

# MEDYCINA.

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 Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

**Adres Wydawcy:** Jasna Nr. 6.

**Adres Redaktora** Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

**TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE.** Wyluszczenie kończyny górnej wraz z łopatką i częścią obojczyka. Podał d-r med. L. Krause. — Kilka uwag o roli lasecznika zielonej ropy (bacillus pyocyaneus) w powstawaniu t. zw. pierwotnego krupowego zapalenia przewodu słuchowego zewnętrznego i o własnościach patogenicznych lasecznika ropy zielonej wogóle. Podał d-r D. Helman. (Ciąg dalszy). — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 130. Wartość wody utlenionej w krwotokach macicznych. 131. Cukier, jako środek potegujący skurcze macicy. 132. Wyleczenie pijaków. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 2 października r. b. — Sprawozdanie z IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie (21 — 24 lipca r. b.) Strefcił St. Łagowski. (Ciąg dalszy). — **DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

## „MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. Krause — Exarticulation de l'extrémité supérieure ainsi que de l'omoplate et d'une partie de la clavicule 2) D-r D. Helman — Quelques remarques sur le rôle du bacille pyocyanique dans l'origine de l'inflammation croupieuse primaire du conduit auditif externe et sur les propriétés pathogéniques du bacille pyocyanique en général.

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

## „MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r L. Krause — Exarticulation der oberen Extremität sammt Schulterblatt und einem Theile des Schlüsselbeines. 2) D-r D. Helman — Einige Bemerkungen über die Rolle des Bacillus pyocyaneus bei der Entstehung der croupösen primären Entzündung des äusseren Gehörganges und über die pathogenetischen Eigenschaften des Bacillus pyocyaneus im Allgemeinen.

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

## Wyluszczenie kończyny górnej wraz z łopatką i częścią obojczyka.

Podał

**D-r Med. LUDWIK KRAUSE.**

Ordynator oddziału chirurgicznego w szpitalu Starozakonnych w Warszawie.

Zbyt szczupła dotychczas statystyka przypadków całkowitego wyluszczenia kończyny górnej wraz z łopatką i częścią obojczyka, dokonanego na jednym posiedzeniu z powodu nowotworu odpowiedniej okolicy, upoważnia mnie do opisu przypadku, operowanego przeze mnie dnia 3 października 1896 roku.

Chora M. B. z Janowa, 14 lat mająca, przybyła do szpitala Starozakonnych dnia 25 września 1896 roku. Z wywiadów dowiadujemy się, że przed 14



tygodniami chora poczuła w prawej kończynie górnej ból, który zjawiał się bez widocznej dla chorej przyczyny. Ból ten, aczkolwiek od czasu do czasu bardzo dotkliwy, nie przeszkadzał jednak chorej oddawać się swoim zajęciom i wykonywać wszelkie ruchy chorą kończyną. W dwa tygodnie po zjawieniu się pierwszego bólu chora spostrzegła niewielki guz w górnej części kończyny na przedniej powierzchni w bliskości stawu barkowego; i wtedy włądła ręką bardzo dobrze, jedynie wysoko unosić kończyny nie była w stanie. Guz rósł z ogromną szybkością, i w miarę powiększania się ruchy stawały się coraz więcej ograniczonymi tak, iż od 6 tygodni chora prawie żadnych ruchów wykonywać nie może. Badanie wykazało: na prawej kończynie górnej znajduje się guz, zajmujący całą górną trzecią część ramienia, dochodzi z przodu do wyrostka kruczego łopatki, a ku tyłowi do wyrostka barkowego i zawiera w sobie część mięśni, przyczepiających się do wspomnianych wyrostków; ku górze guz mocno wystaje ponad staw barkowy, którego wyczuć wcale nie można, ku dołowi zaś wypełnia całą jamę pachową. Guz kształtu kulistego, twardy, bolesny, nieruchomy w żadnym kierunku, zajmuje całą grubość ramienia i mocno do dna przylega. Obwód guza od wyrostka kruczego łopatki do dolnej jego granicy wynosi 20 ctm., od tylnej jego części do przedniej na wysokości miejsca, odpowiadającego mniej więcej stawowi barkowemu — 33 ctm. Skóra mocno do guza przylega, sina, lśniąca, z mocno rozwiniętą siecią żył znacznie rozszerzonych. Ruchy czynne kończyny niemożliwe, bierne w stawie barkowym wykonać się nie dają, w stawie zaś łokciowym bardzo są ograniczone i bolesne. Gruczoły nadobojczykowe i szyjowe nie powiększone, pod pachą gruczołów wymacać nie można. Chora mało krwista, osłabiona, po nocach nie sypia z powodu silnych bólów, jakich doznaje w guzie i w całej kończynie. W narządach klatki piersiowej żadnych poważniejszych zmian wykryć nie można. Tętno serca czyste lecz słabe, tętno miarowe, nieco przyspieszone — 100 uderzeń na minutę, bardzo słabo rozwinięte w tętnicy promieniowej prawej w porównaniu z lewą.

Narządy jamy brzusznej prawidłowe. Chora nie gorączkuje.

Ponieważ nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że miałem do czynienia z nowotworem złośliwym, wychodzącym z okostny lub kości, rozszerzającym się szybko i przechodzącym na sąsiednie mięśnie, przystąpiłem odrazu do całkowitego wyluszczenia kończyny wraz z łopatką i częścią obojczyka. Po uspieniu chorej za pomocą chloroformu, operację rozpocząłem cięciem nad obojczykiem w celu przedwstępnego podwiązania tętnicy i żyły podobojczykowej w dole MOHRENHEIM'a. Następnie wyciąłem dwa płaty skórne, przedni mniejszy i tylny większy w ten sposób, że cięcie powyższe przedłużyłem po nad guzem w tył nad górnym brzegiem łopatki i po brzegu wewnętrznym tejeże w dół i naprzód do kąta dolnego (płat tylny), zaś od zewnętrznego końca cięcia nad obojczykiem poprowadziłem cięcie ku dołowi przed jamą pachową, następnie ku tyłowi, obchodząc w ten sposób guz w jamie pachowej, aż do spotkania się z cięciem tylnym (płat przedni). Oddzieliwszy okostną wraz z przyczepem mięśnia podobojczykowego od obojczyka, przepiłowałem tenże mniej więcej w środkowej jego części, następnie przeciąłem mięsień piersiowy wielki i mały; podwiązaawszy naczynia krwawiące, przeciąłem cały splot pachowy nerwów i, oddzieliwszy skórę i tkankę łączną podskórną, przeciąłem mięsień najszerszy grzbietowy poniżej kąta łopatki i w ten sposób kąt ten obnażyłem. Po przecięciu w górnej części łopatki mięśni: kapturowego, dźwigacza kąta łopatki i łopatko-gnykowego, można



było całą kończynę wraz z łopatką odciągnąć ku tyłowi i oddzielić na tępo mięsień podłopatkowy aż do przyczepu mięśnia zębatego wielkiego przedniego. Po przecięciu tego mięśnia i obu mięśni skośno-czworokątnych można było usunąć całą kończynę wraz z łopatką i częścią obojczyka. Tętnicę poprzeczną łopatki i grzbietu łopatki podwiązałem, pierwszą po przecięciu, drugą przed przecięciem w górnej części łopatki. Na skórę nałożyłem szew węzłkowy przy dość silnem napięciu w średniej części rany, niewielką część rany w górnej części pozostawiłem otwartą z powodu braku skóry. Krwawienie wogóle było bardzo niewielkie. Operacja trwała niecałą godzinę.

Chora zniosła operację wcale dobrze; tętno bezpośrednio po operacji okazało się bardzo słabem, lecz wkrótce po zastrzyknięciu pod skórę dwóch szprycek eteru z kamforą znacznie się poprawiło.

Nazajutrz po operacji chora czuła się dobrze, ciepłota nie podniesiona, tętno niezłe rozwinięte, przyspieszone — 140 na minutę. W ciągu kilku dni następnych ciepłota była prawidłowa, tętno dobre, przyspieszone.

Dnia 7 po operacji zmieniłem opatrunek. W dolnej części rany szwy trzymają dobrze, w górnej zaś części, gdzie napięcie było za duże, brzegi rany są zaczerwienione, i skóra na bardzo niewielkiej przestrzeni przechodzi w zgorzel. W trzy dni później, t. j. 10 dnia po operacji zdjąłem szwy. W górnej części rany brzegi na przestrzeni około 3 ctm. przeszły w zgorzel, część rany, która szwem złączona nie była, pokryła się dobrą i zdrową ziarniną, a pozostała część rany zagoiła się przez rychłozrost. Podczas dalszego pobytu chorej w szpitalu stan ogólny z każdym dniem się poprawiał. Rana goiła się prawidłowo bez żadnych powikłań. Zauważyć się tylko dało, że tętno przez dłuższy czas jeszcze było przyspieszone 108 - 112 uderzeń na minutę; dopiero dnia 28 października liczba uderzeń tętna na minutę spadła do 80.

Dnia 1 grudnia chora wypisana została ze szpitala w stanie bardzo dobrym, z zupełnie zagojoną raną. Tegoż dnia przedstawiona została na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Przy obejrzeniu preparatu stwierdzono, że nowotwór wychodzi z okostny górnej części kości ramieniowej, zajmuje całą górną część ramienia, przechodzi na wyrostek kruczy łopatki i na przyczepy mięśni piersiowego małego i kruczo-ramiennego, następnie na wyrostek barkowy i przyczep mięśnia kapturowego oraz na zewnętrzną część jamy nadgrzebieniowej łopatki. Na przecięciu nowotwór przedstawia się gładkim, na dotyk twardym, gdzie niegdzie w stanie rozpadu; szpik kostny nie zajęty, staw barkowy zupełnie przez nowotwór nietknięty.

Badanie drobnowidzowe wykazało budowę mięsaka, wychodzącego z okostny.

Co się tyczy dalszych losów chorej, to dowiedziałem się od rodziny, że trzy miesiące chora miała się zupełnie dobrze, poczem zjawił się nieduży guzik na szyi, (prawdopodobnie gruczołek chłonny), operowany przez tamtejszego lekarza. Rana zagoiła się po operacji doszczętnie. We dwa miesiące później, t. j. w 5 miesięcy po przybyciu do domu z Warszawy, zachorowała na zapalenie nerek i umarła. Na miejscu blizny, ani też w żadnym innym miejscu nawrotu nowotworu spostrzegać się nie dało.

Operacja całkowitego wyluszczenia kończyny górnej wraz z łopatką i częścią obojczyka wykonana została po raz pierwszy w roku 1808 przez lekarza angielskiego RALPH'a CUMING'a na majtku z powodu obszernego zranienia odpowiedniej okolicy. Pomyślny wynik tej operacji nie zdołał jednak



zachęcić chirurgów do przedsięwzięcia jej nawet wtedy, gdy żaden inny rękoczyn do celu nie prowadził. Operacyi więc przez długi czas nie wykonywano, aż dopiero w latach 30 odważniejsi chirurgowie amerykańscy znów zaczęli ją stosować w nowotworach okolicy barkowej z więcej lub mniej pomyślnym wynikiem. Od tego czasu z operacją tą spotykamy się coraz częściej, tak iż w latach 40 wykonano ją 5 razy, w latach 50 — 3 razy, w 60 — 17 razy, w 70 — 13 razy, a w 80 już 23 razy. Z dość znacznej liczby statystyk, które zjawiały się w ostatnich czasach w miarę mnożenia się pojedynczych spostrzeżeń, zasługują na uwagę BERGER'a <sup>1)</sup>, następnie ADELMANN'a <sup>2)</sup>, który zestawił wszystkie przypadki, operowane do 1888 roku, i SCHULTZ'a <sup>3)</sup>, który zestawił przypadki, operowane po 1888 roku. Ze statystyk tych widać, że różne były przyczyny, które spowodowały operację w mowie będącą. Robiono operację: w obszernych obrażeniach, w ranach postrzałowych, w sprawach zapalnych kości (*caries, osteomyelitis*), przeważnie zaś przy nowotworach bądź złośliwych, bądź łagodnych. Większa lub mniejsza odsetka śmiertelności zależała od istoty cierpienia i od czasu, kiedy operacja wykonana została, w czasach przedprzeciwnilnych lub też potem.

Z powodu zapalenia szpiku kostnego kości ramieniowej, przechodzącego na łopatkę, wykonał u nas operację całkowitego wyluszczenia kończyny wraz z łopatką, aczkolwiek nie na jednym posiedzeniu, KORZENIOWSKI <sup>4)</sup> w roku 1866 w szpitalu Dz. Jezus na chorej 36-letniej z dobrym wynikiem. Z powodu nowotworu zaś z pośród chirurgów polskich wykonał ją pierwszy OBALIŃSKI w r. 1886 z pomyślnym wynikiem. Przypadek przedstawiony był na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego przez BRAUNA, a opisany w następnym roku przez OBALIŃSKIEGO <sup>5)</sup> w czasopiśmie niemieckim.

W roku 1888 znajdujemy przypadek, opisany w „Przeglądzie Lekarskim“ i operowany przez SONDERMAYER'a <sup>6)</sup> z powodu mięsaka kostnego, wychodzącego z górnej części kości ramieniowej i rozszerzającego się w mięśniach podłopatkowych.

Prócz przypadków powyższych i prócz wzmianki z powodu przypadku, operowanego przez kol. SZTEYNER'a i przedstawionego na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w dniu 2 marca 1897 r., nie znalazłem w dostępnej mi literaturze polskiej lekarskiej ani jednego przypadku obszerniej opisanego, chociaż niewątpliwie operacja ta nieraz wykonana została.

Pomimo ciężkiego i obszernego urazu, jakiemu podlega chory przy operacyi całkowitego wyluszczenia kończyny górnej i łopatki z powodu nowotworów, operacja ta daje wyniki wcale dobre. Na 46 przypadków, zebranych przez BERGER'a <sup>7)</sup>, w których operacja wykonana została na jednym posie-

1) Paul BERGER. L'amputation du membre supérieur etc. 1887.

2) Georg ADELMANN. Die operative Entfernung des knöchernen Brustgürtels. (Arch. Langenb. T. 37. 1888).

3) SCHULTZ. Zur Statistik der totalen Entfernung des Schulterblattes. (Deutsch. Zeitsch. f. Chir. T. 43. 1896).

4) KORZENIOWSKI. Wyluszczenie ramienia. Całkowite wycięcie łopatki. Przebieg pomyślny. (Klinika. 1866. Nr. 1).

5) OBALIŃSKI. Totalexstirpation der rechten Scapula mit gleichzeitiger Entfernung der rechten Extremität Heilung. (Wiener medic. Presse. 1887. Nr. 19).

6) SONDERMAYER. Mięsak kości ramieniowej. Odjęcie całej odnogi górnej wraz z łopatką i częścią obojczyka. Wyleczenie. Przegl. Lek. 1888.

7) BERGER. De l'amputation interscapulo-thoracique dans le traitement des tumeurs malignes de l'extrémité supérieure de l'humérus. (Revue de chirurgie. 1898. Nr. 10).



dzeniu z powodu nowotworu kończyny górnej, w 2 przypadkach tylko nastąpiła śmierć — 4,3%, w 44 przypadkach nastąpiło wyzdrowienie zupełne. W przypadkach zaś, w których wykonano wyluszczenie kończyny górnej z powodu nowotworu, zaś w następstwie z powodu nawrotu wyluszczone łopatkę i część obojczyka, śmiertelność była większa: na 23 przypadki zmarło 3 t. j. 13%, w 10 przypadkach nastąpił nawrót powtórny już w kilka miesięcy po dokonanej operacji. Większa odsetka śmiertelności w drugim wypadku pochodzi stąd, że istnieją już wtedy metastazy nowotworowe i w narządach wewnętrznych, na których żaden zabieg operacyjny przedsięwzięty być nie może. Możemy więc liczyć na długotrwałe wyleczenie wtedy, jeżeli przy nowotworach, mających swe siedlisko w górnej części kończyny górnej, przystąpimy odrazu do całkowitego wyluszczenia kończyny wraz z łopatką i częścią obojczyka, nawet wtedy, gdy mięśnie napozór jeszcze nie są zajęte. Poszukiwania bowiem NASSE'go<sup>8)</sup> dowiodły, że w przyczepach mięśni bardzo wczesnie występuje zwyrodnienie nowotworowe, a stąd szybkie nawroty po operacjach, które pozornie w częściach zdrowych zostały wykonane. BERGER<sup>9)</sup> wprost powiada, że jedynie tylko w nowotworach kończyny górnej małych, wyraźnie odgraniczonych, nie wchodzących do stawu, o charakterze łagodnym, stwierdzonym drobnowidzowo przez cięcie próbne, dokonane tuż przed operacją, można wykonać wycięcie główki kości ramieniowej, wszystkie zaś inne nowotwory kończyny górnej, nawet gdy jeszcze mięśnie widocznie nie są zajęte, powinny być leczone przez całkowite wyluszczenie kończyny wraz z łopatką.

W naszym przypadku, jak widzieliśmy wyżej, guz zajął górną część ramienia, był ograniczony, staw barkowy zupełnie był nietknięty przez nowotwór, jedynie tylko wyrostek kruczy i barkowy łopatki wraz z przyczepami mięśni były zajęte; nie mogłem jednak ograniczyć się na wyluszczeniu tylko kończyny i wycięciu wspomnianych wyrostków, lecz zmuszony byłem zgodnie z poszukiwaniami NASSE'go wyluszczyć jednocześnie i łopatkę z częścią obojczyka. Nawrotu też nowotworu ani w miejscu blizny, ani też gdzieś indziej po 5 jeszcze miesiącach nie było, i można z wielkiem prawdopodobieństwem przypuścić, że nawrotu w dalszym ciągu nie byłoby, gdyby nie zapalenie nerek, któremu chora uległa.

Głównymi momentami przy wykonaniu operacji są: podwiązanie tętnicy i żyły podobojczykowej, jako przedwstępny akt operacji, i uformowanie przedniego i tylnego płata; wszelkie inne akty operacji są mniej ważne i ulegały za każdym razem modyfikacji zależnie od przypadku. Naczynia wspomniane podwiązać można nad obojczykiem przed przecięciem, bądź po przecięciu obojczyka i odciągnięciu go na zewnątrz, bądź też po wycięciu części środkowej obojczyka. Niektórzy chirurdzy ograniczali się przynajmniej dawniej na podwiązaniu tylko tętnicy podobojczykowej; lepiej jest jednak podwiązać jednocześnie i żyłę podobojczykową, gdyż w takim razie nie tylko zmniejsza się przez to krwawienie żylnie podczas operacji, lecz także unikamy zranienia tej żyły i wejścia do niej powietrza podczas operacji, co kilkakrotnie się zdarzyło. Krwotoki następne, chociaż rzadko, ale się zdarzają. W jednym przypadku operowanym przez LANGENBECK'a z powodu

<sup>8)</sup> NASSE. Die Sarcome der langen Extremitätenknochen. (Arch. Lang. 1889. T. 39).

<sup>9)</sup> BERGER. L. c.



mięsa w okolicy łopatki, nastąpił krwotok 5 dnia po operacji; przypadek ten zakończył się śmiercią.

W innym znów przypadku, operowanym przez CHAVASSE'a, nastąpił krwotok 16 dnia po operacji, tak iż trzeba było jeszcze raz nałożyć podwiązkę na tętnicę podobojczykową. Przypadek zakończył się wyzdrowieniem.

---

Z ZAKŁADU LECZNICZEGO DLA CHORYCH NA USZY D-RA GURANOWSKIEGO.

## KILKA UWAG O ROLI LASECZNIKA ZIELONEJ ROPY

(*Bacillus pyocyaneus*)

w powstawaniu t. zw. pierwotnego krupowego zapalenia przewodu słuchowego zewnętrznego i o własnościach patogenicznych lasecznika ropy zielonej wogóle.

Podał

**D-r D. HELMAN.**

---

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 47).

Jakież wnioski wysnuć można z naszych spostrzeżeń?

Krupowe zapalenie ucha zewnętrznego należy niewątpliwie odnieść do rzadkich postaci chorobowych. Sprawa ta przebiega bez gorączki, bez widocznej reakcji ze strony stanu ogólnego, bez powikłań ze strony innych narządów. Powstaje ostro, nagle i wywołuje mniej lub więcej ciężkie objawy miejscowe w narządzie, sprawą chorobową zajęтым. Podmiotowo widzimy: rozlane obrzmienie i zaczerwienienie przewodu kostnego i łuszczenie naskórka. Słuch jest zazwyczaj nieznacznie przytępiony. Po upływie 2—3 dni na żywej zaczerwienionem miejscu przewodu słuchowego występuje już czerwony pęcherz, pokryty naskórkiem, z którego sączy się nieznaczna ilość surowicy. Nazajutrz wytwarza się w przewodzie gruba błona rzekoma galaretowata, wypełniająca mniej lub więcej światło przewodu kostnego. Wraz z jej wytwarzaniem się powstają jednocześnie silne bóle, które natychmiast znikają lub słabną po usunięciu błon. Błony wydzielają się raz lub kilka razy w przeciągu tygodnia, i sprawa kończy się zupełnem i szybkim wyzdrowieniem. Wygląd i konsystencya owych błon są tak typowe, że pozwalają przy pierwszym wejrzeniu na rozpoznanie ich krupowego charakteru. Zresztą chemiczne właściwości i mikroskopowa budowa usuwają wszelką wątpliwość. Dzięki tym właściwościom, można te błony łatwo odróżnić od mas śluzowych lub mas nabłonkowych, spotykanych w uchu. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że sprawa ta nie ma żadnego pokrewieństwa z błonicą, jak to już zauważyli MOOS, GOTTSTEIN, WREDEN i inni. Brak reakcji ze strony stanu ogólnego, występowanie jednostronne, szybki przebieg sprawy, brak powikłań ze strony innych narządów, łatwość usunięcia błon, zakończenie sprawy anatomiczną drogą regeneracji nabłonka, a nie przez zabliznianie się, wreszcie ujemne wyniki bakteryologicznego badania na laseczniki LÖFFLER'a dają nam zupełną możność wyłączenia błonicy. Leczenie krupu ucha polegało u nas na wprowadzaniu tamponików gazy sterylizowanej lub zmoczo-



nej w glicerynie karbolowej. Przy bólach silnych zalecano kataplazm HAMILTON'a. Co się tyczy etiologii tej postaci chorobowej, to zdaje mi się, że powinniśmy potwierdzić przypuszczenie GURANOWSKIEGO o roli lasecznika zielonej ropy i uważać go za moment etiologiczny w powstawaniu błon krupowych. We wszystkich bowiem trzech przypadkach niewątpliwego krupowego zapalenia znalazłem wyłącznie czystą hodowlę lasecznika zielonej ropy bez żadnej innej domieszki. Za dowód czystości otrzymanych hodowli może poniekąd służyć ilość i jakość wytworzonego barwnika, wiadomo bowiem, że, gdy obok kolonii lasecznika zielonej ropy rozwijają się kolonie jakiegokolwiek innego drobnoustroju, wtedy pierwszy albo zupełnie traci swą własność wytwarzania pigmentu pomimo swej niewątpliwiej obecności albo też wytwarza zupełnie inny barwnik. MÜHSAM<sup>8)</sup>, który przeprowadził cały szereg doświadczeń nad zmianą barwnikotwórczych własności lasecznika zielonej ropy pod wpływem symbiozy z innymi drobnoustrojami, powiada między innymi: „Hierdurch ist der Beweis geliefert, das der Bacil. pyocyaneus durch das Concurrerenzwachstum mit anderen Mikroorganismen die Fähigkeit, Pigment zu producieren, verlieren kann, das er aber auf geeigneten Nährboden übertragen, diese Fähigkeit wieder erlangt“.

Żałować należy, że prócz GURANOWSKIEGO nikt z autorów, którzy spostrzegali i opublikowali przypadki krupucha zewnętrznego nie uwzględnił bakteriologicznej strony tej sprawy. Jednakże podany przez BEZOLD'a szczegółowy obraz mikroskopowych własności błon krupowych i drobnoustrojów w nich spostrzeganych każe przypuszczać, że uczony ten miał do czynienia najprawdopodobniej z *bacil. pyocyaneus*. Przypuszczenie to nasunąć się nam musi, jeśli zważymy z jednej strony różnorodność spostrzeganych przez BEZOLD'a drobnoustrojów; z drugiej przypomnimy sobie wygląd lasecznika zielonej ropy i wyniki naszych badań mikroskopowych. Chciałbym zwrócić uwagę specjalistów na tę ciekawą postać chorobową, by w każdym poszczególnym przypadku zająć się bakteriologicznym badaniem błon. Jeżeli dalsze spostrzeżenia potwierdzą otrzymane przez nas wyniki, jeżeli wreszcie drogą zaszczepienia hodowli lasecznika na ścianie przewodu uda się wywołać też same zmiany anatomo-patologiczne, wtedy będziemy mogli obecną niewłaściwą nazwę „krupowe zapalenie przewodu słuchowego“ zamienić na racjonalniejszą: „*otitis externa pyocyanica*“, rozumiejąc pod tą nazwą ostrą sprawę zapalną przewodu słuchowego, w której przebiegu powstają w przewodzie charakterystyczne pod względem makro- i mikroskopowym a i bakteriologicznym błony włóknikowe. Nadmienić należy, że doświadczenia z ropą zieloną i lasecznikiem ją wywołującym były już dawniej przedsięwzięte przez ZAUFAL'a<sup>9)</sup> i GRUBER'a<sup>10)</sup>. Jeszcze przed odkryciem przez GESSARD'a lasecznika zielonej ropy ZAUFAL drogą całej seryi zaszczepień, przedsięwziętych na ludziach, doszedł do wniosku, że ropa zielona ma własność wywoływania ostrego rozlanego zapalenia przewodu słuchowego. W przypadkach GRUBER'a już na 3 dzień po zaszczepieniu ropy zielonej (w tym celu autor ten

<sup>8)</sup> MÜHSAM. Ueber den Fundort des Bacillus pyocyaneus und seine Farbproduction bei der Symbiose mit anderen Mikroorganismen. Inaug. Dissertation. Berlin. 1893.

<sup>9)</sup> ZAUFAL. Ueber das Vorkommen blauer Otorrhoen. Archiv f. Ohrenheilkunde. Bd. VI.

<sup>10)</sup> GRUBER. Ueber das Vorkommen grünen Eiters im Ohre. Monatschrift für Ohrenheilkunde. 1887. Nr. 6.



wprowadzał do ucha watę zmoczoną ropą zieloną) występowały charakterystyczne objawy, nadzwyczaj przypominające obraz kliniczny, spostrzegany i w naszych przypadkach. A więc: chory skarżył się na silne bóle, króre trapiły go przez noc całą. Przy badaniu stwierdzano żywe zaczerwienienie i obrzmienie tylnej ściany przewodu słuchowego i bolesność jej przy dotykaniu. Nazajutrz na tylnej ścianie zjawiał się mały ropień, który tegoż dnia otwierał się, poczem objawy wszelkie znikaly. Podobny również obraz obserwowal następnie GRUBER i w innym przypadku ostrego zapalenia przewodu słuchowego, wywołanego przez lasecznika zielonej ropy. Nigdzie jednak nie znajdujemy u niego wzmianki o wytwarzaniu się rzekomych błon krupowych pod wpływem *bacil. pyocyaneus*. Wybitne objawy subiektywne i dość znaczne zmiany obiektywne, wywołane obecnością lasecznika zielonej ropy, powstrzymały GRUBER'a od dalszych doświadczeń na ludziach.

Że jednak lasecznik zielonej ropy jest w stanie wywołać ścinanie się włóknika i doprowadzić do wytwarzania głębszych nalotów, o tem świadczą przypadki, obserwowane przez OETTINGER'a i LUBLIMOW'a. OETTINGER<sup>11)</sup> opisuje chorego, u którego w okresie zdrowienia po durze pojawiła się oryginalna dość wysypka w postaci drobnych pęcherzyków na powierzchni nosznej i w okolicy pachwinowej. Pęcherzyki te rozmaitej wielkości były napełnione płynem opalizującym, który wkrótce przybrał odcień krwawy. Brzegi pęcherzyków dość twarde, skóra otaczająca je była nacieczona wysiękiem krwawym. Pęcherzyki sprawiały choremu dość silne dolegliwości. Po niejakiem czasie, gdy zawartość pęcherzyków wypłynęła na zewnątrz, zauważono na dnie rany białawy nalot, podobny do błoniczego — „une veritable infiltration fibrineuse du derme“, powiada OETTINGER. Bakteryologiczne badanie krwawej zawartości wspomnianych pęcherzyków wykazało obecność lasecznika zielonej ropy w czystej hodowli.

Nieco podobne zjawisko spostrzegal LUBLIMOW<sup>12)</sup>. Autor ten widział w przetokach pęcherzowo-pochwowych naloty inkrustowane solami, podobne do nalotów błoniczych. LUBLIMOW zbadał bakteryologicznie naloty w czterech przypadkach i znajdował w nich stale *bac. pyocyaneus*, sądzi przeto, że lasecznik ten jest przyczyną owych nalotów.

Jak już wyżej zaznaczyłem, nazwa „krupowe zapalenie ucha“ jest nieudatna, a raczej niewłaściwa, choćby z tego względu, że zasadniczej różnicy anatomicznej między krupowemi a dyfterytycznemi błonami, właściwie powiedziawszy, niema, a przynajmniej bardzo trudno ją przeprowadzić. Przyczyna różnicy poglądów i wątpliwości względem krupu i błonicy leży w sprawie nazwy, gdyż z temi nazwami są połączone pewne zmiany anatomiczne, opisane w owe czasy, gdy o etiologii właściwej nie było jeszcze mowy. Obecnie większość anatomo-patologów skłania się do poglądu, że między temi dwiema sprawami jest tylko różnica w natężeniu, lecz nie zasadnicza: zgorzel nie jest wyłącznie charakterystyczna dla dyfterytu, gdyż bywa i w krupie. Lasecznik LÖFFLER'a lub też inne chorobotwórcze drobnoustroje mogą w zależności od stopnia swej złośliwości i różnych indywidualnych własności danego ustroju wywołać to głębszą sprawę anatomiczną ze zgorzelą tkanek, to lżejszą w postaci powierzchownego nalotu włóknikowego

<sup>11)</sup> OETTINGER. Un cas de maladie pyocyaneique chez l'homme. La Semaine med. 1890.

<sup>12)</sup> LUBLIMOW. Ref. „Medycyna“. 1898. N. 31.



Materyału do wytworzenia owych nalotów włóknikowych dostarcza przesięk i produkty rozpadu wyemigrowanych białych ciałek krwi, które w dość znacznej ilości nagromadzają się w samej błonie i w tkance nabłonkowej ją pokrywającej. Taki jest obecny pogląd na krupowo-dyfterytyczne zapalenie, pogląd, wyrobiony dzięki pracom WAGNER'a, WEIGERT'a i in. Czynniki etiologiczne, wywołujące zapalenie z następczem powstawaniem błon, mogą być najrozmaitsze, czy to mechaniczne, czy chemiczne, czy też specyficzne chorobotwórcze bakterye. Do tych należy przedewszystkiem lasecznik LÖFFLER'a.

Nasze przypadki odnieść należy do zupełnie odmiennej kategorii spraw anatomicznych, jest to ostre zapalenie przewodu słuchowego, w przebiegu którego tworzą się włóknikowe skrzepy w postaci galaretowatych mas. Zwykle spotykamy błony włóknikowe w t. zw. krupowem zapaleniu gardzieli, oskrzeli i w sprawach wysiękowych na błonach surowicznych. W tych sprawach następuje powolne przesiąkanie surowicy z naczyń krwionośnych i limfatycznych, które wreszcie przeszedłszy przez błonę śluzową, podlega ścinaniu się. WEIGERT na zasadzie przedsięwziętych doświadczeń twierdzi, że przesiąkanie surowicy na zewnątrz i jej ścinanie jest tylko wtedy możliwe, gdy istnieje zupełny brak nabłonka aż do tkanki podśluzowej. Tylko w takich warunkach mogą powstać błony krupowe. Zupełnie inne zjawisko obserwujemy w naszych przypadkach. Przedewszystkiem nie mamy tu błony śluzowej, lecz naskórek, na którym powstawanie mas włóknikowych drogą przesiąkania krwi wydaje się wprost niemożliwe. Wprawdzie BEZOLD twierdzi, że niezmierna cienkość i delikatność nabłonka przewodu słuchowego, jak i łatwość przekrwienia miejscowego, przy najmniejszym rozdrażnieniu, może stworzyć warunki odpowiednie dla przesiąkania surowicy i wywołania sprawy anatomicznej, jaką tylko zwykliśmy widzieć na błonach śluzowych, jednakże brak nam tutaj drugiego warunku, który podług WEIGERT'a jest niezbędnym dla wytwarzania się błon włóknikowych, t. j. obnażenia tkanki podśluzowej.

Znacznie więc prawdopodobniejszem wydaje mi się to objaśnienie, które w kilku słowach chciałbym skreślić.

Otóż, jak wyżej zaznaczyłem, w początkach omawianej sprawy chorobowej znajdujemy obrzmienie i zaczerwienienie przewodu słuchowego, silniej wyrażone na ograniczonym miejscu, powstaje pęcherz krwawy, napięty, coś w rodzaju hematomy. Po kilku dniach znajdujemy już w przewodzie skrzepłą masę włóknikową, wypełniającą światło przewodu. Po jej usunięciu na miejscu dawniejszego pęcherza krwawego widzimy tylko zaczerwienienie i nieznaczny brak naskórka. Możemy więc z pewnem prawdopodobieństwem przypuścić, że błony krupowe wytworzyły się nie drogą przesiąkania składowych części krwi z naczyń krwionośnych i limfatycznych, lecz że cała krwawa zawartość wezbranej hematomy po pęknięciu ściany wylewa się do przewodu i wskutek pewnych warunków ścina się, tworząc masę włóknikową. Przyczyna, dlaczego w tych pojedynczych przypadkach ścina się włóknik, gdy natomiast bardzo często pomimo obecności w przewodzie składowych części krwi nie dochodzi do wytworzenia mas włóknikowych, przyczyna ta zdaje się zależeć od obecności drobnoustrojów, ewentualnie lasecznika zielonej ropy. Teorya o materyach fibrynorodnych i fibrynoplastycznych ma więc i tutaj swe zastosowanie; najprawdopodobniej w roli fibrinfermentu występuje w danych przypadkach wspomniany *bacil. pyocyaneus*.



Korzystając ze sposobności, chciałbym tu jeszcze kilka słów powiedzieć o morfologicznych i biologicznych własnościach lasecznika zielonej ropy. Lasecznik zielonej lub niebieskiej ropy (*bacillus pyocyaneus*, *bacterium aeruginosum*) został odkryty w roku 1882 przez GESSARD'a. Lasecznik ten przedstawia się w swej typowej formie w postaci bezbarwnej, cienkiej, dość długiej pałeczki o końcach nieco zaokrąglonych. Przy badaniu w wiszącej kropli widać oddzielne lub we dwoje złączone laseczniki, poruszające się dość żywo w rozmaitych kierunkach przy pomocy rzęski, na jednym z końców znajdującej się. JAKOWSKIEMU<sup>13)</sup>, któremu zawdzięczamy obszerną monografię o laseczniku zielonej ropy, nie udawało się spostrzec owych rzęsek, pomimo stosowania metody barwienia, zalecanej przez LÖFFLER'a. Zarodników lasecznik zielonej ropy nie tworzy, mnoży się drogą dzielenia, tworząc krótsze lub dłuższe łańcuszki. Barwi się zwykłymi anilinowymi barwnikami zasadowymi. Sposobem GRAM'a nie odbarwia się.

Co się tyczy biologicznych własności i hodowli tego lasecznika, to o nich szczegółowo mówiłem przy opisanu otrzymanych przez nas hodowli. Dodam tu jeszcze, że *bacillus pyocyaneus* rozwija się także na kartoflu i mleku sterylizowanym. Szczególnie to ostatnie stanowi podłoże nader podatne do rozwoju lasecznika. Według JAKOWSKIEGO lasecznik zielonej ropy może rozwijać się i jako anaerob, bez dostępu powietrza (przy zastosowaniu metody BUCHNER'a). Rośnie on jednak w tych warunkach słabo, powoli i nie produkuje barwnika.

(D. n.).

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

130. PLATON. **Wartość wody utlenionej w krwotokach macicznych.** Woda utleniona jest silnym i energicznym lekiem, którego własności przeciwnie i krew tamujące są wybitne. W leczeniu nadtlenek wodoru używa się w roztworach 10%—12% najwyżej, a w większości przypadków w roztworach 2% do 6%.

Co do działania trującego, to zdaje się, iż dobrze przygotowana woda utleniona może być używana bez obawy niebezpieczeństwa, przynajmniej przy opatrunkach ran i oczyszczaniu jam gnilnych.

Siła krew tamująca wody utlenionej była wypróbowana przez TISSOT'a, który po kilkoletnim jej stosowaniu przyszedł do wniosku, że: 1) woda utleniona nie wywołuje ani miejscowego podrażnienia, ani czerwonoci, ani objawów otrucia; 2) stosowanie jej jest prawie niebolesne; 3) jestto środek przeciwnie, silnie krew tamujący i odwanający.

Działanie krew tamujące nadtlenku wodoru było po raz pierwszy wypróbowane przeciw krwotokom macicznym przez PERRI'a w 1895 r. Tamponem, nasyconym wodą utlenioną, wycierano śluzówkę macicy, i krwotoki ustawały wskutek pobudzenia gładkich włókien i ścinania się krwi z powodu strącenia włóknika, bez zmiany jednak upostaciowanych składników krwi. TISSOT stwierdził, że, jeżeli podziałać nadtlenkiem wodoru na krew przy wyjściu jej z żył, to tworzą się dwie warstwy; górna z gęstej piany, zawierająca gęste skrzepy, i dolna, składająca się z surowicy zabarwionej na czarno przez utlenioną hemoglobinę.

<sup>13)</sup> JAKOWSKI. Beiträge zur Lehre von den Bacterien des blauen Eiters. Zeitschrift für Hygiene und Infectiouskrankheiten. 1893. Bd. 15.



Łatwo zrozumieć tedy, że takie działanie wody utlenionej na krew przy wyjściu jej z żył zapewnia szybkie zatamowanie krwi. Autor ze swej strony stwierdził to samo, co PETIT, stosując nadtlenek wodoru w dwóch przypadkach krwotoku macicznego. W obydwóch przypadkach autor zastosował przemycie za pomocą strzykawki BRAUN'a i otrzymał dobry wynik.

W pierwszym przypadku miał autor do czynienia z krwotocznym zapaleniem mięszu macicy dziecięcej w przodopochyleniu i zapaleniem okołomacicznym wsktek rzeżączki. Ponieważ chora nie zgadzała się na proponowane jej skrobanie, to po ustąpieniu ostrych objawów zapalnych, gdy krwawienia nie ustawały, autor zastrzyknął do jamy macicy 4 ctm. sz. 10% wody utlenionej, robiąc przytem jednoczesne przemywanie pochwy, celem usunięcia i zobojętnienia nadmiaru wydzielającej się z macicy wody utlenionej. Potem wykonano tamponadę gazą salolową i zalecono leżenie w łóżku. Krwawienie zmniejszyło się zaraz na drugi dzień i po powtórnym zastrzyknięciu w 12 dni później ustąpiło zupełnie. Nadtlenek wodoru posiada jednak działanie trochę przyżegające, należy przeto jednocześnie z zastrzykiwaniem  $H_2O_2$  robić przemywanie pochwy, aby usunąć i zobojętnić nadmiar wypływającej z macicy wody utlenionej.

W drugim przypadku autor zastosował  $H_2O_2$  przy obfitym krwotoku macicznym, spowodowanym zbliżaniem się okresu przekwitania u kobiety 44 letniej. Po trzech codziennych po sobie następujących wstrzykiwaniach dwóch szprycek BRAUN'a krwotok ustąpił, podczas gdy podawane z początku przetwory sporyszu, wstrzykiwania ergotyny, gorące ( $45^0$ — $50^0$ ) przestrzykiwania pochwy i ścisłe tamponowanie  $Fe_2Cl_6$  były bezsilne.

(*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. Janvier. 1900.* St. Rostan.

131. **Cukier, jako środek potęgujący skurcze macicy.** Bossi z Genui ogłosił przed kilkoma laty rzecz o nieznanych właściwościach cukru, mianowicie, że przy użyciu wewnętrznym cukru wzmagają się siła skurczów macicy. Spostrzeżenie powyższe stwierdził PAYER (w Gracu) na 34 położnicach.

W 7 przypadkach wyczerpania macicy, powstałego w końcu aktu wydalenia płodu, podawano 30,0 cukru, rozpuszczonego w 150,0 wody (dawka, podana przez Bossi'ego, którą w razie potrzeby można powtórzyć): siła skurczu macicy znacznie się zwiększyła, i poród zakończył się bardzo prędko. Działanie następowało po 15 — 30 minutach. W 12 przypadkach osłabienia skurczów macicy na początku porodu zwiększenie napięcia mięśnia macicy nastąpiło po upływie 3—6 godzin tylko w 3 przypadkach. Wreszcie przypadków działanie było wątpliwe. W 6 przypadkach słabych skurczów macicznych cukier, podany w zwykłej dawce (30,0), wywołał niezaprzeczenie (z wyjątkiem jednego przypadku) wzmożenie się skurczu macicy w ciągu 30 minut do godziny, lecz wyjście dziecka nastąpiło powoli, i w jednym przypadku trzeba było użyć kleszczy, a w drugim z powodu wodogłowia wykonano kraniotomię. W 3 przypadkach fałszywych bólów, gdzie nie było żadnych rzeczywistych objawów rozpoczęcia porodu, cukier wywołał dość energiczne skurcze macicy. Oprócz tego PAYER stosował cukier w większych dawkach (120 grm) przed rozpoczęciem porodu, poczem zjawily się silne bóle, i poród szybko postępował. Na zasadzie powyższych spostrzeżeń P. wnioskuje, że cukier ma zdolność wzmagania kurczów macicy, w szczególności użyty podczas porodu.

Ze względu na to, że użycie cukru nie przedstawia żadnych niedogodności ani przeciwwskazań, wartoby baczniejszą zwrócić uwagę na spostrzeżenia Bossi'ego i PAYER'a.

(*La semaine médicale. Nr.54. 1899.*

Roman Gutowski.



132. M. LEGRAIN. **Wyleczenie pijaków.** Wiadomo, że LAPELIER, THÉBAULT i BROCA podali sposób leczenia opilstwa za pomocą surowicy zwierząt, systematycznie zatrutowanych wysokiem. Praca LEGRAIN'a stanowi bardzo rozsądną krytykę powyższej metody. Przedewszystkiem autorzy, wyż wymienieni, utrzymują, że istnieje okres utajony przewlekłego alkoholizmu, zwany przez nich alkoholomania, odznaczający się brakiem wszelkich zmian organicznych, a obecnością dwóch objawów nerwowych: przyzwyczajenia i pociągu ku wysokowi. LEGRAIN twierdzi, że podobny stan oddawna pod mianem dypsomanii znany był lekarzom, lecz że dotyczył zwyrodniałych osobników i neurasteników. Przypadki te należą atoli do rzadkości, w większości natomiast przypadków opilstwo jest nałogiem niezależnym od szczególnego stanu układu nerwowego pijaków, lecz od systematycznego przyzwyczajania się ich — z różnych powodów — do picia wysokku. Przyzwyczajenie powoduje zatrucie, a nie odwrotnie. Widać to już z tego, że po nagłym pozbawieniu pijaków wysokoku nie występują objawy abstynencyjne, tak groźne u morfinistów. Nawet w *delirium tremens* rzadko widzimy owe objawy.

Gdyby surowica alkoholizowanych zwierząt miała rzeczywiście wyleczać pijaków, to czemużby pochłaniany przez nich wyskok sam przez się nie uodparniał ich przeciw temu nałogowi? A jednak rzecz ma się wprost przeciwnie: im więcej wysokoku pochłania pijak, tem słabszym się staje wobec niego i skutków tegoż. Nadto zastrzykiwania wysokoku nie mają uodparniać pijaków, lecz zohydzać im wyskok. Podobny jednak skutek byłby unikatem w całej nauce o uodparnianiu. Wstręt jest zjawiskiem duchowem, nie mającem żadnego zgoła związku ze środkami zapobiegawczo-lecznicznymi natury rzeczowej. W dodatku wstręt nie jest wcale orężem przeciw opilstwu; w Ameryce dodawano pijakom wysokoku do wszelkich potraw: zupy, mięsa, kompotów i t. p., wywołując tym sposobem istotnie wstręt do — potraw, lecz nie do wysokoku.

Myśl leczenia opilstwa za pomocą wywołania wstrętu do wysokoku polega na błędnem przypuszczeniu, jakoby pijacy doznawali przyjemności od alkoholu; rzadko to się zdarza, większość bowiem pije z nałogu lub z wmawianej w siebie potrzeby. Ci zaś, którzy piją go dla przyjemności, nie uważają się za pijaków i wcale nie zgodziliby się na leczenie ich zastrzykiwaniami surowicy.

W końcu krytykuje LEGRAIN uwagę owych autorów, jakoby surowica zohydzała pijakom wszelkie gatunki wysokoku z wyjątkiem wina. Toż i wino wszystkie swe zalety i wady zawdzięcza temu samemu wysokowi, podobnież jak inne napoje wysokowe. Opój, pijący wino jedynie, nie jest jeszcze wyleczony, wiadomo bowiem, że pod wpływem pierwszej kropli wypitego wina pozornie wyleczony pijak na nowo wpada ciałem i duszą w szpony opilstwa. Wobec tego jedna tylko istnieje metoda leczenia tego nałogu, polegająca na wzmacnianiu, na moralnej gimnastyce i ujęciu w karby słabej woli tych osobników. Z kieliszkiem wina w ręku chorzy ci powinni umieć stawiać opór chęci swej wypicia choćby jednej kropli.



## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

Posiedzenie z dnia 2 października r. b.

TREŚĆ: 1) Wł. STANKIEWICZ — przedstawienie niezwykłego okazu wyrostka robaczkowego. 2) St. KOPCZYŃSKI — przedstawienie chorej, dotkniętej chorobą FRIEDREICH'a. 3) Edm. BIERNACKI — „O badaniu krwi we względzie praktycznym“.

1) Kol. STANKIEWICZ przedstawił okaz wyrostka robaczkowego, który wy dobył przy operacyi 18-letniego młodzieńca, cierpiącego od lat 10 na powtarzające się kilka razy do roku zapalenie ślepej kiszki. Chory miał ostatni nawrót choroby w połowie września r. b. Wówczas kol. STANKIEWICZ przy badaniu chorego znalazł ograniczone stwardnienie w prawym dole biodrowym obok znacznego napięcia ściany brzusznej; pacjent narzekał na silny ból w tem miejscu, lekko gorączkował, miewał jednak wypróżnienia co kilka dni. Chory, aby pozbyć się choroby, postanowił poddać się operacyi. Po ustąpieniu objawów zapalnych kol. STANKIEWICZ wykonał operacyę w dniu 26 września. Po oddzieleniu zrostów okazało się, że wyrostek robaczkowy znajdował się na wewnątrz i od tyłu kiszki ślepej, z którą tak był zlany, że z wielką trudnością można było go odroźnić. Przy mozolnem oddzielaniu go od kiszki ukazało się małe przedziurawienie, z którego zaczęła wydzielać się ropiasta zawartość. Po podwiązaniu zrostów z kiszką udało się oddzielić zgrubiałą koniec wyrostka, a następnie podwiązać wyrostek tuż przy samej kiszce; powierzchnię przecięcia przypalono żegadłem PAQUELIN'a. Ranę zaszyto z pozostawieniem małej luki, przez którą wprowadzono pasek gazy, który trzeciego dnia usunięto; przebieg pooperacyjny pomyślny. Wycięty wyrostek ma 7 ctm. długości; koniec jego haczykowato zagięty, przyczem powierzchnie surowicze części zagiętej z samym wyrostkiem są mocno zrosnięte. Cały wyrostek przyrosnięty był do kiszki ślepej swym zagiętym haczykiem i dzięki temu zgrubieniu można było w głębi określić palcem granicę wyrostka i oddzielić go powoli od kiszki.

2) Kol. St. KOPCZYŃSKI przedstawił przypadek bezładu dziedzicznego, czyli choroby FRIEDREICH'a. 25-letnia panna od 17 roku życia zaczęła doznawać zawrotów głowy, trudności w mówieniu, chód jej stawał się niepewnym. Od roku miewa zaburzenia w urynowaniu. Od lat kilku nie miewa peryodu. Przy badaniu znaleziono: chód wiądowo-móźdkowy, wiotkość kończyn, brak wszystkich odruchów ścięgnistych, prawidłowe odruchy skórne i z błon śluzowych; mowa skandowana, dość monotonna. Brak jakichkolwiek podmiotowych i przedmiotowych zaburzeń czucia. Źrenice leniwie oddziaływają na światło i przystosowanie. Ruchy gałek ocznych są pod pewnym względem ograniczone, wyraźnych jednak porażań mięśni okoruchowych niema; drżenie gałek ocznych (*nystagmus*) dość wyraźne. Nadmierne rozgięcie paluchów na obu stopach. Kol. KOPCZYŃSKI podnosi jako pewną osobliwość tego przypadku późny początek choroby i zaburzenia w urynowaniu.

3) Kol. BIERNACKI wygłosił pierwszą część odczytu p. t. „O badaniu krwi we względzie praktycznym“. Streszczenie pracy kol. BIERNACKIEGO umieszczone zostanie po wygłoszeniu całego odczytu.

*Aug. Łogucki.*



# Sprawozdanie

## Z IX ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W KRAKOWIE,

(21—24 lipca r. b.).

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 47).

### SEKCJA GINEKOLOGICZNA.

Streścił **St. ŁAGOWSKI.**

D-r STANKIEWICZ (Łódź) W sprawie operacyjnego leczenia tyłozgięcia macicy. Każde tyło-pochylenie i tyłozgięcie macicy w czynnym okresie życia płciowego, zdaniem autora, powinno być leczone bez względu na to, czy przebiega skrycie, czy jest powikłane, lub nie. Tyłozgięcie dziewicze i starcze powinny być leczone w tych tylko razach, w których wywołują uciążliwe objawy u chorych. Zabiegi chirurgiczne zajmą z czasem pierwsze miejsce w odnośnym leczeniu, gdy inne sposoby (wianki, mięsienie, kolumnizacja pochwy), jako niepewne i przeważnie paliatywne, zejść na plan drugi.

Kazuistyka prelegenta obejmuje 37 spostrzeżeń, w tem.

1) OPERACJA ALEKSANDR'a — 4 przypadki; jeden nawrót, jedna operacja nieudana z powodu przerwania się więzów.

2) Skrócenie więzów obłych przez pochwę (operacja BODE-WERTHEIM'a) — 24 przypadki, w tem 2 przypadki tyłozgięcia nieruchomego. Uleczenie zupełne 8 razy, względnie 4 razy, jeden nawrót po poronieniu i porodzie, jeden wynik od razu niepomyślny. Trwałe uleczenie stwierdzono 6 razy (okres obserwacji rok jeden do 2½ lat), 4 pacjentki odbyły po operacji prawidłowe porody (wszystkie dzieci żywe), raz jeden tylko nastąpił nawrót tyłozgięcia.

3) Skrócenie więzów obłych wewnątrz brzuszne przez laparotomie (operacja WYLIE'go) — dwa przypadki, obydwa z wynikiem pomyślnym.

4) Waginofiksacja — 7 przypadków, w tej liczbie 5 razy u osób starszych, przy opadnięciu pochwy i macicy, dwa razy z powodu niemożności dostatecznego skrócenia więzów obłych.

Autor występuje przeciwko wentrofikacji ze względu na powikłania w przebiegu następnej ciąży i porodu. Waginofiksacja i operacja ALEKSANDR'a mają swe właściwe, względnie ograniczone pole działania. Przyszłość należy do operacji skracania więzów obłych przez pochwę w danym razie za pomocą cięcia brzuszego.

Autor operuje sposobem własnym, odrębnym w szczegółach od zabiegów BODE-WERTHEIM'a.

W końcu zastanawia się nad wskazaniem leczenia, biorąc pod uwagę rozmaite postacie tyło-pochylenia i tyłozgięcia macicy, wiek chorych, warunki socjalne, powikłania. — Podstawą pracy były 343 przypadki z praktyki prywatnej, spostrzegane w ciągu 5-lecia (1895—1900).

W dyskusji d-r DOBROWOLSKI (Kraków) nadmienia, że sposób leczenia krążkami jest radykalny, a w każdym razie usuwa objawy. W klinice operacja



ALEKSANDR'a — ADAMS'a dawała dobre wyniki, podobnież i BODE-WERTHEIM'a. Następnie zwraca uwagę na postępy w leczeniu krążkiem przy poprzedniej kolumnizacji, obciążaniu śrutem, rtęcią i t. p.

Prof. JORDAN zaznacza, że w klinice były dwie fazy: jedna operacyjna (1894—1898), a w 2-ch ostatnich latach konserwatywna przy użyciu kolumnizacji. Wyniki pomyślne. Jest wielkim zwolennikiem operacji ALEKSANDR'a-ADAMS'a.

Operacja BODE-WERTHEIM'a i STANKIEWICZA są pod względem technicznym bardzo trudne, pozostawiłby je dla przypadków ciężkich.

D-r THIEME przemawia za użyciem krążków w tyło-zgięciu wolnem, w tyło-zgięciu przyrośniętem z dobrym skutkiem stosował kolumnizację. Operację STANKIEWICZA pozostawiłby tylko dla bardzo ciężkich przypadków.

D-r LACHS zwraca uwagę, że nie wiemy, czy tyło-zgięcie jest z góry położeniem fałszywem. Za pomocą masażu otrzymywał bardzo pomyślne wyniki.

D-r SĘKOWSKI (Częstochowa) sądzi, że operacja STANKIEWICZA jest nie tylko trudna, ale przy niej często trzeba na ślepo przerywać zrosty. Jest zwolennikiem leczenia operacyjnego.

Prof. JORDAN dodaje jeszcze, że operacja STANKIEWICZA jest stanowczo lepsza, niż waginofiksacja. Kolumnizację stawia o wiele wyżej od masażu.

D-r STANKIEWICZ oznajmia, że odpowiedź na kwestye, w dyskusyi podniesione, w większej części znajdzie się w jego pracy, którą wszystkim uczestnikom rozdał.

D-r K. ZALESKI (Sanok). O najdzielniejszym sposobie pobudzenia, względnie wzmacniania bólów porodowych przy dzisiejszym poziomie wiedzy. Na podstawie 19 spostrzeganych przypadków prelegent twierdzi, że znakomitym środkiem, wzmacniającym lub wywołującym bóle porodowe, są zimne nacierania sromu KUHNE'go (Sitzreibebad).

Nazwa polska, zdaniem autora, jest odpowiedniejsza, niż niemiecka, gdyż zabieg ten stosuje się u rodzącej nie w postawie siedzącej, lecz prawie zawsze w postawie leżącej (jak przy badaniu wziernikowem), przy krzyżu nieco podniesionym za pomocą gumowej poduszki lub zwoju jakiegokolwiek materyi, znajdującej się pod ręką (kocyk, prześcieradła, pęk słomy i t. p.), w takim razie ustawioną pomiędzy udami miednicę wygodnie oprzeć można o międzykrocze i zapobiedz przemoczeniu łózka. Zabiegu należy dokonywać w pokoju ogrzanyim co najmniej do 15° R., okrywszy tułów chorej i każdą kończynę dolną osobno. Ten, kto wykonywa zabieg, staje po prawej stronie chorej, a druga osoba przytrzymuje miednicę z wodą przy międzykroczu. Najlepiej działa woda niższa od prawidłowej ciepłoty ciała o 24°—20° R., a więc woda, jaką każdej chwili możemy mieć z głębokiej studni, t. j. posiadająca 8°—12° R., chociaż miękka woda deszczowa jest o wiele przyjemniejsza dla chorej. Do nacierania używa się czystej szmatki zgrzebnej, którą należy maczać w wodzie bezustannie i szybkim ruchem z dołu ku górze wargi wielkie nacierać (zmieniając wodę w miednicy co 10 minut w celu utrzymania jej ciepłoty),

W miarę potrzeby nacieramy przez 25—60 minut jednym ciągiem, powtarzając zabieg co 2, 3, 4 godziny. Wcześniej użyte, zwykle jedno lub dwa nacierania wystarczają do ukończenia porodu, rzecz prosta, przy innych prawidłowych warunkach. Nacierania owe wskazane są w każdym okresie porodowym, a nadzwyczaj cenne przy rozpoczęciu porodu i po odejściu łóżyska, gdyż przy nich nietylko macica kurczy się znakomicie, ale i rodząca nabiera sił i widocznie staje się rześwieszona. Wobec tego zbyteczne są w tych razach wszelkie podnie-



cające środki apteczne, jako też i wino, a nawet przeciwwskazane. U rodzących gorączkujących, zdaniem autora, wyż opisane nacierania KUHNE'go są środkiem niezrównanym.

W dyskusyi d-r BRAUN określa znaczenie zabiegów wodoleczniczych w położnictwie.

D-r HOŁOWKO mówi o użyciu baloników wśródmacicznych.

D-r BORYSSOWICZ uważa propozycje d-ra ZALESKIEGO za bardzo racjonalne.

D-r DOBROWOLSKI. Obrót zapobiegawczy przy miednicach ścieśnionych. Autor, po odpowiednim przedstawieniu rozmaitych poglądów w sprawie obrotu zapobiegawczego, przedstawia wyniki tego sposobu operowania, otrzymane w krakowskiej klinice położniczej, i porównywa je z wynikami postępowania wyczekującego z następczem użyciem kleszczy wysokich.

Zestawienie to daje mu następujące wnioski:

- 1) Obrót zapobiegawczy w miednicach ścieśnionych ma rację bytu.
- 2) Co do częstości stosowania go, to nie da się oznaczyć, które przypadki bezwzględnie nadają się do takiego obrotu; stosowanie go więc jest zależne od upodobania i osobistego doświadczenia operatora.
- 3) U pierwiastek nie należy go nigdy stosować.
- 4) U wieloródek obrót daje dobre wyniki w miednicach płaskich, gdzie ścieśnienie wymiaru prostego nie przekracza 8 ctm., przy ogólnie ścieśnionych  $8\frac{1}{2}$  ctm., natomiast miednice ogólnie ścieśnione płaskie, gdzie ścieśnienie jest o wiele znaczniejszego stopnia, zupełnie się do obrotu nie nadają.
- 5) Obroty zapobiegawcze powinno się wykonywać dopiero po ukończeniu pierwszego okresu porodu.
- 6) Operować powinno się albo przy pęcherzu stojącym, albo też zaraz po pęknięciu pęcherza, to ostatnie jest o tyle lepsze, że przed operacją można prędzej, niż przy pęcherzu stojącym, ocenić wielkość główki.
- 7) Po obrocie zapobiegawczym tak, jak i po każdym innym obrocie, nie należy bez wskazania próbować natychmiastowego wydobywania płodu.

W dyskusyi d-r BRAUN zgadza się z wywodami referenta.

Prof. JORDAN dodaje, że główkę wyprowadza się w położeniu według WOLCHER'a, co przy obrocie zapobiegawczym ma ważne znaczenie w celu ratowania życia płodu.

D-r HOŁOWKO wspomina o głodzeniu według PROCHOWNIK'a.

D-r WOJCIECHOWSKI podaje przypadek obrotu z wynikiem pomyślnym w miednicy znacznie ścieśnionej.

D-r LACHS. Zachowanie się ciepłoty ciała noworodków w pierwszych siedmiu dniach ich życia. Autor dokonał na 110 noworodkach przeszło 3000 mierzeń. Oznaczał ciepłotę w odbytnicy i to naprzód bezpośrednio po porodzie, przed kąpielą i po kąpeli, a w pierwszych siedmiu dniach 4 razy dziennie. Dla porównania mierzył także ciepłotę matek. Dzieci podzielił na 3 grupy:

Do pierwszej zaliczył te, które ważyły najmniej 3000 g. i miały 50 ctm. długości, do drugiej — wagi 2800 g. i 48 cm. długości i do trzeciej dzieci z mniejszym jeszcze ciężarem i długością.

Jako przeciętną ciepłotę otrzymał autor w grupie 1 dla męskich noworodków  $37,76^{\circ}$  C., dla żeńskich  $37,56^{\circ}$  C., w drugiej —  $37,34^{\circ}$  C., a w trzeciej  $36,96^{\circ}$  C.

Wynik badań streścić można w następujących punktach:

- 1) Noworodki w łonie matki mają wyższą, niż matka, ciepłotę.
- 2) Źródło tego + leży w noworodku samym.



- 3) Stopień ciepłoty stoi w prostym stosunku do czasu trwania ciąży.
- 4) Po porodzie ciepłota opada.
- 5) Wahania dzienne istnieją.
- 6) Różnicy pomiędzy pojedynczymi dniami z wyjątkiem pierwszego dnia nie ma.
- 7) Czynności fizyologiczne dziecka mają mniej lub więcej wybitny wpływ na jego ciepłotę.

Doc. d-r ŚWITALSKI mówił o tworze ektodermalnym pomiędzy blaszkami więzu szerokiego u noworodka, a po nim w nieobecności d-ra ROSNERA d-r DOBROWOLSKI przedstawił rzecz: O opatrywaniu szypuły guzów brzusznych, wychodzących z części rodnych kobiecych.

Już w r. 1895 na VII Zjeździe chirurgów polskich polecił d-r ROSNER odrębny od powszechnie używanego sposób opatrywania szypuły takich guzów. Pragnął on uniknąć, o ile to się da, podwiązywania *en masse* i zastąpić je podwiązywaniem poszczególnych naczyń i obszyciem miejsca przekroju błonkami otrzewny. Metoda ta bywa od pięciu lat stosowana w klinice położniczo-ginekologicznej prof. JORDANA. Okazuje się, że t. zw. wypociny szypułowe są o wiele rzadsze, jeśli się nie używa podwiązywania *en masse*.

W dyskusji d-r BRAUN nie uważa, żeby sposób ROSNERA zapobiegał wytwarzaniu się wypocin szypułowych.

Prof. JORDAN natomiast stwierdza świetne wyniki, jakie sposób ROSNERA daje pod względem rzadkości wytwarzania się wypocin szypułowych.

D-r STANKIEWICZ (Łódź) wspomina, że jakiś francuz próbował metody podobnej, ale z wynikiem ujemnym, mianowicie obawia się przy niej krwotoków.

Prof. JORDAN zaznacza, że krwotoków wcale niema, a jeżeli są, to jest to winą operującego.

D-r WOJCIECHOWSKI (Kraków) opisuje podwiązywanie szypuły, jak je robiono w klinice prof. RYDYGIERA we Lwowie z bardzo dobrym skutkiem.

Prof. JORDAN zapytuje, czy w klinice chirurgicznej lwowskiej badano dokładnie chore wychodzące, nie może bowiem uwierzyć, by na tyle przypadków nie było wypociny szypułowej.

D-r BORYSSOWICZ, opierając się na materyale swego zakładu, nadmienia, że nierzadko ukazują się małe wypociny szypułowe. Zgadza się na to, że sposób ROSNERA ma wyższość.

D-r JAWORSKI (Warszawa). O nowszych wskazaniach do użycia kleszczy płodowych ze względu na stan płodu. Zmiany w konfiguracji czaszki podczas porodu, poczynając od pozornie niewinnego przedgłowia, a kończąc na załamaniach i wgłębieniach, nie pozostają bez ujemnego wpływu na zdrowie dziecka. Ujawnia się to albo bezpośrednio po urodzeniu dziecka (śmierć, omdlenie i jego następstwa) lub później nieco (*paralysis infantilis spastica*, w postaci *hemi-* albo *diplegia*). Materyał kliniczny, zebrany przez FREUND'a, statystyka SACHS'a z New-Yorku wymownie świadczą, że długotrwały ucisk na czaszkę płodu podczas porodu częstokroć odbija się bardzo ujemnie na przyszłym rozwoju intelektualnym dziecka, a nawet sprowadza pewne choroby, jak np. epilepsja LITTL'a.

SACHS wprost mówi, że gdyby lekarze mieli więcej zaufania do użycia kleszczy, to długotrwałe porody nie odgrywałyby tak ważnej roli w powstawa-



niu chorób mózgu u dzieci, jak to dotychczas się zdarza, wiele dzieci nie ulegałoby idyotyzmowi i epilepsji.

Ewentualne więc niebezpieczeństwo powstawania chorób mózgu u dzieci przy długotrwałym ucisku czaszki podczas porodu zaliczyć należy jako jedno wskazanie więcej do użycia kleszczy płodowych.

### Sekcja chorób nerwowych i umysłowych.

Streścił J. LUXENBURG.

Posiedzenie z dnia 21 lipca

D-r BUCELSKI (Warszawa-Tworki). Czynniki, wywołujące bezwład postępujący u mężczyzn. Na podstawie badań własnych d-r B. wnioskuje: 1) ani statystyka (własna — z 234 przypadków), ani klinika, ani badania zwłok często nie stwierdzają przymiotowego pochodzenia bezwładu; istnieją przypadki tego cierpienia u osób, które nie przechodziły przymiotu; 2) przymiot, osłabiając ustrój, usposabia do rozwinięcia się sprawy z objawami bezwładu; 3) najczęściej działa kilka przyczyn, a przymiot — w pierwszym rzędzie, 4) przypuszczalnie różne przyczyny (przymiot, obarczenie dziedziczne, wzruszenie moralne) nakładają swoiste cechy na cierpienie.

W dyskusji zgodzono się wogóle na ten pogląd (d-r DOMAŃSKI, ŻUŁAWSKI, RYCHLIŃSKI), nie należy jednak ograniczać leczenia rtęciowego, gdyż przymiot mózgodzeniowy daje nieraz ludzkie postaci władu i bezwładu (FLATAU).

D-r K. STRÓŻEWSKI (Warszawa). O leczeniu bezwładu tabetycznego. Najskuteczniejszą z dotychczasowych metod leczenia jest metoda FRENKEL'a, stosowana codziennie przez czas dłuższy stopniowo, poczynając od prostych ćwiczeń do więcej złożonych. Używanie przyrządów nie jest konieczne. Czucie mięśniowe i stawowe poprawia się. Postęp choroby nie stanowi przeciwwskazania.

Dyskusya nie zdołała wyjaśnić wartości metody, a dodatnie wyniki usiłowano przypisać wpływowi psychicznemu. Brak uczucia zmęczenia nakazuje baczność przy tej metodzie (d-r BREGMAN).

D-r CHODŹKO (Paryż) (nieobecny). W sprawie objawu paluchowego BABIŃSKIEGO. Na zasadzie literatury i własnego materiału d-r Ch. uważa ten odruch (ruch wyprostny wielkiego palucha) jako swoisty dla cierpienia układu piramidalnego.

W dyskusji dały się słyszeć głosy przeciwne (STRÓŻEWSKI, BREGMAN).

D-r Walenty MIKŁASZEWSKI. O zmiennej nierówności źrenicy. Jest to, według d-ra M., objaw niedomogi czynnościowej lub podrażnienia łańcucha odruchowego współczulnego; temby się tłumaczył fakt, że mówca spostrzegał często rozszerzenie źrenicy po tej samej stronie, co towarzysząca bolesna sprawa chorobowa (zapalenie opłucny, nerwoból). Spostrzega się u ludzi zdrowych, jako też i chorych nerwowych (organicznych i czynnościowych).

D-r GAJKIEWICZ w dyskusji zwraca szczególną uwagę na *pupilla saltans*, którą znów d-r ŻUŁAWSKI i BUCELSKI często spostrzegają w bezwładzie postępującym.



Posiedzenie z dnia 22 lipca.

Prof. d-r PRUS (Lwów). O umiejscowieniu ośrodków ruchowych w korze mózdku. Korę mózdku można pobudzić prądem elektrycznym, co wywołuje ruchy toniczne lub kloniczne po stronie drażnienia; drażnienie po linii środkowej (*vermis sup.*) wywołuje skurczę obustronną. Prądy poprzeczne (do osi ciała) wywołują skurcze toniczne, prądy zstępujące — skurcze kloniczne. W *vermis cerebelli* znajdują się ośrodki ruchowe dla mięśni głowy, oka, karku tej samej strony ciała, po której drażniono mózdek. Ośrodki dla mięśni łapki przedniej znajdują się w przednich częściach półkul mózdku, dla tylnej — w tylnych częściach. Znaczenie kierunku prądu tłumaczy się kierunkiem rozgałęziania się dendrytów komórek PURKINJÉ.

W dyskusji d-r ZANIETOWSKI podnosi znaczenie tej pracy, wykazującej związek między przebiegiem elementów nerwowych a przewodnictwem. D-r BREGMAN nie znajduje potwierdzenia wskazanej lokalizacji w klinice. Według d-ra FLATAUA topografia dendrytów komórkowych nie odpowiada kierunkowi prądu.

D-r Edward FLATAU i d-r Antoni LEŚNIEWSKI (Warszawa). Uszkodzenie rdzenia pacierzowego ze specjalnym uwzględnieniem odruchów. Przytoczony własny przypadek zmiężdżenia poprzecznego w dolnej szyjowej części mlecza ze zniknięciem odruchu kolanowego. Objaśnienie tego ciekawego faktu, notowanego już przez BASTIAN'a i BRUNS'a, jest dotychczas niedostateczne.

W dyskusji przytoczono możliwość istnienia nieprawidłowych odruchów już przedtem albo też zniknięcia i później wskutek wstrząsu (d-r PRUS, FAJERSZTAJN, NARTOWSKI), przeciw czemu przemawiają d-r CIĄGLIŃSKI, BIRO i prelegent, uważając brak odruchu kolanowego za objaw nader rzadko niepatologiczny.

D-r SKŁODOWSKI (Warszawa). Przypadek porażenia BROWN-SÉQUARD'a. Opis takiego przypadku u młodego mężczyzny, który nie przebył przymiotu, ani nie uległ urazowi. Sprawa szła szybko, trwała dwa tygodnie, poczem nastąpiła poprawa. Nie wszystkie rodzaje czucia i nie wszystkie mięśnie jednakowo uległy porażeniu.

W dyskusji d-r BIERNACKI podnosi znaczenie dysocjacji czuciowej i zachowania czucia uciskowego dla rozpoznania jam w mleczu pacierzowym; porażenie czucia może też powstać na drodze zaburzeń w krążeniu, co d-r BREGMAN przyjmuje przy ucisku, a d-r WISŁOCKI w przypadkach histeryi.

Posiedzenie z dnia 23 lipca r. 1900.

Prof. MEIXNER (Praga). O syringomyelii bulbi.

Prof. d-r PRUS (Lwów). O drogach ruchowych pozapiramidalnych. Podczas badań nad padaczką korową autor wykrył istnienie dróg ruchowych „pozapiramidalnych“, niezależnie od dotychczas znanych piramidalnych. Kierunek ich: kora mózgowa, górna część śródmózdzia, skrzyżowanie na wysokości granicy górnej i dolnej połowy dna IV komory, wreszcie — mlecza pacierzowy. Czynność ich: przewodnictwo odruchowe (padaczka korowa), ruchów dowolnych i skojarzonych, wpływ na zbornosć ruchów.

W dyskusji podniesiono ważność tych badań w dalszym ciągu również w stanach patologicznych.

D-r Edward FLATAU (Warszawa). O ostrych zapalnych cierpieniach mózgowia. Ostatnio wyróżniono dwie postaci: 1) *poliencephali-*



*tis acuta haemorrhagica* (WERNICKE), powodowana przeważnie przez zatrucia (alkohol), z poddziałaniami: a) *polioencephalitis superior* — zapalenie komory trzeciej aż do jądra *n. abducentis*, b) *p. inferior* — od jądra *n. abducentis* do skrzyżowania piramid, c) *p. superior et inferior*, d) *polioencephalomyelitis* — zapalenie istoty szarej opuszki i przednich rogów rdzenia. Objawy *polioencephalitis sup.* występują nagle: śpiączka i *ophthalmoplegia externa*; w *polioenceph. inferior* — nagle objawy opuszkowe; w *polioencephalomyelitis* — paraliż mięśni gałek ocznych, objawy opuszkowe, zanikowe porażenia rdzeniowe. 2) *Encephalitis acuta haemorrhagica* (STRUEMPPELL-LEICHTENSTERN) powstaje zwolna, u ludzi młodych, najczęściej po grypie, kończy się nierzadko wyzdrowieniem. Zmiany anatomiczne polegają w obu postaciach na powstawaniu licznych drobnych ognisk przekrwienia, wybroczyn, wysięków, infiltratów (*encephalitis irritativa* FRIEDMANN'a) w białej i szarej istocie. Elementy nerwowe — bez zmian. Objawy kliniczne nie idą w parze ze zmianami anatomicznymi.

D-r J. FAJERSZTAJN (Lwów). *Polioencephalitis*, t. zw. porażenie opuszkowe bez zmian anatomicznych i *Myasthenia* (z przedstawieniem preparatów). Sześć przypadków, z których dwa z badaniem pośmiertnym; w jednym stwierdzono zwyrodnienia niektórych nerwów czaszkowych i włókien korzonkowych, w drugim — wynik zupełnie ujemny. Zachodzi potrzeba ustalenia ogólnego działu toksycznych porażen o typie jądrowym z poddziałaniami: 1) *polioencephalitis haemorrhagica*, 2) *Pseudopolioencephalitis s. Polioencephalomyelitis* (zatrucia), 3) *Myasthenia*. W przypadkach pierwszej grupy zmiany anatomiczne przeważnie tłumaczą przebieg kliniczny, w przypadkach drugiej grupy dotychczasowe wyniki badań anatomicznych wypadły ujemnie; należy oczekiwać zmian w komórkach zwojowych. W przypadkach myastenii wyniki badań bardzo są niepewne i przedstawiają, zarówno jak w poprzednich grupach, pewną skłonność do przekrwień i wybroczyn. Zmiany w komórkach nerwowych nie są pewne. Wogóle we wszystkich trzech grupach zmiany anatomiczne mało się różnią jakościowo, a raczej ilościowo, swoistość jednak pewnych postaci klinicznych polega na swoistości poszczególnych jądów, zbliżonych do siebie, lecz nie identycznych.

Prawdopodobne cechy rozpoznawcze: ogólne objawy mózgowe przemawiają za *polioencephalitis haemorrhagica*, zaś lotność objawów porażenia, a szczególnie nadmierne wyczerpywanie się sprawności mięśniowej przemawiają za sprawą myasteniczną; zaniki mięśniowe nie wyłączają myastenii.

Posiedzenie z dnia 24 lipca.

D-r BREGMAN (Warszawa) przedstawia preparaty nowotworów mózdzku.

Prof. KADYJ (Lwów) opisuje swój sposób barwienia preparatów układu nerwowego.

D-r FAJERSZTAJN opisuje swój sposób barwienia preparatów.

D-r ZANIETOWSKI (Kraków). O wewnętrznej i zewnętrznej elektrycy z cyi żołądka. Dwie kategorie doświadczeń autora: nad perystaltyką i chemizmem żołądka pod wpływem elektryzacyi.

Wnioski z doświadczeń nad perystaltyką (psy, króliki, ludzie): 1) Skurcze mięśni żołądka są bardzo wybitne i zgadzają się z szematem anatomicznym przebiegu włókien (KLEMENSIEWICZA). 2) Opór ścian żołądka nie jest zbyt wielki. 3) Siła prądu, zwykle używanego w terapii, wystarcza do pobudzenia mięśni żołądka.



Wpływ na chemizm żołądka ma miejsce więcej w przypadkach wydzielniczej niedomogi kwasu solnego, niż w nieżycie śluzowym, dalej, więcej w nerwach, niż na tle zmian anatomicznych.

Tenże. O voltaizacji w świetle najnowszych badań neurologicznych. Doświadczenia własne celem skontrolowania prac HORWEG'a i DUBOIG'a o sposobie mierzenia i wyrażania jednostek prądu galwanicznego w celach elektrodiagnostycznych. Autor potwierdził zdanie DUBORS'a, iż, podczas włączenia oporów w obwód prądu galwanicznego, przepuszczonego przez ciało ludzkie, natężenie tegoż prądu ulegać może zmianom, chociażby skutek fizjologiczny i różnica potencjałów były te same. Wolty w elektroterapii nie dają lepszych wskazówek, niż ampery; uwzględnienie ich obok amperów w diagnostyce jest niezbędne dla uniknięcia pomyłek. (Bliższe szczegóły patrz: „Nowiny Lekarskie“).

Tenże. O badaniach neuramöbimetrycznych i kondensatorycznych w tetanii, myotonii i myastenii. Badania nad pobudliwością i przewodnictwem nerwów w wymienionych stanach. Praca ta, która częściowo ogłoszona została w „Wiener klin. Rundschau“, nie nadaje się do krótkiego streszczenia.

D-r Mieczysław NARTOWSKI (Kraków). Wpływ jądów błoniczych na komórki nerwowe, zmiany i regeneracja tychże pod wpływem surowicy przeciwbłoniczej. Królikom zastrzykiwano różne dawki jądów błoniczych i surowicę przeciwbłoniczą, poczem po zgilotynowaniu badano zmiany w komórkach nerwowych mleczka pacierzowego. Wyniki: 1) zmiany w komórkach nerwowych pod wpływem jądów; 2) wybitny wpływ surowicy na wyrównanie tych zmian, 3) brak ścisłego związku między zmianami czynnościowymi a organicznymi, 4) zupełna regeneracja komórek nerwowych.

D-r BIRO Maksymilian (Warszawa). Zaburzenia odruchu z jednego ścięgna ACHILLES'a. Wiądnienie i cierpienie nerwu kulszowego. (Praca ta w całości ogłoszona została w „Medycynie“ w r. b.).

D-r BREGMAN (Warszawa). O padaczkę.

Teoria napadu epileptycznego. Wnioski: 1) napad epileptyczny zajmuje cały układ nerwowy ośrodkowy; 2) wyładowania, zgodnie z pierwowzorem fizjologicznym, mogą być tamujące lub pobudzające, a 3) punktem wyjścia ich jest najczęściej kora w postaci aury; 4) w rozwiniętym napadzie biorą udział też i ośrodki podkorowe (toniczny skurcz, drgawki, ruchy ciała); 5) w padaczkę korowej podniety rozwijają się wolno, w porządku położenia ośrodków, przy słabszym udziale ośrodków podkorowych.

Etiologia: 1) Wrodzone zmiany budowy i pobudliwości ośrodków. 2) Szkodliwości bezpośrednie (uraz, zakażenia, zatrucia, sprawy ogniskowe w mózgu. 3) sprawy w innych organach (odruch), 4) zaburzenia w przemianie materii. Ztąd kilka postaci padaczki: 1) wyskokowa — alkohol działa sam przez się lub na tle dziedziczności lub też sam tło wytwarza, 2) przymiotowa, 3) urazowa — przez wstrząśnienie mózgu, uszkodzenie ograniczone (p. Jacksonowska), 4) odruchowa, 5) późna — przeważnie u mężczyzn, na tle dziedziczności, przy zmianach w naczyniach mózgowych.

D-r K. WISŁOCKI (Warszawa). O padaczkę. (Objawy, leczenie). Padaczka jako objaw, a nie samoistna jednostka chorobowa. Postaci kliniczne. Najnowsze poglądy na znaczenie aury, stanu świadomości i pamięci (z punktu praktycznego), zaburzenia w przemianie materii, jako rzeczywiste objawy padaczki.



Leczenie padaczki: ogólne wskazówki empiryczne, nowsze zabiegi — chirurgia, organoterapia, farmakoterapia (metoda CHARCOT, BECHTEREW, FLECHSIG, VOISIN), seroterapia, naturalne metody (dyeta mleczna, hidroterapia).

D-r BIRO Maksymilian (Warszawa). Kilka słów o leczeniu padaczki. Spostrzeżenia nad 200 przypadkami z polikliniki d-ra GOLDFLAMA. Zasady oceniania wpływu leczenia. Wpływy uboczne na przebieg cierpienia. Terapia stosowana w poliklinice.

W dyskusji d-r PRUS tłumaczy własną teorię padaczki przy udziale dróg pozapiramidalnych, zwraca uwagę na znaczenie chorób serca i naczyń, poleca obok diety leczenie karlsbadzkie dla przyspieszenia przemiany materii, również widzi dobry środek w *adonis vernalis* oraz w sugestyi. D-r GAJKIEWICZ stwierdza analogię pomiędzy doświadczeniami d-ra PRUSA a kliniką. D-r BREGMAN, BIRO nie widzą związku z chorobami serca i naczyń. D-r WISŁOCKI uważa epileptyków za mało podatnych do sugestyi.

(D. n.).

### Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= OPITZ zajął się poszukiwaniami nad rozpoznawaniem przebytej ciąży na zasadzie badania wyskrobin z macicy. Autor utrzymuje, iż niektóre cząstki, badane drobnowidzowo, stwierdzają ciążę niewątpliwie przebytą, inne zaś czynią przypuszczenie ciąży przebytej wielce prawdopodobnem. Oznaki pierwszego rodzaju dzielą się na dwie kategorie: do pierwszej należą te, które zależą od obecności w jamie macicy resztek jaja płodowego; do drugiej — rozliczne, właściwe ciąży zmiany ścian macicy. W rzędzie pierwszych autor wymienia: obecność części płodu, błon jajowych i strzępków kosmówki, olbrzymich komórek łożyska lub doczesnej późniejszej. W rzędzie drugich: 1) obecność komórek decydualnych od 20 — 50 mikromilimetrów średnicy, rozrzuconych grupami lub pojedynczo w ścianach jam gruczołowych; 2) właściwe ciąży zmiany gruczołów macicznych, które rozrastają się i tworzą t. zw. warstwę gąbczastą doczesnej. W początku ciąży gruczoły w głębszych warstwach błony śluzowej rozrastają się tak, iż pozostaje mało tkanki międzygruczołowej, nie zawierającej komórek decydualnych, światło gru-

czołów bywa nierówne, nie zaś okrągłe. Później przestrzenie międzygruczołowe stają się szersze. Jeszcze później światło gruczołów rozszerza się coraz bardziej, komórki nabłonkowe odpadają i ulegają zwyrodnieniu szklistemu. — Do oznak prawdopodobnych ciąży należą: obecność w błonie śluzowej ciemnych bezkształtnych mas (ślady przebytego zniszczenia błony śluzowej); obecność szklistych lub prążkowanych grudek z okrągłymi komórkami; wyraźne dzielenie się błony śluzowej na dwie warstwy: powierzchnią, ubogą w komórki, i głęboką — obfitującą w nie; unaczynienie błony śluzowej; pęcznienie komórek podobnych do decydualnych w pobliżu naczyń; nacieki drobnokomórkowy błony śluzowej; wynaczynienia. Ze 140 przypadków poronień autor po wyskrobanu stwierdził przebytą ciążę w 109. Oznaki powyższe dają się wykryć nawet po wpływie 3 miesięcy. (Z, f. Geb. u. Gynaek. T. 42).

= HUCHARD w jednym przypadku gwałtownych bólów międzyżebrowych rozpoznał zależność ich od tętniaka aorty zstępującej, stwierdzonego rentgenografią. Zdaniem autora bóle stanowią częstokroć jedyny objaw tętnia-



ka w ciągu wielu miesięcy i zależne są głównie od umiejscowienia tętniaka: gdy tętniak wypukła się w kierunku ku przodowi lub ku żebróm, to uciskać może nerwy międzyżebrowe oraz spłoty barkowy lub szyjowy. Umiejscowienie bólu prowadzi do doblędnego rozpoznania: gośca, zwykłego nerwobólu, bólów mięśniowych, skrzywienia szyi, bólu lędźwiowego, ucisku rdzenia i t. p., aż do chwili ukazania się guza tętniącego, który wyjaśnia istotę rzeczy. HUCHARD przytacza dwa ciekawe przypadki. W pierwszym rozpoznano wodostek brzuszny skutkiem marskości wątroby; po wypuszczeniu płynu surowiczego badanie stwierdziło w głębi tętnienie, zależne od wielkiego tętniaka aorty brzusznej: chory już oddawna doznawał ciągłych bólów w udzie. W przypadku drugim przypuszczano neurastenię, prócz tego znaleziono wysięk w jamie opłucny. Z powodu duszności dokonano przekłucia, lecz zauważono natychmiast, iż trójgraniec wykonywał ruchy rytmiczne; wypuszczono około 800 grm. wysięku. Te dwa przypadki dowodzą, iż wysięki w jamie opłucny lub otrzewny zależne są niekiedy od tętniaka. (Jour. de med. et de chir. prat. 10. 2. 1900).

= Victor HAU u siebie samego spostrzegł zastrzał, spowodowany lasecznikami błonicy. Autor badał zwłoki dziecka, zmarłego na krup. Nazajutrz zjawił się ból i zaczerwienienie w łożysku prawego palucha. Spuchły gruczoły pachowe. Badanie drobnowidzowe płynu ropiasto-surowiczego z pod paznogcia wykryło laseczniki LÖFFLER'a. Podobne cierpienie autor spostrzegł u dwóch sióstr miłosierdzia. (Lyon med. 28. 1. 1900).

= W literaturze angielsko-amerykańskiej niejednokrotnie zwracano uwagę na fakt, iż u ludów niecywilizowanych rak występuje nader rzadko; nie napotyka się tej choroby prawie wcale w Afryce środkowej, Arabii, Islandyi, Abisynii i t. d. Przeciwnie, wśród narodów z wyższą kulturą liczba chorych na raka wciąż wzrasta. MASSEY zebrał dane o śmiertelności z raka w Anglii za 31 lat i w 7 najludniejszych miastach Stanów Zjednoczonych za 28 lat ostatnich. W tych miastach w r. 1870 na 100,000 mieszkańców było zejść śmiertelnych 35,4, gdy w r. 1898 już 66,4. W Anglii śmiertelność w r. 1864 wynosiła 38,5; zaś w r. 1895 doszła do 75,5 na 100000 ludności. (Amer. Jour. of the med. Sc. luty. 1900). P.

### Wiadomości bieżące.

— W dniu 25 listopada r. b. odbyło się uroczyste poświęcenie na Pradze „Kuchni ruchomych“. Kuchnie te, jak wiadomo, są czynne już od kilku tygodni w naszym mieście.

— Wyszedł z druku „Kalendarz dla lekarzy-praktyków na rok 1901“, opracowany przez kol. AL. FRUCHTMANA.

— W dniu 3 grudnia r. b. w Radomiu grono lekarzy oraz przedstawicieli tegoż miasta obchodzić będzie 25-letni jubileusz pracy lekarskiej kol. Franciszka KOSICKIEGO.

— XXII Zjazd balneologów niemieckich odbędzie się w Berlinie pomiędzy 7 a 12 marca 1901 r.



**ZAKŁAD LECZNICZY**  
**D-ra med. Z. Dmochowskiego**  
 dla chorych na krtań, gardło i nos.  
 Chmielna 17.  
 W ambulatorjum codziennie otwartem od  
 10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

**Zakład Leczniczy dla chorych**  
**NA USZY**  
**D-ra L. Guranowskiego**

Bracka 20.

przyjmuję chorych na stałe pomieszczenie za  
 opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie  
 od 11—1.  
 Cena biletu kop. 50.

**Warszawski Zakład Ginekologiczny**  
 Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego,  
 Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego,  
 Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby,  
 dotknięte chorobami kobiecymi, jako też  
 spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs.  
 dziennie za całkowite utrzymanie, leczenie,  
 lekarstwa i t. d.

**ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA**

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.  
 Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za  
 opłatą od 2 rb. do 6 rb. dziennie.  
**Ambulatoryum** od godz. 12 do 1-ej p.p.

**ZAKŁAD CHIRURGICZNY**  
**D-ra Adama Przyborowskiego**

w Warszawie

**Sewerynow 5, róg Oboźnej,**  
 przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Am-  
 bulatoryum codziennie od 11—12 (niezależnie  
 bezpłatnie) i od 5—6.  
 Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1

Pracownia analityczno-lekarska

**D-RA STANISŁAWA MUTERMILCHA**

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe mo-  
 czu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, nalotów  
 dyfterytycznych, mleka kobiecego, wydzielu z narządów  
 moczopłciowych, kamieni moczowych i żółciowych, ropy,  
 wysięków i t. d.

Zielna Nr. 22 (Marszałkowska 127)

Instytut farmaceutyczny



Ludwika Wilhelma G  
 we Frankfurcie n. Men

**JODALBACID**

Nazwa zastrzeżona. Patent zameld.

Literatura:

Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893. T. XLIV. Dr. Zuelzer. „  
 Vorschläge zur Jodtherapie der Syphilis.“ L'indop. mé  
 Juin 1899: Dr. Lefort „Etude expérimentale et clinique  
 l'Jodalbacid.“

**CHLORALBACID**

Nazwa zastrzeżona. — Patentowany.

Literatura:

Münch. med. Wochensch. 1899 Nr. 1. Radea dworu Prof.  
 Fleiner „Ueber Chloralbacid u. seine therapeutische  
 kung bei Magenkrankheiten u Ernährungstörungen.“

**AMYLOFORM**

Nazwa zastrzeżona. — Patentowany.

Literatura:

Radea tajny Prof. Dr. Classen. „Ueber Amyloform.  
 B. Longard. „Ueber den Werth des Amyloforms in  
 Chirurgie“ (Therap. Monatshefte. Münch. med. Woch. 1  
 Nr. 12). Dr. Heddaeus: „Ueber zwei Ersatzmittel des J  
 forms.“

Literatura i próby darmo za pośrednictwem W. Hoffma  
 Moskwa Marosseika, Spasso-Glinitzewskij pereulok  
 Pugowkina.

PRACOWNIA PATOLOGICZNA  
**D-ra JULJANA STEINHAU**  
 ul. Wspólna № 15.

Analizy mikroskopowe i bakteryologiczne  
 zów, wyskrobin, płwociny, krwi, nasienia,  
 sięków, przesieków i t. p. dla celów dya-  
 styki lekarskiej.



Naturalny Koniak

„IMPERIAL“

prawdziwy produkt z wina

Zalecany przez powagi lekarskie.

Analizy Doktorów:

Nenekiego, Zawadzkiego, Haas, Prof. N. Milicora i V  
 Higienicznego Laboratorium Stwierdzają czystość K  
 ku z winogron bez obcych przymieszek.  
 Koniak „Imperial“ dostarcza się do kliniki terapeutyc  
 Warszawskiego Cesarskiego Uniwersytetu i do Szpita  
 kliniki ginekologicznej.  
 Sprzedaż we wszystkich lepszych handlach win w Wa