ta mieszczą się na pierwszym piętrze Warszawskiego Muzeum przemysłu i handlu, sala 3-cia na parterze tegoż gmachu (Krakowskie-Przedmieście 66).

D-r J. Jaworski: Przyczynek do metody praktycznego wyjąłowania rąk. Praca doświadczalna.

D-rzy K. Jasielwicz i J. Jaworski: Szkoła babek wiejskich. O najważniejszym typie akuszerki dla prowincyi.

D-r Boryssowicz: W sprawie pomocy ginekologicznej na prowincyi.

D-r B. Szymański: W sprawie podniesienia poziomu wykształcenia akuszerskiego lekarzy prowincjonalnych.

D-r Fr. Neugebauer: O wczesnem rozpoznaniu i właściwem leczeniu pewnych cierpień kobiecych.

28-go kwietnia o godzinie 10-ej rano.

SALA 1-sza (gospodarz d-r Chełchowski).

D-r Wł. Biegański (ref. Częstochowsk. Tow. Lek.). O pomocy leczniczej dla ludu wiejskiego.

D-r Fidler i Kędzierski: O pomocy leczniczej na wsi.

D-r Michałowski z Żelechowa: Lecznictwo ludowe.

P. Mniszewska z Rosochy: Pomoc lecznicza ludności wiejskiej.

SALA 2-ga (gosp. d-r Jakowski, sekr. d-r Landstein).

D-r Feliks Drecki z Kalisza: O rozpowszechnieniu szczepienia ospy ochronnej, oraz zapewnieniu personelu i materji szczepiennej. Historia szczepienia ospy w powiecie Kaliskim w ostatniej ćwierci wieku.

D-r Zygmunt Michałowski z Radzyna: O szczepieniu ospy w miastach i gminach i o zapobieganiu chorobom zakaźnym w ogólności.

D-r St. Skalski z Radomia: O szczepieniu ospy i zapobieganiu chorobom zakaźnym w miastach i gminach.

D-r Tehórznicki: O przygotowaniu krowianki.

D-r Gutowski: Wpływ szczepienia krowianki na przebieg ospy.

D-r Stępniewski: Etyologia ospy.

SALA 3-cia (gosp. Michał Białobrzescki).

M. Białobrzescki: O organizacyi badania produktów spożywczych w miastach, z uwzględnieniem praw obowiązujących.

Kłosoński—magistr farmacyi z Zamościa: Urządzenie pracowni analitycznych przy aptekach.

D-r Szulc z Żyrardowa: Cel i metodyka statystyki sanitarnej. Żyrardów pod względem sanitarno-statystycznym.

G. Tołwiński: O potrzebie zakładania stacyi meteorologicznych na prowincyi.

D-r Wernic: O stanie i potrzebach sanitarnych Kalisza.

D-r Zaleski: Obecny stan Płocka pod względem sanitarnym.

28-go kwietnia o godzinie 5-ej po południu.

SALA 1-sza (gosp. d-r Męczkowski).

D-r Męczkowski: O szpitalnictwie prowincjonalnem.

D-r Zygmunt Kramsztyk: O zapobieganiu szerzeniu się jałglicy wśród ludności wiejskiej.

D-r Szwajcer: Typ małego szpitala wiejskiego.

D-r Idzikowski: O małym szpitalu wiejskim.

SALA 2-ga (gosp. d-r Jakowski, sekr. Landstein).

D-r Ganz: O dezynfekcyi.

D-rzy Korzoni Turcki: O dezynfekcyi parą.

D-r Nencki: Dezynfekcyja mieszkań.

SALA 3-ia (gosp. M. Białoברzeski).

M. Białoברzeski: O stanie higienicznym wód do picia w Królestwie Polskiem (na podstawie ankiety).

Edward Szenfeld: O sposobach zaopatrzenia małych miast i osad w dobrą wodę do picia.

Prusynowski, magist. farmacyi z Kalisza: Zaopatrzenie małych miast w dobrą wodę do picia.

D-r Jerzy Bruner: Wartość bakteriologiczna badania wody.

29-go kwietnia o godzinie 10-ej rano.

SALA 1-sza (gosp. d-r Chełchowski).

D-r Maciesza z Płocka: O szerzeniu zasad zdrowotności wśród szerszego ogółu.

Marya Szymonowiczowa z Miąs: Inicytywa w sprawach higieny na wsi.

D-r Tchórznicki: Czystość skóry u dziatwy szkolnej w Warszawie.

D-r Themerson z Płocka: Organizacya kąpieli w szkołach początkowych.

SALA 2-ga (gosp. d-r Jaworski).

D-r J. Idzikowski: W sprawie organizacyi pomocy akuszerijnej na prowincyi.

D-r M. Zwejgbaum: W sprawie stałej pomocy akuszerijnej dla ubogiej ludności miast i miasteczek.

D-r S. Zaborowski: W sprawie operacyjnej pomocy położniczo-ginekologicznej w zastosowaniu do praktyki prowincjonalnej.

D-r S. Kurtz: W sprawie pomocy akuszerijnej przy fabrykach na prowincyi.

D-r G. Chodakowski: O przytułkach położniczych przy szpitalach na prowincyi. Przepuszczalny budżet i koszty.

D-rzy B. Korybut-Daszkiewicz i W. Żórawski: O stosowaniu kąpieli u noworodków w pierwszych dniach życia. Opis zmodyfikowanego sposobu ratowania od pozornej śmierci noworodków i dzieci starszych. Przedstawienie zdjęć fotograficznych ze stosowania tego sposobu.

SALA 3-cia (gosp. M. Białobrzewski).

D-r Michałowski z Żelechowa: Oczyszczanie ulic i domów w małych miastach.

Prusinowski, magist. farm. z Kalisza: O usuwaniu nieczystości i ścieków.

Inż. Rymkiewicz: Mumifikacja odpadków i wypróżnień, jako system asenizacji.

29-go kwietnia o godzinie 5-ej po południu.

SALA 1-sza (gosp.: Chełchowski i Męczkowski).

Sformułowanie wniosków w sprawie najpilniejszych potrzeb higienicznych i leczniczych małych miast i wsi.

SALA 2-ga (gosp. Jakowski).

Sformułowanie wniosków w sprawie szczepień ochronnych.

SALA 3-cia (gosp. M. Białobrzewski).

Sformułowanie wniosków w sprawie asenizacji miast i osad, zaopatrzenia w wodę i badania produktów spożywczych.

30-go kwietnia o godzinie 10-ej rano:

Posiedzenie gospodarzy narad.

30-go kwietnia o godzinie 1-ej po południu.

Ogólne posiedzenie uczestników narady; zatwierdzenie wniosków.

Posiedzenia delegacji do rozpatrzenia sprawy gospodarstwa miejscowego pod względem sanitarnym odbywać się będą w sali № 4 w godzinach oznaczonych się mających na I-em posiedzeniu delegacji w d. 27 kwietnia o godzinie 1-ej po południu.

Uwagi: Odczyt każdy trwać ma nie więcej nad minut 20, przemówienie w dyskusji—5 minut. W razach wyjątkowych nieznaczne przedłużenie może mieć miejsce za zgodą zebranych.

Pp. członkowie proszeni są o dowiadywanie się codziennie w biurze Towarzystwa (obok sali 4-ej) o ewentualnych zmianach programu, zwiedzaniu zakładów i t. p.

W wieczór d. 26 kwietnia sale Towarzystwa będą otwarte dla uczestników zarówno warszawskich, jak i przybyłych z prowincyi.

W d. 28 o godzinie 9 ej wieczór odbędzie się wieczerza składkowa uczestników narad. Składka oznaczoną została na rubli trzy.

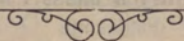
Życzący sobie wziąć udział w wieczerzy raczą koniecznie przed dniem 15-ym kwietnia zgłosić się (listownie) do biura Towarzystwa.

Wszelką korespondencję w sprawie narad adresować należy do Rady Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego na ręce Wice-Prezesa D-ra Pola k a.

Wszyscy uczestnicy narad i wogóle członkowie rzeczywiści Towarzystwa Hygienicznego będą mogli zwiedzać bezpłatnie Wystawę Hygieniczną, która urządzoną zostanie w salach Ratuszowych na czas od 24 kwietnia do 9 maja.

Za Prezesa Rady Towarzystwa Hygienicznego J. Pola k.

Sekretarz Rady Wł. Palmirski.



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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 18 Марта 1903 г.