

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ, PRACE ORYGINALNE. O stwardnieniu rozsiańcem (sclerosis multiplex), przebiegającym pod postacią zapalenia rdzenia poprzecznego (myelitis transversa). Podali E. Flatau i J. Koelichen. (Ciąg dalszy). — Ginekologia u Celsusa. Przyczynek do historii ginekologii. Opracowany przez d-ra Jana Lachsa (z Krakowa). (Ciąg dalszy). — **WYKŁADY KLINICZNE.** O miesakach kiszki cienkiej. — **STRESZCZENIA I WYCiąGI.** 35. Działanie wyciągu z nadnercza na śluzówkę nosa i krtani. — III zjazd przyrodników i lekarzy czeskich. (Sprawozdanie własne). — Zjazd przeciwgruźliczy w Londynie. (22—26 lipca 1901 r.). — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r E. Flatau et J. Koelichen — Sur une forme de sclérose disseminée simulant la myélite transversale. 2) D-r J. Lachs — La gynécologie chez Celse.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r E. Flatau und J. Koelichen — Ueber multiple Sclerose verlaufend unter dem Bilde einer Myelitis transversa. 2) D-r J. Lachs — Die Gynaekologie bei Celsus.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Z PRACOWNI D-RA MED. E. FLATAU'a W WARSZAWIE.

O STWARDNIENIU ROZSIANEM

(SCLEROSIS MULTIPLEX),

przebiegającym pod postacią zapalenia rdzenia poprzecznego

(myelitis transversa).

Podali

E. FLATAU i J. KOELICHEN.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 39).

Sekcyja nie wykazała zmian makroskopowych, ani w mózgu, ani też w rdzeniu. Na przekrojach świeżych rdzenia nie stwierdzono nigdzie ani ognisk rozmiękczenia, ani też szarych plam stwardnienia, opony rdzeniowe wyglądały zupełnie normalnie. Rdzeń został utrwalony w 10%-ej formalinie. Gdy po upływie kilku dni wyjęto rdzeń, aby wykrajać z różnych wysokości oddzielne kawałki dla zastosowania metody Nissl'a, ujrzano wtedy na całej rozcią-

głości rdzenia płamy podobne zupełnie z wyglądu do tak zwanych *plaques sclerotiques*. Największa ich liczba znajdowała się w części szyjowej. W dalszym ciągu pogrążono rdzeń do płynu MÜLLER'a. Po upływie odpowiedniego przeciągu czasu wycięto ponownie z różnych wysokości rdzenia kawałki dla zastosowania metody MARCHI'ego, WEIGERT'a, zabarwienia karminowego i hematoksylinowego. Zauważono przytem, że po utrwaleniu w solach chromowych ogniska stwardnienia wystąpiły jeszcze jaskrawiej w postaci blade zabarwionych i bardzo ostro odcinających się od reszty istoty płam. Badanie drobnowidzowe wykazało zmiany następujące:

Metoda NISSL'a:

Do metody NISSL'a użyto kawałków rdzenia z II grzbietowego, II lędźwiowego, V lędźwiowego i I krzyżowego odcinka.

Skrawki z II odcinka grzbietowego wykazały następujące zmiany. Komórki nerwowe w rogach przednich, tylnych, słupach CLARKE'go, po zatem tak zwane komórki środkowe (*Mittelzellen*), znajdujące się na przestrzeni pomiędzy rogiem przednim i tylnym, zachowały zarówno zupełnie normalną formę zewnętrzną, jak również normalną budowę wewnętrzną. W komórkach rogów przednich widzimy dobrze zaznaczone ciała NISSL'a, jądro i jąderko, poza tem widzimy co najmniej w połowie ogólnej liczby tych komórek tak zwany jasno żółty barwnik komórkowy, który znajdujemy również w komórkach rdzenia normalnego. Komórki te zachowują normalny wygląd i budowę nawet w tych miejscach, w których ognisko stwardnienia przechodzi na przedni róg. W komórkach rogów tylnych, komórkach słupów CLARKE'go i w komórkach środkowych ciała NISSL'a jądro i jąderko są również dobrze przechowane, wiele z pomiędzy tych komórek zawiera jasno żółty barwnik. Ognisko stwardnienia zajmuje głównie prawą połowę przekroju rdzenia, odcina się ono ostro od tkanki normalnej, przyczem granica pomiędzy tkanką stwardniałą i normalną przedstawia się w postaci linii prostej, przebiegającej skośnie od punktu, znajdującego się nieco na zewnątrz od rogu przedniego, do punktu, położonego nieco na wewnątrz od rogu tylnego. Ognisko więc zajmuje cały prawie prawy słup boczny z wyjątkiem wąskiego pasa, przylegającego do zewnętrznej strony przedniego rogu, cały prawy róg tylny oraz zewnętrzną, tylną część pęczka BURDACH'a. Drugie, mniejsze ognisko zajmuje przednią część słupa przedniego i rogu przedniego istoty szarej. W lewej połowie przekroju rdzenia widzimy niewielkie ognisko, zajmujące tak zwany kąt przedni słupa przedniego. W ogniskach tych znajdujemy zwiększenie ilości ziaren neuroglei. Wzdłuż przegródek łączno-tkankowych (*septa*) i w okolicy naczyń znajdujemy znaczną ilość ziaren. Naczynia w ogniskach są rozszerzone i napełnione krwią.

W skrawkach z II odcinka lędźwiowego komórki nerwowe w istocie szarej (komórki rogów przednich, tylnych, komórki STILLING'a i środkowe) są zupełnie normalne. Ognisko stwardnienia zajmuje w prawej połowie przekroju prawie cały obwód słupa przedniego, z wyjątkiem tylnej połowy w okolicy *sulcus long. ant.*, po zatem cały obwód słupa bocznego i obok leżącą część obwodu słupa tylnego z pasem LISSAUER'a włącznie, wreszcie znajdujemy bardzo małe ognisko trójkątne na obwodzie prawego tylnego słupa, leżące na połowie przestrzeni pomiędzy *septum posterius* i tylnym rogiem. W lewej połowie rdzenia ognisko stwardnienia jest daleko mniej intensywne i zajmuje również obwód słupów przednio-bocznych, jednakowoż obwód tylnej części słupów bocznych i obwód słupów tylnych ognisk nie zawierają. Charakter hi-

stologiczny ognisk jest ten sam, co i w odcinku, poprzednio opisanym. Ognisko stwardnienia nigdzie nie przechodzi na istotę szarą.

W skrawkach z V odcinka lędźwiowego widzimy te same zmiany, co i w odcinku drugim. Ogniska stwardnienia zajmują z obu stron przeważnie obwód słupów przednich i bocznych, z prawej strony jest również zajęty obwód słupów tylnych (po stronie lewej obwód tylnych słupów nie wykazuje na skrawkach Nissl'a zmian bardzo widocznych). Z prawej strony intensywność ognisk jest większa, niż po stronie lewej, przyczem z obu stron jest ona największa w słupach przednich i słabnie w miarę zbliżania się ku tyłowi. I w tym odcinku widzimy również przeważnie skupienia ziaren w przegrodach oraz nakoło naczyń. Nacieczenie drobnokomórkowe widzimy również w *pia mater* wzdłuż słupów przednich i w *sulcus longitudinalis anterior*. Ognisko stwardnienia przechodzi na najbardziej obwodowe części przednich rogów istoty szarej. Budowa histologiczna komórek nerwowych istoty szarej jest normalna.

W I odcinku krzyżowym widzimy zmiany podobne do tylko co opisanych, są one jednak jeszcze silniej rozwinięte, niż w odcinku poprzednim. Zajmują one cały obwód przekroju rdzenia bez widocznej różnicy z obu stron. Jednakowoż dno *sulcus long. ant.* i dno przedniej części *septum posterius* pozostają wolne od ognisk stwardnienia. Części przednie rogów przednich zajęte są przez ogniska. Charakter zmian histologicznych jest ten sam, co w odcinkach poprzednich. Zauważyć należy, że ani w odcinkach lędźwiowych, ani też w krzyżowym granica pomiędzy ogniskami stwardnienia i tkanką normalną nie jest tak ostro zaznaczona, jak w odcinku grzbietowym.

Pozatem występuje tutaj wybitnie jeden szczegół histologiczny, który widzimy również w odcinkach poprzednich. Mianowicie w ogniskach stwardnienia możemy odróżnić dwa rodzaje ziaren: w okolicach naczyń i przegródek łącznotkankowych (po zatem w *pia mater* i szczególnie w *sulc. long. ant.*) widzimy zupełnie okrągłe silnie zabarwione ziarna (leukocyty?); poza temi widzimy w ogniskach stwardnienia bardzo wielką ilość ziarenek, posiadających formę mniej regularną, często podłużnie owalną i nie tak silnie zabarwionych, jak ziarna poprzednie (ziarna neuroglei), pośród tych ostatnich znajdujemy rozsiane pojedynczo ziarna, należące do pierwszej kategorii.

Metoda WEIGERT'a (modyfikacja WOLTERS'a).

W II odcinku szyjowym widzimy słabsze zabarwienie obwodowych części słupów bocznych, zachodzące na obwód słupów przednich (wyluczając okolicę *sulcus long. ant.*). Słabe to zwyrodnienie występuje dosyć symetrycznie z obu stron przekroju, zajmuje te części słupów, które odpowiadają mniej więcej pęczkom mózdkowym i Gowers'a. W słupach tylnych widocznego zwyrodnienia stwierdzić nie można. Przy powiększeniu silniejszym widzimy w miejscach zmienionych zmniejszoną liczbę włókien myelinowych wraz z nieznacznym rozrostem neuroglei; ocalałe włókna myelinowe są w części spęczniałe, w części zaś spotykamy bryłki myelinowe i komórki ziarniste (wczesne stadyum zwyrodnienia).

W IV szyjowym odcinku występują zmiany podobne do tylko co opisanych. Oprócz tego widzimy na obwodzie prawego słupa przedniego (a w mniejszym stopniu na obwodzie lewego) wąski pas z zupełnym prawie zanikiem włókien myelinowych, przez który przebiegają nieuszkodzone włókna korzeni przednich.

W V odcinku szyjowym znajdujemy tylko bardzo wąziutki pas na obwodzie w miejscu wyjścia korzeni przednich, w którym są rozrzucone bardzo nieliczne włókna myelinowe. Reszta obwodu słupów przedniobocznych nie wykazuje zmian najmniejszych.

W VI odcinku szyjowym widzimy w prawej połowie przekroju rdzenia 3 ogniska na obwodzie słupów przednio bocznych. Jedno z nich największe (Fig. 1) zajmuje część środkową obwodu słupa bocznego; jest ono na skrawkach, zabarwionych metodą WOLTERS'a jasne, posiada bardzo nieznaczny liczbę włókien myelinowych, przeważnie w postaci rozpadających się bryłek. Ognisko to odcina się od tkanki normalnej zupełnie ostro zaznaczoną linią. Drugie ognisko, znacznie mniejsze, znajdujemy na obwodzie słupów przednich, wreszcie trzecie ognisko z daleko mniej rozwiniętym zwyrodnieniem włókien znajduje się na obwodzie słupa tylnego w pobliżu rogu tylnego. W lewej połowie przekroju żadnych zmian nie znajdujemy.

Na skrawkach następnych aż do V odcinka grzbietowego żadnych zmian nie znaleźliśmy.

W V odcinku grzbietowym znajdujemy w prawej połowie przekroju rdzenia bardzo nieznaczne zwyrodnienie włókien i rozrost neuroglii w tylnej części obwodu słupa bocznego; tylko niedaleko rogu tylnego widzimy mały trójkąt, w którym rozrost glei wraz ze zwyrodnieniem i zanikiem włókien myelinowych jest dalej posunięty. Lewa połowa rdzenia zupełnie normalna.

W VIII odcinku grzbietowym znajdujemy w prawej połowie przekroju w środkowej części obwodu słupa bocznego bardzo nieznaczne zwyrodnienie. Oprócz tego spostrzegamy w lewym pęczku GOLL'a na obwodzie i tuż obok *septum medianum posterius* małe trójkąt sklerotyczny.

W X odcinku grzbietowym w prawej połowie przekroju rdzenia widzimy znaczne ognisko, zajmujące więcej niż tylną połowę obwodu słupa bocznego i przechodzące trochę na obwód słupa tylnego. Ognisko to zawiera nieznaczne resztki zwyrodniałych włókien myelinowych i odcina się od tkanki normalnej dosyć ostrą linią (przy słabym powiększeniu). Przy silniejszym powiększeniu linia ta wydaje się mniej ostrą, w każdym jednak razie granica pomiędzy tkanką normalną i zmienioną (rozpadające się bryłki myelinowe, komórki ziarniste) jest widoczna. Reszta przekroju zmian nie wykazuje. Dolna część tegoż odcinka: Oprócz powyżej opisanego ogniska, które znacznie się rozszerzyło, znajdujemy dwa małe ogniska na obwodzie prawego słupa przedniego i oprócz tego lekkie zwyrodnienia na obwodzie słupów przedniobocznych po stronie lewej.

W XI odcinku grzbietowym widzimy w prawej połowie przekroju rdzenia dwa wybitne ogniska (Fig. 2). Jedno z nich zajmuje obwód słupa bocznego i zewnętrzną połowę obwodu słupa tylnego. Ognisko to ogarnia całą prawie zawartość słupa bocznego, róg tylny i obok leżącą część słupa tylnego. Pozostał nietknięty wąski stosunkowo pas, leżący na zewnątrz od rogu przedniego. Granica pomiędzy tkanką normalną i ogniskiem jest ostro. Samo ognisko zawiera w sobie ogromną ilość komórek ziarnistych, resztki rozpadającej się myeliny, wielką ilość naczyń krwionośnych i gęstą siatkę neuroglei, w której widzimy znaczną ilość pustych oczek. Drugie mniejsze ognisko zajmuje kąt słupa przedniego i przechodzi na przednią zaostrzoną część rogu przedniego. W lewej połowie poprzecznego przekroju znajdujemy: 1) ognisko, zajmujące również kąt słupa przedniego i przechodzące na część przednią

rogu, 2) bardzo nieznaczne ognisko, zajmujące w postaci klina obwód w tem miejscu, które odpowiada rogowi tylnemu.

W XII odcinku grzbietowym: ogniska, które spostrzegamy na tej wysokości, tem się różnią od opisanych w odcinku XI grzbietowym, że 1) 2 ogniska w prawej połowie przekroju rdzenia połączyły się ze sobą i tworzą szeroki pas zwyrodnienia, leżący na obwodzie słupów przednio-bocznych i zewnętrznej części słupa tylnego, 2) ognisko, leżące w kącie lewego słupa przedniego, zmalało; natomiast widzimy bardzo lekkie zwyrodnienie na obwodzie lewego słupa przednio-bocznego, 3) w okolicy lewego rogu tylnego ognisko klinowate powiększyło się.

W I odcinku lędźwiowym zmiany są analogiczne, tylko otoczenie całego prawego rogu przedniego i nawet część tylnego wykazuje tkankę normalną. Ognisko w słupie przednim nie dotyka przedniego rogu. Prawy słup tylny prawie że nie zawiera ognisk (z wyjątkiem bezpośredniej okolicy pasa LISSAUER'a i samego pasa). Granica pomiędzy tkanką normalną i ogniskiem jest po stronie prawej zupełnie ostra (szczególniej w słupie bocznym), mniej ostra jest ona w prawym, a szczególniej w lewym słupie przednim. Charakter zmian histologicznych jest ten sam co w odcinkach poprzednich. W dolnej części I odcinka lędźwiowego widzimy znaczne zmniejszenie się zwyrodniałego pasa w prawej połowie rdzenia. Większa część istoty białej w słupach przedniobocznych jest zachowana, zmieniony jest tylko cienki pas na obwodzie, i większe kępki znajdujemy w kącie słupa przedniego, w części środkowej słupa bocznego i w okolicy prawego rogu tylnego. Po stronie lewej widzimy niezmiernie małe zmiany w niektórych miejscach obwodu słupów przednio-bocznych, większe zmiany widzimy w kącie słupa przedniego i w okolicy rogu tylnego. Granice pomiędzy ogniskami i tkanką normalną nie są ostre ani w prawej, ani w lewej połowie przekroju.

W II odcinku lędźwiowym zmiany są te same, tylko część obwodowa w lewym słupie bocznym prawie że nie jest zmieniona, okolica rogu tylnego z lewej strony jest normalna.

W III odcinku lędźwiowym widzimy znowu bardzo wyraźny i szeroki pas zwyrodnienia, zajmujący dosyć symetrycznie obwód słupów przednio-bocznych z obu stron. Pas ten jest po stronie prawej szerszy, niż po stronie lewej, i jest odgraniczony od istoty normalnej wyraźniej (prawie ostro), niż po stronie lewej. Cała okolica istoty szarej wykazuje z obu stron zachowaną tkankę białą, słupy tylne są wolne od ognisk. W dolnej części tegoż odcinka spostrzegamy znaczne rozszerzenie się pasa zwyrodniałego w prawej połowie przekroju rdzenia. Zagłębił się on mianowicie tak daleko, że przeszedł w dwóch miejscach na róg przedni (na część boczną tego rogu i na kąt wewnętrzny). Po stronie lewej pas ten jest znacznie cieńszy i mniej intensywny, niż po stronie prawej, i tylko w kącie słupa przedniego dorównywa on pasowi prawemu; i tutaj widzimy również w dwóch miejscach połączenie się pasa z rogiem przednim. Obwód tylnej połowy lewego słupa bocznego jest wolny od ogniska. Słupy tylne są nietknięte. Granica pomiędzy pasem zwyrodniałym i tkanką normalną jest w niektórych miejscach ostra, w innych zaś, szczególniej po stronie lewej, widzimy w niej przejścia stopniowe od tkanki normalnej do zmienionej. Intensywność zmian histologicznych jest rozmaita w różnych częściach pasa zwyrodniałego.

(C. d. n.).

GINEKOLOGIA U CELSUSA.

Przyczynek do historii ginekologii.

Opracowany przez

D-ra JANA LACHSA (z Krakowa).

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 39).

W ten sposób doszliśmy do patologii części rodnych kobiecych, którą CELSUS, niestety, bardzo po macoszemu traktuje. Przyczynę tego należy prawdopodobnie przypisać ówczesnemu stanowisku lekarza, który przecież tak rzadko tylko miał sposobność zbadania kobiety. Akuszerki go zawsze w tem wyręczały.

CELSUS rozróżnia wady wrodzone i nabyte. Jakiego rodzaju miały być wady wrodzone, nie wspomina, ale potrąca o nie tylko zlekka, wspominając o nich ogólnikowo i podając równie ogólnikowo ich leczenie. Nad jedną tylko zastanawia się względnie obszerniej, t. j. nad wyżej wymienionem zamknięciem pochwy przez hymen, które usuwa nacięciem w kształcie litery X.

Z nabytych cierpień narządu płciowego zewnętrznego wspomina o bólach sromu (Lib. IV. Cap. XX.), zalecając przeciw nim kadzenie siarką. Zda się, że miał tu na myśli stany patologiczne, dla których nie mógł wykazać zmian anatomicznych

Z dalszych cierpień należą tu wrzody sromu. Jakkolwiek się nie zastanawia nad naturą tych wrzodów i ich przyczynami, to przecież wiemy, że zna dwojakiego rodzaju wrzody, t. j. połogowe i nie połogowe, pod które prawdopodobnie podporządkowuje wszystkie inne, nie występujące w czasie porodu, zalecając użycie tłuszczu celem ich wyleczenia

Ze zmian odżywczych sromu, rzec można, nie ma w podręczniku naszym żadnej wymienionej. W jednym tylko miejscu pozwala się nam domyślać, że nie obce mu były sprawy zapalne samego sromu niewieściego. Zastanawiając się bowiem w piątej księdze nad kompozycjami leków, wspomina CELSUS o lekach, używanych celem wywołania „rozmiękczenia sromu” „ad vulvam emolientam”. Rozmiękczać trzeba jedynie stwardniały srom. Ponieważ zaś „status strictus” i „laxus” szkoły metodycznej dla niego nie istniał, przeto pozostaje tylko przypuszczenie, że CELSUS miał na myśli sprawy zapalne sromu, a więc to, co dzisiaj określamy pojęciem „vulvitis”. Przypuszczenie to nasuwa się nam zwłaszcza wtedy, gdy uwzględnimy środki łagodzące i ściągające, jakie zalecał w tem cierpieniu.

„Podobnie jak istnieją hemoroidy odbytnicy, tak mogą się one i w sromie znajdować”. Jak z tego widzimy, zastanawia się CELSUS równocześnie nad hemoroidami odbytnicy i nad żylakami sromu, uważając te ostatnie tylko za dalszy ciąg tamtych i przypisując im te same momenty etiologiczne, a w pierwszym rzędzie zaparcie stolca. Podobne jest też i leczenie w obydwóch tych stanach patologicznych; a mianowicie w pierwszym rzędzie uregulowanie stolca i upusty krwi, których użyć można tylko u nie menstruujących i u nie ciężarnych.

Z nowotworów sromu przytacza tylko jakieś wrzody, przypominające grzyby. Być może, że się tu rozchodzi o raka. Naprowadza nas zaś na tę myśl określenie tych zmian jako wrzodów okoliczność, że te wrzody były bujające, bo przypominały kształtem grzyby, i ich leczenie. Celsus bowiem liczy się z faktem, że środkami ściągającymi nie dochodzi się w tem cierpieniu do dobrego rezultatu, i poleca dla tego użycie rozpalonego żelaza.

Tyle z patologii sromu.

Jeżeli nas Celsus dosyć skąpo obdarzył uwagami, dotyczącemi patologii sromu, to tysiącokrotnie skąpsze jest to, co nam pozostawił z zakresu patologii pochwy, a zwłaszcza macicy, nie mówiąc już o jej częściach dodatkowych i więzadłach, bo o nich już wcale nie wspomina.

Z tego, cośmy powyżej powiedzieli o anatomii pochwy i macicy według Celsusa, wynika, że się teraz równocześnie będziemy zastanawiali nad patologią obydwóch tych części, tembardziej, że i Celsus nie inaczej pod tym względem postępuje.

Jako biegły chirurg, zajmuje się on najchętniej zmianami chirurgicznemi części rodnych i temi, które najłatwiej w oko wpadają. Do tych należą w pierwszym rzędzie rany chirurgiczne pochwy, nad któremi się w stosunku do innych części patologii chorób kobiecych cokolwiek obszerniej zastanawia. Leży to w naturze rzeczy, gdyż te zmiany były bardziej uchwytnie dla oka i ponieważ do nich jako do cięższych, które często zabiegów chirurgicznych potrzebowały, wzywano lekarzy. A chirurgia to przecież najsilniejsza strona Celsusa.

Rany chirurgiczne pochwy zalicza on do najciężej się gojących, stawiając je pod tym względem na równi z ranami płuc lub jelit. (Lib. V. Cap. XXVI.). W pierwszej chwili wydawałoby się nam to twierdzenie dziwnem i trudnem do pojęcia. Wkrótce jednakowoż znajdujemy w tej sprawie wyjaśnienie, z którego wynika, że Celsus mówi o przebicu pochwy drążącym aż do jamy otrzewny, gdyż chore, umierając, doznają takich samych cierpień, jakich się doznaje po zranieniu serca („*morientesque eadem, quae corde vulnerato patiuntur.*“), a objawami, występującymi w następstwie tego obrażenia są: krwawienia już to z rany, już też z pochwy, wymioty żółciowo zabarwione, straszne bóle miejscowe, bóle w oczodołach, często utrata mowy i brak przytomności. Wszystkie te objawy uważamy jeszcze i dzisiaj za charakterystyczne dla zranienia otrzewny, a Celsusowi należy się szczególniejsza wdzięczność za zwrócenie uwagi na stan patologiczny, którego nie znajdujemy opisanego ani u Hipokratesa, ani nawet u Soranus'a.

Wypadnięcie pochwy daje Celsusowi, z powodu podobieństwa do wypadnięcia odbytnicy, sposobność do zastanowienia się nad tą zmianą patologiczną albo raczej nad jej leczeniem, przyczem odgrywa u niego rolę okoliczność, czy część wypadnięta jest pokryta śluzem, czy też nie. Nad symptomatologią tego cierpienia nie zastanawia się, a leczenie rozpoczyna od odprowadzenia części wypadniętej, nie podając jednakowoż sposobu tegoż, „*ubi utrolibet modo curatum est, intus reponendum est.*“ (Lib. VI. Cap. XVIII.). Ponownemu jej wypadnięciu zapobiega przez założenie opaski — jak się zdaje w kształcie litery T i przez związanie ud chorej, „*tum linteolum et lana, eaque super deliganda sunt, cruribus inter sedevinctis.*“ Jako środków pomocniczych w leczeniu tego cierpienia używa, podobnie jak i my dzisiaj jeszcze, środków ściągających i zaleca leżenie na wznak, co wynika z faktu, że wiąże uda chorej.

Co się tyczy środków ściągających, istnieje zupełna zgoda pomiędzy nim a HIPOKRATES'em i SORANUS'em. Podczas gdy jednakowoż u HIPOKRATES'a znajdujemy przynajmniej ślad zabiegu chirurgicznego w leczeniu wypadnięcia pochwy, („si vero uteri sive ex labore sive ex partu foras prodierint, si quidem iuenculae tibi in manus venerint, *aggressionem facere aequum est, alioqui sinere oportet hunc autem in modum aggressio facienda, uteri tunica naturali modo et oblique incisa, linteo confricanda, ut inflammationem concipiat; mulier quam maxime excitatis cruribus decumbat,*“ Hippocratis „Liber de foetus in utero mortui exectione“. KÄHN III.), to przeciwnie CELSUS, który zabiegi chirurgiczne tak bardzo lubi, nie wspomina tu o nich wcale. Dziwić się temu nie będziemy, jeżeli uwzględnimy, że ani SORANUS, ani tyle wieków późniejszych o nich nie wspominało.

Ze zmian odżywczych pochwy zna CELSUS jej zapalenie, a więc „vaginitis“, nie wdając się, podobnie jak to czyni przy zmianach zapalnych sromu, w to, co je spowodowało, lecz radzi bez względu na moment etiologiczny używać galek NUMENIUS'a, sporządzonych z mieszaniny lnu, wosku, masła, tłuszczu gęsiego, żółtek jaj i róż.

Jako następstwo innych cierpień pochwy, a mianowicie jej owrzodzeń, występuje jej zbliznowacenie, które staje się patologicznem dopiero wtedy, gdy występuje zwężenie, nie dopuszczające spółkowania. Cierpienie to usuwa się przecięciem blizny.

Z chorób samej macicy wymienia tylko nieprawidłowości w miesiączkowaniu, a mianowicie brak tegoż, o czem jednakowoż już powyżej przy fizjologii miesiączkowania wspomnieliśmy. Tu dodamy tylko, że brak regularności leczy saletrą, mieszaniną czosnku, mirtu, maści lilowej lub też ogórkiem, roz-tartym w mleku kobiecem.

Zlekka potrąca jeszcze CELSUS o nieplodność kobiet, a zaleciwszy, celem jej usunięcia, lwi tłuszcz z różami, kończy opis chorób narządu płciowego samego.

Do chorób kobiecych zalicza on jednakowoż także i nerwice zwrotne, a przede wszystkim histeryę, która tak bardzo starożytny świat lekarski zajmowała, a którą jeszcze EMPEDOKLES opisał.

Wiemy, że cały starożytny świat lekarski uważał jako przyczynę napadów histerycznych niedostateczne zaspokojenie popędu płciowego, a w pierwszym rzędzie macicę, jak już to sama nazwa choroby wskazuje. Takim był HIPOKRATES, taką była szkoła aleksandryjska, która nic nowego w tym kierunku nie przyniosła, i tak się zapatrywali na napady histeryczne SORANUS i GALEN. U CELSUS'a znajdujemy pozornie coś nowego. On, zastanawiając się nad napadami histerycznymi, powiada: „*ex vulva quoque feminis vehemens malum nascitur*“. (Lib. IV. Cap. XX.). Że zaś niema innego cierpienia na myśli, wynika ze słów: „*interdum etiam sic exanimat, ut tanquam comitiali morbo prosternat*“; a więc choroba, przypominająca napady epileptyczne. Wszyscy autorowie, poprzednicy i następcy CELSUS'a, uważają za podstawę tej choroby przede wszystkim macicę, a CELSUS przecież powiada, że cierpienie to bierze początek „*ex vulva*“, a więc z pochwy. Dziwnemby się nam to wydawało, tembardziej, że nie znajdujemy autora, któryby się z nim pod tym względem zgadzał, i ponieważ sam CELSUS nie miał powodu do odstępowania od ogólnie przyjętej zasady. Natomiast jasnem i zrozumiałem stanie się dla nas to określenie, jeżeli sobie uprzytomnimy to, cośmy powyżej powiedzieli o za-

patrywaniach anatomicznych CELSUS'a na pochwę i macicę, i dla tego to użyliśmy zwrotu, że u CELSUS'a pozornie coś nowego znajdujemy.

Napad sam uważa CELSUS, jak widzieliśmy, za bardzo podobny do napadu epileptycznego i podaje szczegóły, które pozwalają jedno cierpienie odróżnić od drugiego. Celem usunięcia napadu zaleca trzymanie pod nosem chorej rzeczy silnie woniących, a nawet i cuchnących, zlewanie zimną wodą, upusty krwi u osób silnych i stawianie baniek na okolicę pachwinową.

Patologia chorób kobiecych u CELSUS'a byłaby nie całkowita, gdybyśmy nie wspomnieli o patologii sutek.

Z tego, co wyżej powiedzieliśmy przy fizjologii menstruacji, wynika, że nie obcy był CELSUS'owi stosunek, jaki istnieje pomiędzy macicą a sutkami. Zresztą nie zastanawia się on bliżej nad sutkami i ich patologią z wyjątkiem jednej zmiany, t. j. raka. W jednym tylko miejscu pozwala się nam domyślać, że obserwował zapalenie sutki (mastitis), że jednakowoż zmianę tę utożsamiał z nowotworem rakowym. Zastanawiając się bowiem nad leczeniem raka, radzi w pewnej jego formie używać środków łagodzących, „gdyż przy użyciu ich można się późnej starości doczekać“. Wiemy dobrze, że indywiduum młode nie może się w żaden sposób ze zmianami złośliwymi postarzyć. Jeżeli zaś sprawa nowotworowa bardzo długo trwa, natenczas potwierdza to tylko nasze fałszywe rozpoznanie. Gdy więc CELSUS utrzymuje, że nowotwory złośliwe nie skracają życia przy odpowiednim leczeniu, natenczas musimy go posądzić o błąd dyagnostyczny. Zmianą zaś, dającą w sutkach najczęściej powód do fałszywego rozpoznania, jest ich zapalenie. Nie będziemy się CELSUS'owi dziwili, gdy uwzględnimy, że i dzisiaj jeszcze, pomimo tylu pomocniczych środków rozpoznawczych, tak często się bierze za nowotwory sutek ich sprawy zapalne.

Rak sam występuje najczęściej obok twarzy w sutkach. Zdaje się jednakowoż, że CELSUS uważa te zmiany w tych miejscach jako następcze, gdyż powiada, że to cierpienie powstaje w wątrobie lub śledzionie, a więc uważa za pierwotną jego przyczynę najprawdopodobniej czarną żółć. W miejscu zajętem wytwarza się guz o powierzchni nierównej, nie przesuwalny, bolesny i często wrzodzący. W terapii stosowano środki lecznicze, żelazo rozpalone i nóż. Z wyników operacyjnych nie jest CELSUS bardzo zadowolony, gdyż pomimo operacji nawroty często się zdarzają, i dla tego jest w pierwszym rzędzie za użyciem leków, tembardziej, że po zabliźnieniu się pola operacyjnego nowotwór dalej buja: „excisa etiam post inductam cicatricem, tamen reverterunt, et causam mortis attulerunt“. (Lib. V. Cap. XXVIII.). Tak samo nie zadowolony jest z użycia rozpalonego żelaza. Jakkolwiek się CELSUS na operację raka sutek zapatruje, w każdym razie stanowi rozdział ten bardzo ważny przyczynek do historii chirurgii sutek, gdyż jest najdawniejszym niezbitym dowodem, że używano noża w chorobach sutek jeszcze w świecie starożytnym. HIPOKRATES, który powstawanie raka sutek przypisuje wstrzymaniu się miesiączki, nie wspomina o operacyjnym jego leczeniu. Uczynił to pierwszy CELSUS, a po nim dopiero GALEN, który znowu bardzo chętnie wykonywa amputację zrakowaciałych sutek, jeżeli się to tylko radykalnie wykonać daje: „ubi vero totum quod vitiatum est prorsus excideris sic, ut nulla supersit radix, sines effluere sanguinem, nec propere eum retinebis, imo premendo potius quae circum venas exprimes ex iis crassiorem; mox aliis ulceribus similiter curabis“. (GALENI „methodi medendi“ Lib. XIV. Cap. IX. Kühn. X.).

Na zakończenie ginekologii wypada nam jeszcze wspomnieć o chorobach pęcherza moczowego.

Z tych zna CELSUS zapalenie pęcherza moczowego, któremu towarzyszy gorączka, ból w okolicy pachwinowej, ból głowy, mocz krwawy, gęsty i mętny, a często niemożność oddawania moczu. Objawy te towarzyszą także często kamieniom pęcherza moczowego, o czym jednak CELSUS dobrze wie.

Celem usunięcia najprzykrzejszego objawu w tej chorobie, jakim jest niemożność oddawania moczu, radzi użyć cewnika, którego wymiary mają być inne dla mężczyzny, a inne dla kobiet. Bardzo dobrze i dokładnie opisany jest sam sposób odprowadzania moczu.

Dalszem cierpieniem pęcherza są wrzody, których CELSUS bliżej nie określa. Objawy jednakowoż tego cierpienia są zupełnie identyczne z objawami, które dopiero co przy zapaleniu pęcherza wymieiliśmy.

Jeżeli jeszcze wymienimy kamienie pęcherze moczowego, których operacyjne leczenie u mężczyzny z taką dokładnością jest opisane w naszym podręczniku, to będziemy mieli całą patologię chorób kobiecych podług CELSUS'a. U kobiet, powiada on, można kamienie często ręką usunąć, a skoro się to nie udaje, radzi naciąć cewkę moczową, zwłaszcza gdy istnieją objawy niedrożności tejże.

Przechodząc teraz do terapii ogólnej chorób kobiecych, musimy zauważyć, że się CELSUS stara przede wszystkim o uregulowanie warunków, wśród których chora żyje, a gdy to nie wystarcza, działa dyetetycznie, — jako już wogóle dyeta u niego wielką rolę odgrywa — środkami czyszczącymi, wymiotnymi, bańkami, kąpielami, opaskami, nacieraniami polecanymi przez ASKLEPIADES'a, i upustami krwi. Z tymi ostatnimi postępuje o wiele oględniej, aniżeli to podówczas wogóle czyniono, i chłoszcze nadużywanie tego środka terapeutycznego, zwracając zarazem uwagę na okoliczność, że u ciężarnych można upustami krwi wzniecić poronienie. Gdy tymi środkami nie dochodził do pożądanego rezultatu, używał środków leczniczych, jakie znajdował w przyrodzie dookoła siebie i to we wszystkich trzech jej królestwach. Środki te stosował już to jako takie, już też odpowiednio przygotowane i w rozmaitej formie, wewnątrznie, zewnątrznie, lub przez bezpośrednie działanie na chorą część. Bardzo chętnie używał CELSUS w leczeniu środków domowych. W tem widzieli niektórzy jeden z dowodów, że on nie był lekarzem. Cóż jednak dziwnego w tem, że człowiek, który znaczną część życia swojego na wsi spędza, chętnie używa tych środków, po których częstokroć u sąsiada swego widział dobre wyniki. Boć przecież zaprzeczyć się nie da, że i środki domowe, odpowiednio użyte, często leczniczo działają.

(D. n.).

WYKŁADY KLINICZNE

E. LIRMAN.

O MIĘSAKACH KISZEK CIENKICH.

Na mocy 5 własnych przypadków i kilkunastu spostrzeżeń, zaczerpniętych z literatury lat ostatnich, autor szkicuje obraz kliniczny mięsaków kiszek cienkich, zwracając uwagę na podobieństwo tego obrazu w 3 swoich przypadkach do zapalenia okołokątniczego.

Etiologia.

Cierpienie to należy wogóle do bardzo rzadkich, przytrafia się o wiele rzadziej, niż rak kiszek. Częstsze są mięsaki kiszek cienkich. W kiszce grubej napotyka się o wiele rzadziej, wyjąwszy prostnicę, gdzie sadowią się z taką samą częstością, jak w kiszkiach cienkich. Wiek chorych nie ma znacznego wpływu na częstość pojawiania się mięsaków kiszek. Z 51 zebranych przez autora przypadków na pierwsze 10-letnie przypada 6 przypadków, na 2-ie — 9, 3-ie — 13, 4-te — 13, 5-te — 8, 6-te — 1, 7-me — 1. Ztąd wynika, że wieku chorego przy robieniu rozpoznania nie należy uwzględniać. U mężczyzn cierpienie przytrafia się przeszło z razy częściej, niż u kobiet. Przyczyny są mało znane. W niektórych przypadkach cierpienie wystąpiło po urazie, zwykle po kopnięciu w brzuch. Zdaniem niektórych autorów, ma zachodzić związek między mięsakami a gruźlicą kiszek.

Anatomia patologiczna.

Większość mięsaków napotyka się w jelicie czczem i biodrowem, choć zdarzyć się mogą na całym przebiegu kiszek cienkich. Guz może być rozmaitej wielkości. Co się tyczy rodzajów nowotworu, to znalezione były następujące: mięsaki wrzecionowatokomórkowe, okrągłokomórkowe, limfosarkomaty, myosarkomaty, melanosarkomaty, *endothelioma interfasciculare* i postaci mieszane. Jeśli mięsak występuje w przewodzie pokarmowym, to jest tam zazwyczaj pierwotnym. Autor omawia w pracy niniejszej tylko pierwotne mięsaki kiszek cienkich.

W większej części przypadków nowotwór ogranicza się do błony śluzowej i mięśniowej, błona zaś surowicza pozostaje zupełnie albo prawie zupełnie wolna. W bardzo nielicznych przypadkach nowotwór bierze początek na błonie surowiczej i ztąd przechodzi na warstwy wewnętrzne. Limfosarkomaty, stanowiące największą grupę mięsaków, rozwijają się zazwyczaj pierwotnie w gruczołach chłonnych podśluzowych i rosną najczęściej w kierunku osi podłużnej кишки. Błona mięśniowa już wcześniej zostaje zajęta i ulega porażeniu, przyczem zawartość kałowa wywołuje rozszerzenie kiszek. To rozszerzenie stanowi prawie stały objaw limfosarkomatu jelit.

Co się tyczy przerzutów, to mięsaki o komórkach wrzecionowatych dają bardzo mało albo wcale nie dają przerzutów. Najwięcej przerzutów, prawie we wszystkich narządach i tkankach brzucha, dają limfosarkomaty. Powierzchnowe gruczoły chłonne pozostają zwykle nie zajęte. Największa liczba przerzutów przy limfosarkomatach ma miejsce w otrzewnie, gruczołach chłonnych, wątrobie i nerkach. Nowotwór bardzo często pojawia się w miednicy, albo guz pierwotny okazuje skłonność do zrastania się z miednicą.

Z danych badania drobnowidzowego autor podnosi następujące punkty:

- 1) Wzrost wzdłuż naczyń i zajęcie naczyń włosowatych chłonnych przy limfosarkomatach.
- 2) Znacznie wyrażone zwyrodnienie w wątrobie w częściach, przylegających do nowotworu.
- 3) Mięszkowe zwyrodnienie wątroby i nerek wogóle, prawdopodobnie w zależności od wchłaniania się toksyn lub tym podobnych substancji z guza.
- 4) Fakt, że gruczoł, serowato zwyrodniały, może stać się limfosarkomatycznym.
- 5) Wyraźny brunatny zanik serca. Okoliczność ta łącznie ze znacznym wychudnięciem ustroju, zdaje się, przemawia za tem, że nowotwór już długo istniał przedtem, zanim wywołał wyraźne objawy.

Do zmian następczych guza należą:

a) Rozszerzenie i zwężenie. Limfosarkomaty wywołują zwykle rozszerzenie kiszek, które niekiedy przybiera kształt tętniaka. Niekiedy guz wywołuje zwężenie światła кишки. Zupełne zniesienie światła nie było dotychczas notowane.

b) Objawy ucisku. Guz może uciskać na żyłę czerzą (obrzęk kończyn dolnych i puchlina brzuszna), na przewody żółciowe i trzustkowy (żółtaczką, powiększenie wątroby i t. d.), na moczowody (puchlina wodna nerek).

c) Owrzodzenie i przedziurawienie. Owrzodzenia zdarzają się bardzo często i mogą wywołać przedziurawienie do różnych narządów, w jednym przypadku autora do jamy brzusznej. Owrzodzenie może mieć siedlisko swe w najrozmaitszych miejscach кишки. Dojść może do owrzodzenia i przedziurawienia grubszych pni naczyniowych.

d) Zmiany w innych okolicach ciała. Najgłówniejsze zmiany oraz przerzuty były już wyżej wzmiankowane. Z innych zmian zanotować należy: *pleuritis serosa v. purulenta*, *abscessus ischiorectalis*, *lymphonephrosis*, *peritonitis circumscripta*, *peritonitis diffusa* z wysiękiem przezroczystym, mleczno-białym, ropnym, krwotocznym.

e) Stosunek do innych chorób. Najważniejszy jest stosunek do gruźlicy. Stwierdzonem zostało, że limfosarkomat często występuje u takich osób, które dotknięte są albo gruźlicą wewnątrzbrzuszną, albo też postępującą lub uleczoną gruźlicą jakiegokolwiek innego narządu. Ścisłejszy związek między temi z cierpieniami nie jest jeszcze wyjaśniony.

Symptomatologia ogólna.

NOTHNAGEL podał trafną charakterystykę omawianego cierpienia, mówiąc, że przy niem stan ogólny jest bardzo wczesnie i bez wyjątku upośledzony, gdy objawy miejscowe są bardzo słabo wyrażone. Pierwsze objawy, podług opisu BALTZER'a, są bardzo nieznaczne: bóle brzucha, brak łaknienia, nudności, wymioty, nieprawidłowe wypróżnienia — zaparcie lub rozwolnienie. Brzuch już wczesnie jest wzdęty. Chorzy są bardzo chudzi i bladzi. Cierpienie, według słów chorego, zaczęło się od złego wyglądu. Jeśli wyczuć się daje jakiś guz, to siedlisko może mieć rozmaite, może być twarde lub miękkie, gładki lub nierówny, mało lub wcale niebolesny. Guz jest zazwyczaj dobrze odgraniczony. Ciepłota ciała jest albo prawidłowa, albo zlekka podniesiona. W niektórych przypadkach istnieje leukocytoza. Trwanie cierpienia waha się od 1/4 miesiąca do 1/4 roku. Większość chorych umiera przed upływem 9 miesięcy.

Symptomatologia szczegółowa.

Ból istnieje we wszystkich przypadkach i bywa rozmaitego natężenia. Umiejscawiać się może w jakimkolwiek miejscu brzucha; w 3 przypadkach autora umiejscowiony był w okolicy wyrostka. Niekiedy ból umiejscawia się w okolicy lędźwiowej lub krzyżowej. To umiejscowienie bólu winno budzić podejrzenie obecności guza pozaotrzewnowego.

Wzdęcie brzucha jest niemal prawidłem. Bywa ono równomierne lub ograniczone. Często występuje nagle. Od wzdęcia brzucha rozpoczynają się niekiedy objawy chorobowe. Przyczyną wzdęcia mogą być: zajęcie otrzewny, ucisk na naczynia, przedziurawienie kiszek, bębnica kiszek albo wielkich rozmiarów guz.

Guz w niektórych przypadkach nie może być stwierdzony. W innych razach obecność guza sprowadza chorego do lekarza. Wzrost guza bywa zazwyczaj bardzo szybki. Siedlisko może być powierzchowne albo głębokie. Często wyczuwa się jeden duży guz i kilka mniejszych guzików. Guzy są zazwyczaj mało bolesne lub wcale nie bolesne, przesuwalne przy oddechu i biernie ruchome. Spoistość bywa zwykle umiarkowana, choć zdarzają się bardzo miękkie i bardzo twar-

de guzy. Większa część guzów ma skłonność do rozszerzania się ku dołowi. Często guz występuje pierwotnie w dolnej części brzucha. Za pomocą badania przez odbytnicę można częstokroć stwierdzić guz już wówczas, gdy *per abdomen* jeszcze nic się nie wyczuwa.

Objawy uciskowe dadzą się zestawić w sposób następujący:

- 1) Puchlina brzuszna albo obrzęk kończyn dolnych i moszny.
- 2) Rozszerzenie żył ściany brzucha i klatki piersiowej.
- 3) Żółtaczka i wypróżnienia bezżółciowe.
- 4) Zaburzenia urynowania i zmniejszenie ilości moczu.

Co się tyczy zaburzeń żołądkowych, to brak łaknienia i wymioty są częstymi objawami. W okolicy nadbrzuszej istnieje często uczucie wzdęcia i ból. Wymiociny mogą zawierać żółć, szczególnie gdy guz jest usadowiony bardzo wysoko. Jako objaw końcowy, zdarzają się wymioty krwawe.

Objawy ze strony kiszek bywają rozmaite: rozwolnienie albo zaparcie stolca, albo też naprzemian to jedno, to drugie. Częściej zdarza się rozwolnienie. Niekiedy występuje prężenie kiszek (Darmsteifung). Domieszka krwi do wypróżnień przemawia za współcierpieniem okrężnicy.

Wątroba bywa niekiedy powiększona. Żółtaczka występuje rzadko.

Ze strony narządów oddechowych mamy często duszność zależną albo od wysięku opłucny, albo od wzdęcia brzucha, albo wreszcie od osłabienia i małokrwistości. Wysięk opłucnowy bywa jedno — albo obustronny, surowiczny, ropny lub krwotoczny.

Mocz wydziela się często w małej ilości i zawiera dużo moczanów. Białkomocz zdarza się często, natomiast ropomocz lub krwiomocz — rzadko. Zaburzenia w urynowaniu zdarzają się dość często.

Ze strony skóry zanotować należy jeden bardzo ważny objaw: swoistą błądź, białość twarzy, występującą niekiedy nagle, zazwyczaj wraz z wzdęciem brzucha. Ta barwa twarzy jest, zdaniem autora, bardzo charakterystyczna.

Powierzchnowe gruczoły chłonne zwykle nie są powiększone; w każdym zaś razie należy to do rzadkości.

Ciepłota ciała może być w ciągu całego przebiegu cierpienia prawidłowa, częściej jednak wieczorami podnosi się do 39,6°. We wszystkich przypadkach autora istniały gorączkowe wahania ciepłoty, które wieczorem osiągały niekiedy 39,7°.

Do rzucających się w oczy objawów należą wychudnięcie i osłabienie, które występują niekiedy już bardzo wcześnie.

Zmiany ze strony krwi polegają na małokrwistości i leukocytozie.

Pod względem przebiegu autor rozróżnia następujące grupy:

- 1) Przypadki ukryte, w których guz zostaje znaleziony dopiero przy oględzinach pośmiertnych.
- 2) Przypadki, odpowiadające opisowi BALTZER'a, w których uwaga lekarza zostaje zwrócona albo na objawy ogólne, wzdęty brzuch, albo na guz.
- 3) Przypadki, w których pierwsze objawy wywołane zostały przez wPOCHWIECIE lub jakąkolwiek inną postać zamknięcia światła kiszek albo przez przedziurawienie.
- 4) Przypadki, okazujące podobieństwo do gruźlicy otrzewny, bez dającego się stwierdzić guza.
- 5) Przypadki, w których żółtaczka stanowi pierwszy objaw cierpienia.
- 6) Przypadki, okazujące wielkie podobieństwo do zapalenia wyrostka robaczkowego.

Rozpoznanie.

Następujące objawy ważne są dla rozpoznania: obecność nie bardzo bolesnego guza (badanie *per rectum*), wzdęcie brzucha, brak objawów niedrożności, wczesny obrzęk kończyn dolnych, brak powiększenia powierzchownych gruczołów chłonnych, wychudnięcie, swoiste zabarwienie skóry i brak wydatnej puchliny brzusznej. Żaden ze wzmiankowanych objawów nie jest sam przez się miarodajny. W wielu przypadkach zrobienie dokładnego rozpoznania jest zupełnie niemożliwe; rozpoznanie prawdopodobne może być zrobione w niektórych tylko przypadkach. Jeśli udaje się stwierdzić jeden duży ruchomy guz, albo jeszcze lepiej jeden duży i kilka mniejszych guzów, albo guzowatość wyczuć się daję przez odbytnicę, jeśli przytem istnieje nieznaczna puchlina brzuszna lub wcale jej niema, jeśli wcześniej występuje obrzęk kończyn dolnych i swoista barwa twarzy, to rozpoznanie mięsaka kreski albo sieci jest bardzo prawdopodobne, a prawdopodobieństwo staje się jeszcze większem, jeśli pomienione objawy występują u osobnika poniżej lat 15. Gdy już został rozpoznany mięsak otrzewny, i guz jest ruchomy, natenczas istnieje wielkie podejrzenie na mięsaka kiszek. Rozpoznanie to staje się pewnem, jeśli wcześniej występują zaburzenia kiszkowe, lub gdy udaje się, jak to było w jednym przypadku autora, znaleźć w płynie otrzewnowym lasecznika okrężnicy. W żadnym przypadku naturalnie nie można z pewnością rozstrzygnąć, czy guz pierwotnie usadowiony jest na kiszce, czy na kresce, lecz okoliczność ta nie ma znaczenia praktycznego.

Pod względem różniczkowo - rozpoznawczym zwrócić należy uwagę na następujące cierpienia:

1) Rak kiszek i otrzewny. Występuje on zazwyczaj w późniejszym wieku, choć nierzadko także przed 30 laty, wobec czego miarodajny dla mięsaka kiszek może być tylko wiek poniżej 15 lat. Rak kiszek wcześniej wywołuje niedrożność, odznacza się także większą bolesnością, niż mięsak. Za mięsakiem przemawiają także: obrzęk kończyn, nieznaczna puchlina brzuszna lub brak tejże, brak powiększenia powierzchownych gruczołów chłonnych oraz znaczna wielkość wyczuwalnego guza.

2) Zapalenie otrzewny gruźlicze oraz gruźlica gruczołów chłonnych kreskowych. Pamiętać należy o tem, że gruźlica i mięsak istnieją niekiedy jednocześnie (np. w jednym przypadku NORNHAGE'ŃA). Obecność jednego większego guza lub kilku guzów przemawia za mięsakiem. Wyraz twarzy jest rozmaity w obu cierpieniach. W gruźlicy zazwyczaj wcześniej występuje puchlina brzuszna. Obecność gorączki nie ma znaczenia rozpoznawczego, gdyż zdarza się w obu cierpieniach.

3) Zamknięcie światła kiszek, wpochwienie albo przedziurawienie, wywołane przez mięsak, dają taki sam obraz kliniczny, jak powstałe wskutek innych przyczyn. Rozpoznanie mięsaka może być tylko wtedy zrobione, gdy guz daje się wyczuć i jednocześnie istnieją jeszcze inne objawy.

4) Mięsak nerki nie jest zwykle tak ruchomy, jak mięsak kiszek, wywołuje niekiedy krwimocz, nie daje zazwyczaj przerzutów w otrzewnie, okazuje wzrost powolniejszy, nie powoduje zwykle objawów kiszkowych.

5) Guzy i torbiele jajnika. Znalezienie szypuły, wychodzącej z narządów płciowych, czyni rozpoznanie jasnym.

6) Mięsak pozaotrzewnowy cechuje się tem, że okrężnica leży przed guzem. Łatwo tu występuje niedrożność kiszek. Swoisty dla tego rodzaju mięsaków ma być ból w kończynach dolnych i w okolicach lędźwiowych.

7) Zapalenie wyrostka robaczkowego. Ważne dla rozpoznania jest znalezienie kilku guzów *per abdomen* lub *per rectum*. Stwierdzenie jednej guzowatości nie posiada znaczenia rozpoznawczego.

8) Rozróżnianie oddzielnych rodzajów mięsaków jest często trudne. Pamiętać należy, że przy mięsakach wrzecionowato komórkowych istnieje zazwyczaj tylko jeden jedyny guz, a przy limfosarkomatach liczne guzy.

Rokowanie jest niepomyślne. Prawie wszystkie znane przypadki zakończyły się śmiercią. Operacja nie wpływa na rokowanie. Kilka przypadków miało podobno po operacji zejście pomyślne, lecz ostateczny los odnośnych chorych nie jest nam wiadomy.

Leczenie. Jeśli istnieje możliwość usunięcia operacyjnego guza, to bezwarunkowo należy to zrobić. Stwierdzenie kilku guzów, jak to najczęściej się zdarza przy limfosarkomatach, znieważa do wstrzymania się od operacji.

We wszystkich przypadkach mięsaków kiszki należy przeprowadzić leczenie arsenikiem, gdyż w literaturze znaleźć można cały szereg przypadków, w których mięsaki, szczególnie limfosarkomaty, wyleczone zostały przez stosowanie arsenu wewnątrz, podskórne lub do mięszu gruczołów chłonnych.

(*Mitteil. u. d. Grenzgeb. d. Medic. u. Chirurgie*, T. 7, Zesz. 4 i 5, Str. 446—472).

S. Pechkranc.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

85. L. HARMER. Działanie wyciągu z nadnercza na śluzówkę nosa i krtani. FROMAGET i KÖNIGSTEIN w 1898 roku zwrócili uwagę na zwężenie naczyń łącznicy oka przy zastosowaniu 10% roztworu wyciągu z nadnercza; po nich SCHULTZ i LANDOLT potwierdzili to spostrzeżenie.

SWAIN zaczął stosować wyciąg z nadnercza w różnych sprawach zapalnych w górnych odcinkach dróg oddechowych i znalazł, że omawiany środek wywołuje wybitne zwężenie naczyń, że nie jest szkodliwy nawet w dużych dawkach, i że przyzwyczajenie do środka nie następuje. Po SWAIN'ie obserwowali mniej lub więcej skuteczne działanie wyciągu z nadnercza, jeszcze — SARGNON (szczególnie w *laryngitis acuta et chronica*), SHARP, HEWES i PETERS (stosowali w kombinacji z kokainą) i inni.

Autor używał preparatu MERCK'a (nb. bardzo drogiego); jest to brunatny, higroskopijny proszek, prawie nie mający zapachu, gorzki w smaku, łatwo rozpuszczający się w wodzie; autor stosował 10% i 50% roztwory, wcierając je za pomocą pędzelka z waty w obrzmiatą i zaczerwienioną śluzówkę nosa i krtani. W 15 przypadkach ostrego obrzmienia dolnej muszli nosowej jako правило już po 2 minutach następowało zblednięcie śluzówki i zmniejszenie muszli; stan ten trwał kilka godzin, ale na drugi dzień obrzmienie wracało. W 4 przypadkach przerostów muszli dolnej (z liczby 7) zblednięcie śluzówki i zmniejszenie muszli było bardzo nieznaczne i dopiero po długim stosowaniu wyciągu. Nareszcie w 10 przypadkach z umiejscowieniem w krtani (*laryngitis acuta et chronica, polypus fibrosus, infiltratio*) wyciąg nie zmniejszył ani przekrwienia ani obrzmienia. Co do własności znieczulającej wyciągu z nadnercza, autor w 7 przypadkach zauważył bardzo nieznaczną hypestezyę, która po jednokrotnem zastosowaniu słabego roztworu kokainy przeszła w zupełne znieczulenie.

Autor twierdzi, że działanie wyciągu z nadnercza jest wyłącznie miejscowe, obwodowe, wbrew teorii SZYMONOWICZA i CYBULSKIEGO, którzy są zdania, że wyciąg działa na ośrodek nerwu błędnego, nerwów przyspieszających (*n. accelerantes*) i na ośrodek oddechowy; znieczulające działanie wyciągu autor objaśnia zwężeniem naczyń; kokaina działa szybciej i silniej na tkanki pozbawione krwi.

Przechodząc do wskazań, autor radzi stosować wyciąg z nadnercza w przekrwieniach śluzówki nosa i krtani, jeżeli chodzi nam o chwilowy efekt. Szczególne zaś wskazanie zjawia się w tych przypadkach, gdzie mamy do czynienia z osobnikami, które nie znają kokainy; w takim razie, stosując naprzód parokrotnie wyciąg z nadnercza, możemy osiągnąć zupełne znieczulenie za pomocą jednorazowego zapendzlowania słabym roztworem kokainy; bardzo być może, powiada autor, że przy takim postępowaniu zmniejszy się znakomicie liczba ostrych i przewlekłych zatruc kokainą.

Co do własności hemostatycznej wyciągu, to ta nie jest wcale większa, niż kokainy; to też po operacyi bezwarunkowo obowiązany jest lekarz zrobić dokładną tamponadę.

(*Wiener klinische Wochenschrift*, 1901, Nr. 19). B. Żebrowski.

III ZJAZD PRZYRODNIKÓW I LEKARZY CZESKICH.

(Sprawozdanie własne).

Sprawozdanie z posiedzeń sekcji chirurgicznej.

Doc. d-r J. CHALUPECKY „Stosunek między pokazem ocznym przy urazowej nerwicy (*neurosis traumatica*) i przy sympatycznym drażnieniu“. Powołując się na zdanie i zapatrywanie PFALZ'a, BIHLER'a, NUEL'a, SCHIRMER'a, BOREL'a, GREEFE'go, przytacza prelegent parę przypadków ambliopii ze swej praktyki.

Prof. DEYL mówił w trzecim odczycie „O znaczeniu pola widzenia w akromegalii“. Zajmujące spostrzeżenia dał d-r K. BECKA (Beczka) „o działaniu *euphthalminum hydrobromicum*“. Preparat ten na żądanie przysłany został przez firmę SCHERING'a jako *mydriaticum*. Zapuszczenie 3 kropel 10% roztworu wywiera stanowczy wpływ na ciśnienie wewnątrzoczne i do tego stopnia widoczny, że u osób starszych może nawet wywołać atak jaskry — a zatem nie można zalecać używania *euphthalminum* jako *mydriaticum* u osób starszych. Przekonał się autor, że *euphthal.* powiększa napięcie w głębokich zapaleniach rogówki, w zapaleniach naczyńówki i odklejeniu siatkówki. Przytacza następnie trzy przypadki głębok. zapalenia rogówki u 15 letnich chorych ze znacznie niższą tensją. W dwóch przypadkach były zmętnienia punkcikowate, rogówka niezbyt infiltrowana. Stan bardzo prędko poprawił się, uczucie podmiotowe było lepsze, niż po użyciu atropiny; przebieg choroby normalny. W trzecim przypadku, gdzie rogówka była punkcikowato zmętniała na prawem oku — *euphthal.* również dobrze działała; na oko zaś lewe z rogówką znacznie infiltrowaną, koloru mleczno-różowego, wpuszczenie nawet 6 kropel nie wywiera żadnego wpływu. Przy głębokiem zapaleniu rogówki udawała się *amotio ret.* w świeżych przypadkach, i stan chorych się polepszał obiektywnie i subiektywnie, skoro w przypadkach owych użył d-r B. *euphthalminum hydrobromicum*.

D-r HALA w odczycie zatytułowanym „Bakterya *chulazion* i jej stosunek do bakteryi podobnych do dyfterytycznych“ podaje rezultaty sumiennych i wszech-

stronnych badań swych 12 *chalazion* u człowieka. Chociaż już w 1893 r. pr. DEYL wydał pracę, w której etiologicznie wyjaśnił *chalazion* jako infekcję bakteryjną, wywołaną przez prątki podobne do dyfterytycznych i t. zw. pseudodyfterytycznych, kwestya ta po dziś dzień zostaje nierozwiązana. Rezultaty badań i obserwacji autora dadzą się tak streścić: 1) *chalazion* etiologicznie jest infekcyjny bakteryjny proces; 2) prątki w *chalazion* czy to pojedyncze, czy w większej liczbie są bardzo podobne do grupy prątków, opisanych przez KUSCHBERT'a, NEISSER'a i LEBER'a pod nazwą „*bac. xerosus*“; 3) „*Bacillus xerosus*“ jak w stanie normalnym, tak głównie w różnych patologicznych stanach łącznicy dostaje się prawdopodobnie do tkanki łącznicy, gdzie, rosnąc, wywołuje ostre sprawy zapalne ropiejące, które przechodzą w guz; 4) różne kataralne afekcje łącznicy i wszelkie *asthenopiae* to usposabiające momenty do powstawania *chalazion*; 5) poglądy BAUMGARTEN'a i innych o kompletnej awirulencji *bac. xerosus* zbijają doświadczenia, polegające na wywoływaniu *chalazion* na powiekach królików przez prątki xerosowe, wyhodowane nie tylko z *chalazion* człowieka, lecz z całego szeregu innych patologicznych spraw; 6) „*bac. xeros.*“ można wyhodować znów z doświadczalnych *chalazion* bez zmiany jego własności pierwotnych. Z powyższych danych pozytywnych wypływa, że *chaluzion* nie jest cystą retencyjną, powstającą z powodu zatkania przewodu gruczołów MEIBOM'a (Fuchs), i że *chalazion* nic wspólnego nie ma z gruźlicą (Arlt).

D-r J. VEVERKA w rzeczy swej „O profilaktyce *blennorrhoeae* oczu noworodków za pomocą protargolu“ gorąco poleca używanie 20% roztworu protargolu; *conjunctivitis blennorrhoeica* na 1100 opatrywanych dzieci zdarzyła się tylko 4 razy. Zapuszczanie do oczów więcej niż z lub 3 kropel nie szkodzi wcale, obrzęk powiek, ropna wydzielina ginie w ciągu dwóch dni.

D-r WEIDENHOFER Em. wypowiedział „kilka przyczynków do *siderosis oka*“. Wreszcie asystent kliniki pr. SCHÖBL'a, d-r BAILONI dał statystykę przybliżoną trachomatów w Czechach. Choroba ta stanowi 4,29% chorób ocznych wogóle w ostatnim lat dziesiątku; w tym również czasie w Pradze i okolicy liczba przypadków trachomatów zdwoiła się. Najrzadziej spotyka się trachomat w południowo-zachodnich Czechach, najczęściej zaś w Pradze. Jest to choroba przeważnie klas niższych, mieszkających w złych warunkach higienicznych.

Prof. akuszerki i ginekologii, d-r PAWLIK w rzeczy swej „O zrostach przy nowotworach narządów rodnych“ wyłożył swą teorię o zrostach, położeniu i zmianie przy nowotworach jajników i macicy. Na podstawie swych operacyjnych obserwacji i doświadczenia tak formułuje swoją teorię: zrośnięcie nowotworu z otoczeniem (np. z *peritoneum*) następuje na dystalnym biegunie nowotworu w miejscu, gdzie jest sieć krwionośna najrzadsza, gdzie więc najprędzej poznać można jakość tkanki bądź uciskiem, bądź torsją przy wzroście nowotworu. Położenie nowotworu da się zawsze wyjaśnić na mocy pierwotnej anatomicznej pozycji, zwłaszcza zaś nowotworów jajnika, i mechanicznych momentów przy dalszym wzroście. Wykład poparty był licznymi pokazami, szeregiem diagramów, preparatów i rysunków.

Na początku swego odczytu „o pęknięciach macicy“ prof. RUBESKA (Rubeszka) zaznacza, że w podręcznikach akuszerki nie znajduje nic pewnego o rokowaniu w pęknięciu macicy. Statystyka nie podaje w tym względzie nic pewnego, gdyż zawsze ogłaszano więcej pomyślnych przypadków, niż śmiertelnych. Autor zebrał 315 przypadków, z których wyzdrowiało 27,6%, zmarło 72,4%, KLIEN zaś znalazł na mocy przypadków z literatury śmiertelność tylko 50%, a więc o 22,4% mniejszą. Co się tyczy leczenia, prelegent poleca: 1) gdy główka jest

w wejściu lub nad niem, należy perforować i wyciągnąć kranioklastem; 2) na wypadek pozycyi poprzecznej (gdy nóżka jest łatwo dostępna) wykonać obrót i ekstrakcyę; 3) gdy płód cały lub w większej części znajduje się w jamie brzusznej, wykonać keliotomię i opatrzyć rozerwanie; 4) skoro dziecko przyszło na świat siłami natury, zbadać sumiennie, czy pęknięcie jest całkowite czy częściowe, gdy pęknięcie jest częściowe i krwotok umiarkowany, drenować sączkiem gumowym; 6) gdyby był krwotok większy, trzeba wykonać długie cięcie nad *ligam. Pouparti*, przyczem jama *subperiton.* i *ruptura* macicy ma być obnażona, krwotok zatamowany, w razie potrzeby pęknięcie zeszyte, jama *subperitoneal.* wyczyszczona i drenowana; 7) gdy pęknięcie jest całkowite, a krwotok mały, trzeba drenować; 8) w razach, gdy krwotok jest większy, wykonać koeliotomię, zatamować krwotok, pęknięcie macicy, jeżeli jest czyste, zeszyć, gdy zaś jest zakażone, wykonać zupełną ekstyrpacyę macicy; gdyby był *subperiton.* hematoma, należy go opróżnić, wykonać dezynfekcyę i drenować pochwę lub zrobić przeciwotwór nad *lig. Pouparti*; w razach tylko wyjątkowych wystarczy ekstyrpacyą macicy *per vaginam*.

D-r PITHA, asystent prof. PAWLIK'a, wypowiedział kilka uwag w sprawie „Terapii asfiksji u noworodków”. W cięższych przypadkach poleca przystąpić: a) do szybkiego usunięcia ciał obcych za pomocą sposobu PROCHOWNIK'a; usunięcie flegmy z ust, nosa wykonywa się prędko i pomyślnie balonem POLITZER'a; b) do utrzymania, ewentualnie pobudzenia ustającej cyrkulacji za pomocą sztucznego oddychania; c) do sztucznego oddychania, lecz nie za pomocą wdmuchiwania powietrza do płuc (sposób ten prelegent w zupełności odrzuca, z powodu niebezpieczeństwa zupełnego zatamowania dróg oddechowych ewentualnie i rozerwania tkanki płucnej, wreszcie sposób ten nie odpowiada normalnej wentylacji płuc). Przy sztucznem oddychaniu najlepiej stosować sposób SCHULTZE'go, który jednak prędko męczy, poleca więc PITHA sposób używany w klinice, jaki stosują wraz ze sposobem SCHULTZE'go. Metoda, stosowana przez PITHE'ę w klinice jest następująca: trzymać dziecko za skrzyżowane kończyny krótko w suspensyi, następnie przerzucić je w górę i chwycić drugą ręką z tyłu w plecach i zgiąć je w korpusie w ten sposób, aby kolana dostawały do ściany klatki piersiowej, pięty zaś do pośladków, wtedy poruszyć lewą ręką ramiona do wewnątrz; tym sposobem otrzymamy wydech. Następnie przyprowadzić należy dziecię do pierwotnej pozycyi, przyczem nastąpi samowolne oddalenie się bezwładnych rąk od klatki piersiowej, a co zatem idzie rozszerzenie tej ostatniej — *inspiratio*. Aspirowaną zawartość, która przy stosowaniu tej metody obficie odplywa do ust i nosa, należy co chwila usuwać za pomocą balonu POLITZER'a i wysysania przy pomocy elastycznego kateteru. W drugiej swej rzeczy „O torbielach placentarnych subchor.” d-r PITHA uważa, że twory torbielowe, przytaczane dawniej jako *absc. placent.*, *cystis haemorrhag.*, miękkie infarkty, torbiele periwaskul., mają charakter torbieli subchorialnych. Inne twory torbielowe łożyska są nadzwyczaj rzadkie. Wątpi prelegent o istnieniu amniotycznych torbieli, *mycoma chorii* (VINCOW) według niego nie wspólnego z temi torbielami nie ma. Torbiele subchor. znajdują się pod naczyniowem *chorion* na fetalnej stronie placenty i makroskopijnie są widoczne, wielkość ich waha się od wielkości ziarnka prosa do kurzego jaja; niektóre zbadać się dadzą drobnowidzowo. Często owe torbiele znajdują się koło wielkich naczyń krwionośnych. W czasie porodu, gdy ściana takiej torbieli pęknie i nastąpi łączność torbieli z zatoką łożyska, torbiel owa napełni się świeżą krwią.

D-r MICHAŁ mówił „o radykalnych operacyach przepuklin u niemowląt i dzieci”. D-r CHVOJKA wygłosił na podstawie swych badań kilka uwag w spra-

wie ginekologicznego miesiąenia. Radzi w czasie miesiączki przerwać masaż, zacząć znów trzeciego dnia po miesiączce. Konieczne jest zawsze po miesiąeniu mierzyć ciepłotę; gdy znajdziemy $37,5^{\circ}$, lub gdyby pacjentka dostała bólów w brzuchu, trzeba przez pewien czas przerwać miesiąenie. Prelegent przekonany jest, że za pomocą miesiąenia można wzmocnić obieg krwi lub limfy. Działanie miesiąenia ogromnie wspierają nasiadowe kąpiele błotne lub zwyczajne z domieszka $\frac{1}{2}$ kg. soli kuchennej; ciepłota kąpeli rozpoczyna się od 28° R. a kończy się na 32° R.; kąpiel trwa $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godz., następnie chora idzie do łóżka. Dobre rezultaty miesiąenia, łączonego z kąpielami, otrzymał d-r CIV. w przypadkach antefleksyi, następnie retrowersyi lub fleksyi, wywołanej resztkami wysięku miedniczego. Co się tyczy *haematocoele*, autor uważa, że lepiej pozostawić ją dobrowolnemu wessaniu, w razie ostatecznym poleca jedynie zabieg chirurgiczny. *Hydrosalpinx* ulega wpływowi miesiąenia.

W dyskusyi zabierał głos prof. d-r RUBESKA (Rubeszka), zwracając uwagę między innymi na nadużywanie ginekologicznego masażu, zwłaszcza w miejscach kąpielowych, gdzie często miesiąenie stosowane bywa bez wszelkiego wskazania i bez znajomości rzeczy. D-r NOVY mówił o „Zachowaniu się trąbki ciężarnej“, porównywając spostrzeżenia swoje z danymi KÜHNE'go, KREISCH'a i ULMSO-STROGANOWEJ (?). D-r J. JERIC mówił „O znaczeniu pozycyi WALCHER'a, którego twierdzenie nie było dotąd doświadczalnie sprawdzone, a polega ono na tem, że dzięki tej pozycyi można powiększyć *conjugatum verum* mniej więcej o 1 cm. Opierając się na stosowaniu z pomyślnym rezultatem tej pozycyi w klinice prof. PAWLIK'a, prelegent dodaje, że pozycyę W. stosować można w przypadkach ułatwienia przejścia przodującej główce—lecz potrzeba aby: 1) główka wystąpiła małym segmentem, 2) błony winny być przerwane; 3) usta maciczne powinny być dostatecznie otwarte; 4) bóle powinny być dostateczne i wreszcie 5) aby nie było oznak zatrważających ze strony matki (ucisk, wyciągnięcie dołu segmentu). Trwanie pozycyi W. nie może być zbyt długie ($\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ godziny).

Przemysław Rudzki.

ZJAZD PRZECIWGRUŻLICZY W LONDYNIE.

(22—26 lipca 1901 r.).

Zjazd ten poświęcony został sprawie zapobiegania gruźlicy. Najwięcej interesu przedstawiają odczyty Roberta KOCH'a, BROUARDEL'a i Mc. FADYEAN'a.

I. Robert KOCH. Walka z gruźlicą w świetle doświadczenia, zdobytego przy zwalczaniu innych chorób zakaźnych. (Streszczenie tego odczytu podaliśmy w Nr. 34 „Medycyny“).

W dyskusyi LISTER nie podziela przypuszczenia, jakoby gruźlica bywała rogatego nie przenosiła się na człowieka, i przypomina w tym względzie o trudności przenoszenia ospy krowiej. Co się tyczy gruźlicy przewodu kiszkiowego, to, wprawdzie, w kiszkach gruźlica pierwotna zdarza się rzadko, ale za to w gruczołach kreskowych dosyć często.

NOCARD objaśnia trudność przenoszenia się lasecznika gruźlicy z bydła na człowieka tem, że wskutek przystosowania się do danego medium (wół, krowa) lasecznik nabył własności, które go czynią nieodpowiednim dla innego medium.

Z tej modyfikacyi nie można jeszcze wnosić, że lasecznik perlicy nie jest identyczny z lasecznikiem gruźlicy ludzkiej; prędzej mamy tu do czynienia tylko z pewną odmianą tego samego pasorzyta. Że tak jest, tego dowodzą niewątpliwe przypadki zarażenia się człowieka mlekiem gruźliczych zwierząt.

Sims uważa sprawę, poruszoną przez Koch'a, za otwartą dopóty, dopóki komisye, wyznaczone przez rządy różnych krajów, nie rozstrzygną jej ostatecznie. Do tej pory jednak musimy pozostać przy dawniejszych środkach ostrożności względem gruźlicy bydła rogatego i przenoszenia jej na człowieka.

II. BROUARDEL. Środki, przedsiębrane przez rozmaite mocarstwa w walce z gruźlicą

Nie ulega wątpliwości, że można uchronić się przed gruźlicą, i że jest ona we wczesnych okresach uleczalna. Szerzenie tej prawdy jest jednym z głównych zadań walki z gruźlicą. „Stowarzyszenie narodowe zapobiegania gruźlicy“ (*National Association of Prevention of Consumption etc.*) w Anglii rozpowszechnia w tym celu mnóstwo popularnych rozprawek („Mleko i gruźlica“, „Świeże powietrze i wentylacja“ i t. d.). W Niemczech, Belgii, Norwegii i innych krajach zadanie to skuteczniają stowarzyszenia budowy uzdrowisk. Ale w broszurach i odczytach, traktujących o tym przedmiocie, należy nie tylko wyjaśniać niebezpieczeństwo, grożące ze strony suchotników, lecz również zwracać uwagę, że przy zachowywaniu pewnych ostrożności suchotnik jest dla otoczenia nieszkodliwy: nie należy szerzyć „tuberkulofobii“.

Niebezpieczna jest plwocina chorych, i przeciwko temu źródłu zakażenia należy przedewszystkiem walczyć. W Ameryce, w Sydney i innych miejscowościach wydano pod tym względem surowe prawa. Europa odznacza się większą pobłażliwością w tej sprawie. O ile plwocina, zebrana w odpowiednie naczynia, jest nieszkodliwa, o tyle jest niebezpieczna, gdy jest wypluwana na ziemię, wysycha i rozpyla się, zwłaszcza w ciemnych, przepelnionych mieszkaniach ubogich, gdzie światło słoneczne nie ma możności zabicia laseczników. A zatem widne, obszerne mieszkanie dla ubogich. Tutaj prawnu przyjsć musi w pomoc inicjatywa prywatna. W Anglii od 1851 r. wydano i wprowadzono w życie szereg odnośnych praw, w innych krajach widoczne są dopiero dążenia w tym kierunku. Złe warunki zdrowotne mieszkań usposabiają dorastające pokolenie do gruźlicy: „On ne naît pas tuberculeux, mais tuberculisable“. Złe mieszkanie skłania głowę rodziny do przepędzania wolnego czasu po za domem. „Złe mieszkanie jest pośrednikiem knajpy, knajpa jest pośrednikiem gruźlicy“. W istocie, wykazują statystyki wszystkich krajów, że alkoholicy stanowią dużą część suchotników. A więc walka z alkoholizmem, szerzenie wiadomości o zgubnym wpływie alkoholu jest dzielnym orężem w walce z gruźlicą.

Ale warunki społeczne wymagają, aby jednostka nie tylko w domu, lecz i przy pracy i przy jej poszukiwaniu stykała się z wielu innymi jednostkami, po części gruźliczemi. Ztąd miejsca pracy (szkoły, koszary, biura) i środki komunikacyi (powozy, wagony kolejowe, hotele i t. d.) stanowią obfite źródło zakażenia. Ażeby wyjść zwycięsko z walki z tymi wrogami, powinien ustrój już w dzieciństwie być odpowiednio wzmacniany. W tym sensie działają szpitale morskie i kolonie dla słabowitych i skrofalicznych dzieci. Praktyczną instytucyę stanowią także w ostatnich czasach zakładane ogrody dla robotników.

W celu uchronienia ludności od spożywania mięsa i mleka gruźliczego, powinna być ustanowiona kontrola nad szlachtuzami i mleczarniami, co już zresztą w wielu krajach zostało wprowadzone w życie.

Obok zapobiegania gruźlicy ważna jest sprawa jej leczenia i uleczalności. Lekarze powinni przekonywać swoich pacjentów, że gruźlica jest uleczalna, i nie tać przed osobami, dotkniętymi początkami suchot, prawdziwego stanu rzeczy, lecz zwracać ich uwagę na to, że w porę rozpoczęte leczenie może ich w zupełności uzdrowić.

Ażehy zaś umożliwić rozpoznawanie wczesnych okresów gruźlicy płuc wśród wielkich mas, należy we wszystkich większych miastach zakładać polikliniki dla gruźliczych, których budową i utrzymaniem zająć się powinny stowarzyszenia i filantropi. Z pomiędzy zgłaszających się do polikliniki chorych należy wybierać nadających się do leczenia w sanatoriach i tam ich odsyłać.

III. Mc. FADYEAN. Laseczniki gruźlicy w mleku krowiem, jako źródło zakażenia dla człowieka.

Mówca zwraca się przedewszystkiem przeciwko wywodom Koch'a.

1) Laseczniki gruźlicy ludzkiej posiadają prawdopodobnie mniejszy stopień jadowitości, niż laseczniki bydła rogatego, i nie łatwo mogą wywołać u tegoż zakażenie. Ale lasecznik perlicy zakaża nie tylko bydło, lecz i cały szereg innych zwierząt czworonożnych (koń, pies, owca i t. d.), doświadczenie zaś uczy, że lasecznik, znaleziony u jakiegokolwiek danego zwierzęcia, jeżeli jest chorobotwórczy nie tylko dla niego, lecz i dla wielu innych zwierząt, wywołuje też samą chorobę i u człowieka. A zatem jest rzeczą prawdopodobną, że lasecznik perlicy jest chorobotwórczy i dla człowieka.

2) Nie jest bynajmniej dowiedzionem, że lasecznik perlicy posiada większy stopień jadowitości, niż lasecznik gruźlicy ludzkiej, gdyż, po pierwsze, jest rzeczą możliwą, że lasecznik perlicy, przy przejściu przez ustrój człowieka, traci na jadowitości, a powtóre, już pomiędzy lasecznikami jednego i tego samego gatunku często spostrzegać się daje różnica w stopniu ich jadowitości.

3) Co się tyczy pierwotnej gruźlicy kiszek, to statystyka angielska tem różni się od statystyki, przytoczonej przez Koch'a, że w Anglii pierwotną gruźlicę kiszek spostrzegano w 29% wszystkich przypadków gruźlicy. Dalej, przy utajonym rozwoju gruźlicy ludzkiej, bardzo często nie jesteśmy w stanie znaleźć pierwotnego źródła zakażenia, a wreszcie wszystkie przypadki tak często napotykaney u dzieci „*tubes mesentericae*“ powszechnie przyjęto kłaść na karb zawierającego laseczniki gruźlicze mleka. W celu zwalczenia tego niebezpieczeństwa, a) należy wiadomości o niem szerzyć wśród ludu, zwłaszcza po wsiach, b) rozpoznawcze szczepienie bydła tuberkuliną jest rzeczą wielkiej doniosłości, jakkolwiek nie ulega wątpliwości, że szczepienie to nie zawsze daje wyniki pewne; zaleca się prócz tego: peryodyczną rewizyę bydła, obowiązkowe zawiadamianie o krowach, dotkniętych gruźlicą wymion, i kontrolę nad sprzedażą mleka.

„Wdechanie laseczników gruźlicy ludzkiej jest niewątpliwie głównem źródłem zakażenia dla człowieka, pomimo to jednak nie powinniśmy mleczarzowi pozwolić sprzedawać nam laseczników gruźlicy, nawet gdybyśmy mieli się obawiać tylko gdzieniegdzie małych nacieczeń w gruczołach chłonnych karku lub kilku gruzełków w płucach, jak to wynika z doświadczeń Koch'a”.

Wnioski zjazdu:

- 1) Plwocina ludzka jest głównym rozsadnikiem suchot.
- 2) Niszczenie plwociny (spluwaczki i t. d.).
- 3) Obowiązek meldowania jest w niektórych przypadkach niezbędny.

- 4) Żądanie budowy uzdrowisk dla suchotników.
- 5) Utrzymanie wszystkich dotychczas zalecanych środków przeciwko perlicy bydła rogatego.
- 6) Kontrola doświadczeń KOCH'a.
- 7) Konieczność utworzenia komitetu międzynarodowego.
- 8) Uwzględnianie przyczyn, usposabiających do gruźlicy (alkoholizm).
- 9) Udział stowarzyszeń i t. d. w walce z gruźlicą.
- 10) Temat dla następnego zjazdu: Usposobienie osobnicze do gruźlicy.

Z. S.

Wiadomości bieżące.

— Prof. Julian KOSIŃSKI ponownie zaproszony został do tymczasowego wykładu i prowadzenia kliniki chirurgicznej dla studentów IV kursu Uniwersytetu tutejszego.

— Wyszedł z druku zeszyt 5 seryi XIII „Odczytów klinicznych”, wydawanych przez Redakcję „Gazety Lekarskiej”, i zawiera pracę LESAGE'a p. t. „Ostry katar żołądka i kiszek u niemowląt” w tłumaczeniu kol. Józefa BRUDZIŃSKIEGO.

— Sekretarz XIII międzynarodowego zjazdu lekarskiego, który miał miejsce w Paryżu w roku zeszłym, zawiadamia, że Komitet wydawniczy zjazdu wydał już całe 17 tomów sprawozdań z poszczególnych sekcji i jeden tom sprawozdania ogólnego. Członkowie zjazdu, którzy dotąd sprawozdań tych nie otrzymali, mogą się zgłaszać do fir-

my Masson et Cie w Paryżu 120, Bulv. St. Germain.

— W dniu 21 b. m. rozpocznie się w Paryżu zjazd chirurgów francuskich.

— W Buenos Ayres drukują krótkie przepisy i objaśnienia, w jaki sposób można ustrzedz się zarażenia gruźlicą, na pudełkach od cygar, papierosów i zapalek.

— W nowo utworzonej brytańskiej komisji w sprawie gruźlicy zasiadają prof. M. FOSTER, S. WOODHEAD, SIDNEY MARTIN, Mc. FADYEAN i R. W. BOYEE. Komisja ma za zadanie rozstrzygnięcie następujących pytań: 1) czy gruźlica u ludzi jest identyczna z gruźlicą u zwierząt; 2) czy mogą ludzie od zwierząt i odwrotnie zarażać się gruźlicą, 3) jeżeli tak, to jakie warunki sprzyjają zarażeniu, a jakie nie sprzyjają.

SPROSTOWANIE: Na str. 861 w wierszu 5 od dołu zamiast w „czwartej i piątej księdze” powinno być w „czwartej i ósmej księdze”.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доводжено Цензурою, Варшана 20 Септембра 1901 г. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH
wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMA

D-r T. HEINRICH

w Warszawie,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b, nowy 11.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne tak krajowe jak i zagraniczne, jak również we wszystkie lekarstwa specjalne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

Kąpiele Borowinowe w Domu

Mattoniego Wyciągów Borowinowych do Kąpieli

Jedyny naturalny produkt zastępujący

LECZNICZE – KĄPIELE BOROWINOWE

w domu i o każdej porze roku.

Mattoniego sól Borowinowa (suchy wyciąg) w paczkach po 1 kilo.

Mattoniego ług Borowinowy (płynny wyciąg) w butelkach po 2 kilo.

Przez szereg lat wypróbowane przy:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorosis, Anemia, Scrophulosis, Rhachitis, Wessania wysięków, Fluor albus, skłonności do poronień, częściowych porażeniach, niedowładach, podagrze, reumatyzmie, artryzmie, ischias i hemoroidach

Dostać można we wszystkich aptekach, składach wód mineralnych i składach aptecznych.

Heinrich Mattoni, Cesars. i Królew. Dostawca Dworu i Izb

Franzensbad, Wiedeń, Karlsbad, Budapeszt.

* **Miejscowość kąpielowa i klimatyczna** *

w górach górnej Bawaryi 670 M. n. p. m.
z Monachium 1 1/2 godziny koleją.

Sezon.

15 Maj—1 Października.

* **Tölz-Krankenheil** *

Środki lecznicze: Źródła jodowe do picia i kąpeli, ług soli źródlanej, mydło, spirytus mydlaowy, inhalacje, kąpiele elektryczne
Wskazania: Żółty, syfilis, chron. metritis i endometritis, peri i parametritis, myomy, chron. cystitis i prostatitis, oczna, psoriasis, acne, furunculosis, struma, lymphoma, chron. katary nosa, gardzieli i krtani.

== Prospekty za pośrednictwem dyrekcji kąpielowej. ==

SANATOGEN

Środek wzmacniający i pobudzający sprawność życiową, a głównie systemu nerwowego.

Środek odżywczy przy gruźlicy, nerwowości, braku krwi, blednicy, chorobach żołądka, i kiszek, zbczeniach w trawieniu u dzieci, podczas zdrowienia po wyniszczających chorobach, jako środek wzmacniający odżywianie u matek, karmiących piersią.

Doskonale działanie środka

potwierdzają badania prof. v. Bergmann'a, Eulenburg'a, Tobold'a w berlińskich klinikach uniwersyteckich; prof. v. Schrötter'a w 3-cim oddziale wewnętrznej kliniki Wiedeńskiego uniwersytetu, w klinice dziecięcej prof. v. Frühwald'a w Wiedniu, w zamiejskiej lecznicy psychiatrycznej pod Wiedniem i inne.

Przygotowuje firma:

Bauer et C-je, Berlin S. O. 16.

Znajduje się w aptekach, magazynach aptecznych i u drogistów.

GŁÓWNY REPREZENTANT W WARSZAWIE:

Apteka H. Biertümpfla, ulica Marszałkowska Nr. 136, róg Ś-to Krzyskiej.

Prawdziwy tylko w ruskiem opakowaniu.

Société Chimique des Usines du Rhône dawniej Gilliard, P. Monnet & Cartier.
Towarzystwo anonimowe z kapitałem 6,000,000 franków. Biuro centralne Lyon, 8 Quai de Retz.

KELENE, CHLOREK ETYLU CZYSTY

Produkty farmaceutyczne



Kwasy: karbolowy syntetyczny, salicylowy Salol. Salicylaty: sodu, metylu. Pyrazolina Metylen-Blau med. Rezorcyna med. Hydrochinon. Formaldehyd. Trioxymetylon etc.

do USYPIANIA i znieczulania miejscowego.

Sprzedaż w rurkach szklan. i metal. i w rurkach z podziałką. (Liter. na żądanie gratis i franco.

KOWANÓWKO

ZAKŁAD LECZNICZY

dla nerwowo i umysłowo chorych

oraz dla morfinistów i alkoholików płci obojga.

5 min. od st. kolei Oborniki przy linii Poznań—Pila (Posen—Schneidemühl).

Adres: Kowanówko. p. Poznań.

Cena od 200 mk. miesięcznie.

Dr. Karczewski.

Dr. Mucha.

MERAN

stacya klimatyczna jesienno-zimowa dla przewlekłych chorób wewn., kostytucyjnych, nerwowych, jako też dla osłabionych i wyzdrowieńców. Suchy, słoneczny klimat, wspaniałe promenady, wszelkie urządzenia fizykalno-lecznicze, tanie pensjony. Troskliwa opieka. Broszury o Meranie bezpłatnie i opłatnie za łask. pośredn. Administracyi „Medycyny“. Listownych wyjaśnień udziela lekarz-polak

Dr. BINDER

Willa Gothensitz (w pobliżu kolei).

DOM ZDROWIA

Maryi Dobrowolskiej

w Meranie (Andreas Hoferstrasse 14).

Dziesięć pokoi słonecznych, leżalnia, wszelkie urządzenia hydropatyczne, wyborowa kuchnia polsko-francuska. Dwóch stałych ordynatorów na miesiąc. Wybór lekarzy z poza zakładu dozwolony. Ceny możliwie dostępne.

Marya Dobrowolska (wdowa po lekarzu).