

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. Spostrzeżenia kliniczne z syringomyelii. Podał d-r L. Bregman. (Ciąg dalszy). — Przyczynek do rozpoznawania jam płucnych. Podał H. Cybulski. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 99. 3 przypadki promienicy. 100. Lasecznik krztusieca i seroterapia tego cierpienia. 101. O spastycznym zaparciu stołca. 102. Przyczynek do leczenia choroby Barlow'a. 103. Laparotomia hypogastrica extraperitonealis, zastosowana do leczenia raka macicy i kiszki prostej. 104. Rokowanie i leczenie gruźliczego zapalenia otrzewny. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 4 listopada r. b. — ODCINEK. Sprawozdanie z kursów wakacyjnych dla lekarzy w roku 1902 w Krakowie. Napisał Jan Dehnel. — Z IV zjazdu międzynarodowego ginekologów w Rzymie. (Ciąg dalszy). — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
 destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. Bregman — Observations cliniques sur la syringomyelie 2) D-r H. Cybulski — Contribution à la diagnostic des cavernes des poumons.

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

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r L. Bregman — Klinische Beobachtungen ueber Syringomyelie. 2) D-r H. Cybulski — Beitrag zur Diagnose der Lungencavernen.

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

Z ODDZIAŁU DLA CHORYCH NERWOWYCH D-RA BREGMANA W SZPITALU
 STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE Z SYRINGOMYELII.

Podał

D-r med. LUDWIK BREGMAN.

Odczyt wygłoszony w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim w dniu 19 lutego 1901 r.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 50).

Przypadek VIII. Sz. Gromb. 18 lat, zegarmistrz ³⁰⁾. Chory zgłosił się do szpitala z powodu chrypki, która zaczęła się niepostrzeżenie przed 7 — 8 miesiącami i stopniowo się powiększa. Prócz tego uczuwa wogóle trudność przy mówieniu, zwłaszcza brak tchu. Gdy nie mówi, oddycha lekko. Przed 5—6 miesiącami zaczęły się pojawiać napady wielkiej duszności: chory zry-

³⁰⁾ Zgłosił się najpierw do ambulatoryum oddziału laryngologicznego kol. L. LUBLINERA, 31. X. 1900 r. zapisał się do oddz. kol. W. FREUDENSONA, który go w dniu 3 grudnia t. r. skierował łaskawie do mego oddziału.

wa się z łóżka, nie znajduje spokoju, zdaje mu się, że się udusi. Najczęściej w nocy, bez zwiastunów, budziły go ze snu. Napad trwa około godziny. Po napadzie doznaje palenia w gardzieli i krtani, głównie z lewej strony, i nie może łykać ani pokarmów stałych, ani płynnych: te ostatnie wracają nosem, stałe polyka z trudem, „przepychając jeden kęs drugim“. Zaburzenia te trwały zwykle kilka godzin, niekiedy całą dobę. Napady powtarzają się po kilka razy w tygodniu.

Badanie ryno-laryngologiczne (kol. L. LUBLINER) wykazało: porażenie n. wstecznego lewego; lewa struna głosowa nieruchoma, prawa zachodzi nieco na stronę lewą. Znieczulenie podniebienia miękkiego, łuków przednich i tylnych, nasady języka. Brak odruchów z gardzieli.

Porażenie n. wstecznego, anestezja podniebienia i napady duszności (crises laryngées) z następczymi objawami opuszkowymi — nasuwały odrazu myśl o cierpieniu ośrodkowym. Sprawy obwodowe, ucisk na n. wsteczny lub błędny, zazwyczaj napadów takich nie dają. Najskrzętniejsze badanie narządów wewnętrznych (kol. W. FREUDENSON) nie wykryło żadnych zmian patologicznych, takich zwłaszcza, któreby ucisk podobny spowodować mogły. Natomiast badanie układu nerwowego dało wyniki, popierające powyższe przypuszczenie.

Uzupełniając wywiady, dowiedzieliśmy się, że chory już przed 2 laty zauważył osłabienie lewej kończyny dolnej. Przy dłuższym chodzeniu noga ta męczyła się prędko. Znajomi zwrócili już uwagę, że nią powlóczy. Często, gdy ją stawiał na ziemi, drgała silnie.

Matka chorego dotknięta była paralizem wszystkich kończyn. Zmarła po 5-cio-letnim trwaniu tej choroby. Chory nadużywał często napojów wyskokowych, palił dużo.

Badanie przedmiotowe:

Niedowład lewej kończyny dolnej w nieznacznym stopniu. Na nodze prawej chory stoi dobrze, na lewej z wysiłkiem i krótko. Przy chodzeniu powlóczy nieco lewą nogą.

Lewe ramię opuszczone, siła lewej kończyny górnej zachowana. Prawa ręka słabsza od lewej (chory nie jest mańkutem): dynamometer pokazuje w prawej 55, w lewej 60.

Zaburzenia czucia (por. Fig. XII). Podmiotowo stałe drętwienie w lewej połowie szyi i głowy, prócz tego napady „palenia“ w tej samej okolicy, w gardzieli, twarzy, niekiedy i w ramieniu. Palenie to nie daje mu często spać.

Odruchy ścięgniaste kończyn dolnych bardzo wzmożone, z lewej strony silniejsze. Silny *clonus* na lewej nodze, słaby na prawej.

Odruchy kończyn górnych są silniejsze z prawej strony. Odruch z okostny kości promieniowej otrzymujemy tylko po tej stronie.

Odruch podeszwowy i nosidłowy z prawej strony żywy, z lewej słabszy.

Odruchy łechtaczkowe (nosa, ucha) z lewej strony zniesione, z prawej zachowane. Spojówkowy lewy zmniejszony.

Nieznaczne skrzywienie części grzbietowej kręgosłupa ku stronie prawej.

Tętno przyśpieszone (84 — 90), prawidłowe. 3 miesięczne leczenie w szpitalu — *hydrargyrum*, *kali jodatum*, *strychninum*, *antineuralgica*, prąd elektryczny — zmian przedmiotowych nie osiągnęło. Podmiotowo chory czuł się lepiej, napadów duszności i następczych zaburzeń nie było.

Obraz chorobowy różni się tu bardzo od przypadków, które przedtem przedstawiłem. Niema zmian troficzných skóry i układu kostnego niema zaniku mięśni, charakterystycznego umiejscowienia objawów, kamizelki analitycznej, nierówności źrenic i szpar ocznych. Jednakowoż zdaje mi się, że i tu syringomyelia jest najbardziej prawdopodobna.

Zaburzenia czucia na szyi, głowie, karku wskazują na cierpienie w górnej części szyjowej, m. w. do 5 odcinka szyjowego. Rozszczepienie czucia na istotę szarą. Porażenie n. wstecznego, krzyż krtaniowe, zaburzenia czucia na podniebieniu, zniesienie odruchów gardzielowych—na przejście sprawy na rdzeń przedłużony — przy tak wysokim umiejscowieniu jej zupełnie zrozumiałe. Wzmocnienie odruchów kończyn dolnych, zwłaszcza lewej, tłomaczy się podrażnieniem torów piramidowych, głównie lewego.

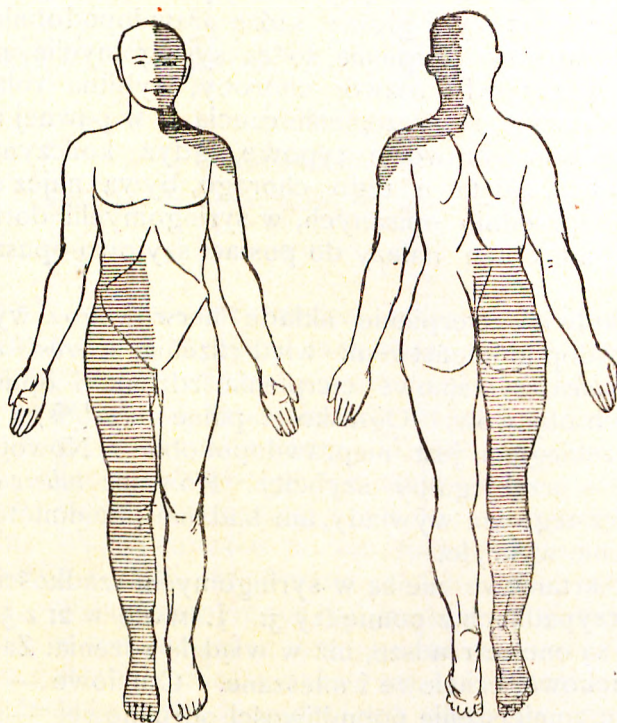


Fig. XII.

Trudniej nieco wytłomaczyć porażenie typu BROWN-SÈQUARD'a kończyn dolnych niedowład lewej, hypestezya prawej. Porażenie takie powstaje w cierpieniach jednej połowy rdzenia. W danym przypadku dotknięta być musi połowa lewa, t. j. ta sama, na którą wskazują i inne, przytoczone powyżej objawy. Aliści, gdyby porażenie BROWN-SÈQUARD'a miało być powodowane przez to samo ognisko, to, wobec tak wysokiego umiejscowienia tego ostatniego, należałoby oczekiwać, że porażenie obejmie nie tylko dolną, ale i górną kończynę, i że analgezya dosięgać będzie znacznie wyżej, przynajmniej do dolnej granicy znieczulenia lewostronnego. Wbrew temu widzimy, że lewa ręka była nawet trochę mocniejsza od prawej, i że znieczulenie dochodzi najwyżej do dolnego brzegu klatki piersiowej.

Sprzeczność tę można jednakowoż łatwo sobie objaśnić. Przy tak wysokim umiejscowieniu ogniska piramidy dotknięte być mogły w miejscu krzyżowania się: ucierpiał więc tylko skrzyżowany już pęczek kończyny dolnej, a w lżejszym stopniu nieskrzyżowany jeszcze pęczek kończyny górnej. Dla tego kończyna prawa jest słabsza, odruchy ścięgniste jej silniejsze.

Granica zaburzeń czucia jest, jak wiadomo, zawsze o kilka odcinków niższa od ogniska rdzeniowego. Przy słabym stopniu porażenia różnica ta może być znacznie większa. Prawdopodobnie należy położyć to na karb większej odporności włókien czuciowych, skutkiem czego cierpią głównie włókna z najdalszych okolic o najdłuższym przebiegu. Tym sposobem w danym przypadku naruszone zostały tory kończyny dolnej i dolnej części kadrłuba.

Czy istotnie niedowład kończyny dolnej był najwcześniejszym objawem, jak utrzymuje chory, wydaje się mocno wątpliwem. Tak samo jak nie wiedział on nic o znieczuleniu kończyny dolnej prawej, mógł również nie zauważyć zaburzeń czucia na szyi i głowie, które prawdopodobnie są starszej daty.

Co się tyczy natury cierpienia, to za syringomyelią przemawiają: wiek chorego, nader przewlekły rozwój choroby, wybitna rola zaburzeń czucia w obrazie chorobowym, rozszczepienie czucia, a w pewnej mierze i umiejscowienie. Nie jest ono wprawdzie typowe, gdyż kończyna górna pozostała wolną, ale i okolica, zajęta u tego chorego, bywa najczęściej, jak widać z przypadków poprzednio opisanych, w syringomyelii dotknięta. Według lokalizacji przypadek ten należy do postaci szyjowo-opuszkowej tego cierpienia.

Inne jakiegokolwiek cierpienie układu nerwowego wyłączyć możemy z wielkiem prawdopodobieństwem: wiał rdzenia, *sclerosis multiplex*, *sclerosis lateralis amyotrophica*, systemowe cierpienia rdzenia i opuszki — z powodu braku właściwych objawów. Ognisko zapalne (*myelitis*) z tem umiejscowieniem i takim przebiegiem jest nieprawdopodobne. Nowotwór złośliwy — *glioma*, *sarcoma* — przebiegałby szybciej. Również *tuberculum* lub *gumma*, dla których prócz tego ani wywiady, ani badanie przedmiotowe, ani wreszcie leczenie danych nie wykryło.

Zaburzenia krtaniowe nie są w syringomyelii rzadkością. SCHLESINGER znalazł je w 8 przypadkach z pomiędzy 31. LAMACQ w 21 z 52. Według BAUROWICZA³¹⁾ nie są one tu rzadsze, niż w wiałdzie rdzenia. Zaburzenia krtaniowe mogą być ruchowe, czuciowe i mieszane. Czuciowe — znieczulenie bólowe i ciepłikowe, zmniejszenie pobudliwości odruchowej — są rzadsze. Ruchowe występują pod postacią ruchów drgawkowych, porażeń i kryz. Najczęstszą postacią porażenia jest jednostronne porażenie nerwu wstecznego, jak u naszego chorego. Wprawdzie poprzedzać je ma często porażenie m. obręczkowo-nalewkowego tylnego (*Posticuslähmung*), ale okres ten jest tak krótki, że nie bywa zwykle dostrzeżony.

Najczęściej zaburzenia krtaniowe, również jak porażenie innych nerwów mózgowych, pojawiają się w okresie późniejszym choroby, często nawet w końcowym. Ale bywa i odwrotnie, że występują wcześniej i nawet wcześniej od innych objawów. Jeden z chorych SCHLESINGER'a, tak samo jak nasz

³¹⁾ BAUROWICZ. Zur Kehlkopferkrankung bei Syringomyelie. Archiv fuer Laryngologie. 1899. T. IX. Z. 2.

chory, szukał porady li tylko z powodu chrypki. W przypadku LAQUER'a ³²⁾ porażenie krtani i podniebienia wyprzedziło znacznie inne objawy.

W wielu przypadkach porażenie krtani, zwłaszcza wczesnie występujące, okazuje się objawem przelotnym, trwa krótko. Nie możemy, niestety, powiedzieć tego o naszym chorym, ponieważ u niego trwa ono już 10 miesięcy, i po 3-miesięcznej obserwacji szpitalnej żadnej poprawy nie zauważyliśmy.

Inne objawy — znieczulenie podniebienia, zniesienie odruchów, napady duszności i następujące po nich parestezye i zaburzenia łykania — stoją w związku z porażeniem nerwu wstecznego. Przyczyną ich jest zajęcie ośrodków opuszkowych. Napadowy charakter zaburzeń dowodzi, że ośrodki te nie ulegają jeszcze zniszczeniu, a cierpią raczej pobocznie wskutek ucisku lub zaburzeń naczynioruchowych ³³⁾.

(D. n.).

PRZYCZYNEK DO ROZPOZNAWANIA JAM PŁUCNYCH.

Podał

H. CYBULSKI.

I Asystent zakładu d-ra BREHMER'a w Görbersdorfie.

Obecne metody badania fizycznego, któremi posiłkujemy się w celu wykrycia jam, powstałych w płucu, częstokroć nie wystarczają, zwłaszcza, jeżeli chodzi o jamy niezbyt wielkie. Wobec tego chciałbym zwrócić uwagę Czytelników na pewien objaw, stale spostrzegany przeze mnie, którego dotychczas nie uwzględniano należycie. Objaw wymieniony polega na tem, że rżenia wilgotne, powstające w jamie, dają się wysłuchać dokładnie, jeżeli zbliżymy ucho do otwartych szeroko ust chorego i zalecimy mu oddychać głęboko. Wysłuchiwane w ten sposób rżenia robią wrażenie, jak gdyby pochodziły z głębi płuc, rodzaj zaś ich i cechy najzupełniej odpowiadają rżeniom, wysłuchiwanym po nad jamą przez klatkę piersiową; różnica polega jedynie na tem, że przez usta słycać je wyraźniej. W ten sposób można bardzo dokładnie odróżnić rżenia dźwięczne, metaliczne, „gargouillement“, rżenia o cechach pośrednich pomiędzy rżeniami dźwięcznymi i wilgotnymi. Wrażenie słuchowe, które otrzymujemy za pomocą tej metody, jest do tego stopnia charakterystyczne, że dźwięki, powstałe w jamach płucnych, bardzo łatwo odróżnić można od rżeń wilgotnych, powstających w oskrzelach. Spostrzegany przeze mnie objaw jest prawie stały, a stwierdzić go można w każdym niemal przypadku jamy w płucu, o czem przekonać się mogłem u sporej liczby chorych.

Objaw ten częstokroć posiada ważne znaczenie rozpoznawcze w tych, mianowicie, przypadkach, w których rżenia, wychodzące z jamy, są niejako pokryte przez znaczną ilość rżeń drobnobańkowych, powstałych w oskrzelach drobnych.

³²⁾ LAQUER. Ueber Hoehlenbildung im Rückenmarke. Zeitschr. f. pract. Aerzte. 1900 T. IX Str. 521.

³³⁾ O napadach opuszkowych w syringomyelii mówiłem już z powodu przypadku pierwszego.

W kilku podobnych przypadkach rozpoznanie, oparte na wynikach, otrzymanych w sposób, podany wyżej, sprawdziło się w zupełności, ponieważ istnienie jamy udało się stwierdzić następnie, kiedy na skutek obfitego wykrztuszania zostały usunięte rzężenia wilgotne z oskrzeli.

Sądzę, że ten sposób wysłuchiwania bezpośredniego (jeżeli można go tak nazwać) należałoby stosować częściej, ponieważ za jego pomocą zawsze uda się stwierdzić istnienie objawów chorobowych, wykazanych lub nie przy użyciu stosowanych obecnie metod badania fizycznego.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

99. P. ROWLAND. **3 przypadki promienicy.** I. Mężczyzna lat 22, skarży się od tygodnia na silne bóle w prawej okolicy biodrowej. W szpitalu, dokąd go przyjęto, przecięto ropień, utworzony wskutek ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego. Ponieważ rana pooperacyjna trudno się goiła, więc chory pozostał dłuższy czas w szpitalu, w którym to czasie ukazały się ropnie na plecach, łędźwiach i ostatecznie na dziąsłach. Ropnie te przecięto i ponieważ nie można było znaleźć grzybków promienicy (*actinomyces*), przypuszczano, że guzy są pochodzenia gruźliczego. W jakiś czas potem w prawym dole biodrowym i na łędźwiach zjawiły się złośliwe torbiele, z których stale wyciekała znaczna ilość ropy. W ropie tej dopiero wykryto grzybki promienicy. Badanie chorego wykazało, że u podstawy płuca prawego słyszeć się daje stłumienie, wszelako obecności ropy nie skonstatowano. U podstawy lewego płuca znaleziono znaczne zniszczenie tkanki płucnej. Wkrótce wystąpiły dalsze objawy: kaszel z ropną plwociną, w której znaleziono wiele grudek, złożonych z grzybków promienicy; dalej krwawe stolce, w których po pewnym czasie pokazały się grzybki. Zaznaczyć tu trzeba, że wszystkie guzy, jakie się ukazały, i torbiele zawsze przecinano, przyczem po ustąpieniu ropy pojawiały się zawsze znaczne wypływy krwi; najsilniej krwawiła po przecięciu torbiel, przenikająca aż do lewej nerki. Wkrótce w każdym ropniu znajdowano grzybki. Następnie zjawiły się: ból głowy, w łędźwiach i biodrach znaczny, ustępujący tylko pod działaniem morfiny. Wycieńczenie chorego idzie stopniowo, przyśpieszone wreszcie biegunką. Stan pogarsza się z dnia na dzień, a w 1½ roku od czasu przyjęcia do szpitala nastąpiła śmierć. Co się tyczy leczenia, to jodek potasu, dawany pacjentowi w ilości 90 gram. dziennie, nie tylko nie przyniósł korzyści, ale nawet pogorszył stan. Torbiele, ropnie były zawsze przecinane i przemywane kwasem karbolowym. Sekcja wykazała, co następuje: Dolny zraz lewego płuca częściowo zniszczony, ze zrostami oplucny w tych miejscach, gdzie znajdowały się torbiele na grzbiecie. W miąższu płuc znaleziono całe kolonie grzybków promienicy, przyczem każda kolonia miała około ¼ cala średnicy. Torebka lewej nerki przyrośnięta w dolnej i tylnej części: w dolnej połowie tego narządu—3 kolonie grzybków. W międnicy znaleziono pewną ilość ropy. *Appendix* normalny, z kilkoma zrostami. W cienkich i grubych kiszkaach ropni nie było. Wewnątrz pęcherza parę grzybków znaleziono. Główny ropień w dole biodrowym prawym łączył się z torbielami na łędźwiach i grzbiecie, wszelako znajdował się na zewnątrz otrzewny. Znaczne zmiany tłuszczowe w wątrobie, śledzionie i nerkach.

II. Mężczyzna lat 27, cierpi na bóle w lędźwiach i pachwinie z prawej strony. Chorego przyjęto do szpitala, gdyż znaleziono w prawej dolnej części brzucha znaczny guz, wielkości pięści. W parę dni potem zrobiono operację. Po operacji chory ciągle gorączkuje i traci na wadze. W dwa miesiące otwarto ropień na lędźwiach z prawej strony, przyczem wypuszczono z uncy ropy. Przez cały czas ciepłota wyższa od normalnej. Wkrótce potem uda i grzbiet pokryły się wielką liczbą ropni złośliwych, w których zawartości znaleziono grzybki promienicy. Choremu dano odrazu 60 gram. jodku potasu dziennie, potem nawet 90 gram., ropnie przecinano i przem ywano, pomimo tego po paru atakach biegunki, chory zmarł, z objawami ogólnego zakażenia.

Badanie pośmiertne wykazało: wyrostek robaczkowy ukryty za kiszka i otoczony ropniem, który rozciąga się na mięsień lędźwio-biodro-udowy (*ilio-psoas*) i na przednią ścianę brzucha. Ropień ten siecią kanałów połączony jest z torbielami w pachwinie prawej, w dole biodrowym prawym i na grzbiecie. Otrzewna w stanie ostrego zapalenia. Grzybki promienicy znaleziono tylko w torbielach. Błona śluzowa kiszek wszędzie zdrowa. Zwyródnienie tłuszczowe w wątrobie i nerkach; śledziona znacznie powiększona. U podstawy prawego płuca wykryto kilka zrostów i parę uncy ropy, która przypuszczalnie pochodziła z jednej z torbieli na grzbiecie, dziurawiącej ścianę płucną.

III. Dziewczyna, lat 14, skarży się na ból brzucha i wymioty. Wkrótce wymioty zupełnie ustały, gdy tymczasem ból zwiększał się stopniowo. Chora cierpi na dysurję. Przy badaniu wykryto twardy guz, leżący w miednicy i nie dochodzący na 2 cale do pępka z lewej strony. Dno macicy silnie wzniesione, i przypuszczalnie macica graniczy z guzem. Przystąpiono do operacji, która wykazała, iż macica jest normalna, guz, a właściwie ropień, opiera się niejako na ścianie brzusznej, ropy niewiele. Po operacji w jakiś czas chora parę razy zemdląła i skarżyła się na niemożność wstrzymania się od ciągłego oddawania moczu. W miesiąc po operacji w prawym dole biodrowym zjawia się opuchlina, przechodząca wkrótce w ropień; w ropie nie znaleziono ani laseczników grucźliczych, ani grzybków promienicy. Przez cały miesiąc potem zauważono ciągle podnoszenie się ciepłoty ku wieczorowi. Następnie znowu ropień w okolicy pępka; ropień ten (z powodu ogólnego osłabienia chorej nie operowany) pękł i dopiero wtedy w ropie znaleziono grzybki promienicy. Wkrótce potem ropnie na lędźwiach, i po krótkiej bieżuncie chora zmarła. Badania pośmiertnego nie udało się zrobić.

Przy rozpatrywaniu tych 3-ch przypadków zwraca uwagę podobieństwo, jakie zachodzi w cierpieniach tych 3 osobników. Następnie ropa unika starannie sztucznych przejść, przyczem prawie zawsze gromadzi się na lędźwiach. Drenowanie, pokazało się, jest zbyt słabym rękoczynem. Zwrócono uwagę, iż światło dzienne wstrzymuje rozwój grzybków; ciekawe byłoby skonstatowanie działania promieni ROENTGEN'a w tych razach, gdy sprawa odbywa się na skórze. Jodek potasu, dawany w późniejszym stadyum cierpienia, jest zupełnie nieskuteczny. Bakteryologiczne dane są najlepszą pomocą przy rozpoznawaniu tego rodzaju przypadków.

(*The Lancet. September 6. 1902.*)

Wacław Zawisza.

100. LEURIAUX. Lasecznik krztuśca i seroterapia tego cierpienia. LEURIAUX po kilku latach pracy laboratoryjnej nad istotą pasorzytniczą krztuśca doszedł w rezultacie nie tylko do wyosobnienia drobnoustrojów chorobotwórczych tego cierpienia, ale i do wytworzenia odpowiedniej surowicy leczniczej, z którą próby, przedsięwzięte w 66 przypadkach krztuśca, dały wyniki zupełnie zadawalające

(tylko 5 przypadków niepomysłnego leczenia t. j. 7,6%). Przyjmując jako zasadę, że zakażenie krztuścowe umiejscawia się wyłącznie w górnym odcinku dróg oddechowych, LEURIAUX wyosobnił drobnoustrój, stale spotykany w płwocinie chorych krztuścowych. Lasecznik ten ma formę krótkiej pałeczki, której długość prawie równa się szerokości (czem przypomina *bac. coli.*), z zaokrąglonymi końcami. Spotyka go się zwykle grupami. Drobnoustrój ten, będący aerobem, posiada bardzo wyraźne ruchy. Barwi się on bardzo dobrze roztworem fuksyny karbolowej i płynem GRAM'a. Hodowle na żelatynie rozwijają się bardzo powoli, tworzą małe zaokrąglone kolonie, biało-żółtawego koloru, słabo przeświecające; żelatyny nie rozpuszczają. Po zasianiu przez ukłucie tworzą się grupy małych zaokrąglonych punkcików, przezroczystych, biało-żółtego koloru. Na agarze przy ciepłocie 37° już po kilku godzinach zjawiają się małe zaokrąglone kolonie mniej lub więcej przezroczyste, przypominające zabarwieniem swoim perłową macię. Przy zasianiu przez ukłucie na agarze, hodowla otrzymuje formę gwoźdźcia o bardzo szerokiej główce. Hodowle na kartoflu są żółto-złotawego koloru, lepkie, gęste. Na peptonizowanym bulionie rozwój hodowli jest bardzo szybki: w 48 godzin powierzchnia pokrywa się gęstą biało-żółtawą błonką. Na surowicy na koniec przy ciepłocie 37° rozwój hodowli też postępuje bardzo szybko, hodowle są koloru żółto-cytrynowego. Zauważono, że forma lasecznika zmienia się nieco wraz ze zmianą podłoża, np. z hodowli na kartoflu jest on większy, niż z hodowli agarowych; z hodowli na surowicy cokolwiek dłuższy, a głównie smuklejszy. Zastrzyknięcie $\frac{1}{2}$ ctm. sz. bulionowej hodowli tych laseczników pod skórę ucha sprowadza po kilku godzinach silne objawy zapalne; ucho jest gorące, obrzmiałe, zaczerwienione, podobnie, jak przy róży. W 48 godzin po zastrzyknięciu formuje się obszerny ropień, wypełniony gęstą biało-żółtawą ropą. Po zastrzyknięciu 1 ctm. sz. do żył w 2 — 3 godzin zwierzę staje się niespokojne, oddech przyspiesza się, i po 24 — 48 godzinach następuje śmierć. Po zastrzyknięciu produktów bakteryjnych (toksyn) spostrzegano też same objawy miejscowe i ogólne.

Przygotowanie surowicy leczniczej nie różni się od przygotowania surowicy Roux: zastrzykuje się pod skórę konia stopniowo w przeciągu 2 — 3 miesięcy od 2 ctm. sz. do 100 — 150 c. sz. Otrzymana zwykłym sposobem surowica leczy krztusiec w początkowych okresach w przeciągu 5 — 8 dni; w przypadkach ciężkich działa bardzo w kierunku złagodzenia objawów. Stosuje się u dzieci kilkomiesięcznych do roku 5 ctm. sz., starszym — 10 ctm. sz.; zastrzyknięcia w powyższej dawce odpowiednio do warunków można powtórzyć 2 i 3 razy; w początkowych okresach 1 dawka wystarcza. Zwykle prócz surowicy nie stosowano żadnych leków, co najwyżej lekki środek wymiotny (*ipeca*) rano przed zastrzyknięciem w celu oczyszczenia dróg oddechowych. Dziecko po zastrzyknięciu surowicy przeciwkrztuścowej nie wymaga specjalnej pieczy: obszerny, dobrze przewietrzany pokój, równomierna temperatura, posilne przywienie — oto wszystko, czego powinniśmy dostarczyć choremu.

(*La semaine médicale* Nr. 29. 1902.)

Pawlikowski.

101. v. SOHLERN (z Kissingen). O spastycznym zaparciu stolca. Autor uważa leczenie nawykowego zaparcia stolca w niektórych przypadkach za najniewzwyklejszy dział terapii. Spastyczne zaparcie spotyka się głównie u neurasteników i histeryków z opuszczeniem narządów jamy brzusznej. Autor spostrzegł przypadki bez opuszczenia narządów brzusznych i uważa za najważniejszy objaw omawianego cierpienia wyczuwanie pętlic kiszkiowych, znajdujących się w stanie skurczu. Takie kiszki przy wymacywaniu dają wrażenie elastycznych

pasów. Skurcz pętlie podmiotowo przedstawia się jako napad bólu kłującego. Kał często, ale nie zawsze, wychodzi z kiszki prostej w postaci cienkich cylindrów. Skurczowego zaparcia nie należy uważać za oddzielną postać chorobową, ale za objaw czynnościowy, rzadziej organicznej choroby nerwowej. Autor przytacza opisy przebiegu choroby w trzech przypadkach ze swojej praktyki w ubiegłym sezonie. Spostrzeżenia dotyczą 2 kobiet 24 i 38 lat i mężczyzny 53-letniego. Czas trwania zaparcia stolca u chorych autora 3, 2 i 17 lat. Napady bólów kłujących przed oddaniem stolca we wszystkich trzech przypadkach były bardzo wyraźne. W przerwach między napadami chorzy czuli się niezłe pomimo długotrwałego zaparcia. Wszyscy troje przeszli wielokrotne leczenia rozwalniające dyetetyczne i wodami mineralnymi w Taraspie, Karlsbadzie i t. d. bez skutku. Wyniki, otrzymane przez autora, są zupełnie zadawalające. Autor przypuszcza, że u chorych na spastyczne zaparcie ilość bakterii w kale jest nieznaczna, jak również złuszczenie się nabłonka błony śluzowej kiszek.

Leczenie polegało na unikaniu wysiłków fizycznych, względnie leżeniu w łóżku przez 2 — 4 tygodni, pożywnej, nie drażniącej diety, stosowaniu stałego ciepła na brzuch przez dzień i okładów PRIESNITZ'a na noc. Chorem zaleca autor mleko niezbiernane, tłuste, miód, masło, bulion z dodatkiem roboratu, sanotroponu i t. d., dużo płynów.

Z lekarstw autor poleca *Kalium bromatum*, — *T-ra bella donnoe* podczas bólów, lawatwy z roztworu fizyologicznego soli, z rumianku z dodatkiem oliwy, wreszcie, jeżeli te nie skutkują, cukier mleczny, *Extr. cascarae*, *pulpa Tamarindorum*, glicerinowe czopki. Rabarbarowe preparaty łatwo wywołują bóle. Z wód mineralnych można stosować Rakoczy, Vichy, Bilin, Neuenahr. Wszystkie niewymienione wyżej środki czyszczące i wody mineralne, elektryzację i masaż autor uważa za szkodliwe.

(*Berliner Klinische Wochenschrift* Nr. 39. 1902 r.).

Holub.

102. C. BOLLE (Berlin). **Przyczynę do leczenia choroby Barlow'a.** Przypadek autora dotyczy dziecka 2½-letniego. Od 1½ roku były ciągłe rozwolnienia. Opieka nad dzieckiem była staranna. Od 1½ roku dziecko dostaje mleko ze znanej mleczarni berlińskiej, które następnie gotuje się przez 15 minut w przyrządzie SOXHLET'a. Rozwolnienia nie ustąpiły. Od lutego dziecko pociąga lewą nogę, w marcu kołysze się, chodząc, od maja chodzić nie może. W maju wystąpiły mocne bóle stawów. 28 czerwca autor znalazł ogólne osłabienie, bezsenność i poty. Dolne kończyny wydają się zbrzęknięte, dokładne wymacanie niemożliwe z powodu znacznych bólów. Pod lewym kolanem przy ucisku autor otrzymał wrażenie trzeszczenia w głębi (?). Stawy napiętkowe zlekka obrzmięte. Na dziąśle dolnem wylewy krwawe i przekrwienie. Autor na zasadzie powyższych objawów zrobił rozpoznanie choroby BARLOW'a i polecił dawać dziecku mleko nie gotowane po połowie z kleikiem owsianym, 4 razy dziennie łyżeczkę drożdży białego piwa (*Weissbierhefe*) i sok z marchwi (*Mohrrübensaft*) za napój. Nazajutrz stolec już był sformowany. Dziecko uspokoiło się, polecono za napój niegotowany nastój wody na mięsie wołowym rozcieńczony 4 razy. 9 lipca dziecko pierwszy raz zaczęło próbować chodzić, je kartofle, jarzyny; 2—3 razy dziennie sformowany stolec; przez 9 dni zyskało 310 gramów na wadze. 15 lipca dziecko biega, żadnych objawów chorobliwych ze strony przewodu pokarmowego niema. Autor przypisuje chorobę dziecka zanadto długiemu wyjąłwianiu mleka. Autor poleca zwykle gotowanie mleka najdłużej 2 — 7 minut. Doświadczenia nad morskimi świnkami, karmionemi mlekiem zwyczajnem i wyjąłwia-

nem od 5 do 20 minut, wykazały, że zwierzęta, odżywiane długo wyjaławianem mlekiem, padają po 2 tygodniach. Trzymane na mleku gotawanem przez 10 minut już dają kliniczne objawy choroby.

(*Zeitschrift f. Diätätische Therapie* September 1902 S. 354). *Holub.*

103. L. R. MUELLER. **Rodzina przeżuwających.** Autor opisuje rodzinę, gdzie ojciec i dwaj synowie przeżywali powtórnie jedzenie. U wszystkich trzech objaw ten wystąpił w dzieciństwie, między 6 i 12 rokiem życia. W kwadrans lub pół godziny po jedzeniu pokarm przeżuty wraca do ust, gdzie ulega powtórnemu rozdrobieniu. Spożyte potrawy zachowują pierwotny smak, i powrót ich do ust sprawia pacjentom przyjemność, tem bardziej, że wszyscy trzej są w pewnym stopniu żarłokami. Powrót pokarmów do ust odbywa się w regularnych odstępach czasu, co 4 — 5 minut; jednorazowe porcje są także w przybliżeniu równe sobie (blisko łyżeczka do kawy). Po 15 — 20 takich zwrotach, jedzenie, które dotąd zachowywało pierwotny smak i zapach, staje się kwaśnem i z chwilą tą akt przeżuwania kończy się.

U wszystkich trzech osobników przeżywanie powtórne jest aktem świadomym, i hamowanie go w obecności osób obcych wywołuje przykre uczucie. Nie po wszystkich jedzeniach akt ten występuje równie prędko i dobitnie: po pokarmach płynnych i mięsie częstokroć niema go, po jajkach zaś i węglowodanach jest wyrażony najsilniej.

Wydolność ruchowa i chemiczna żołądka u obu synów jest zupełnie normalna; ojciec zaś, który zwrócił swoją osobą uwagę autora na całą rodzinę, przyszedł do kliniki z objawami subiektywnymi i obiektywnymi, które wskazywały na raka żołądka. Po trzytygodniowym pobycie w klinice, a półrocznej chorobie pacjent zmarł. Sekcja wykazała raka żołądka, który obejmował w postaci koła ten narząd, dzieląc go na dwie części, lewą większą i prawą mniejszą. Zgrubienie ściany dosięga 12 ctm., a wąskie wrota nie przepuszczają małego palca. Słowem widzimy typowy t. zw. „Sanduhrmagen“.

W literaturze przypadków podobnych spotykamy sporo. Zastanawiając się nad patogenезą omawianej sprawy, z dwóch teorii, z których jedna widzi w powtórnem przeżuwaniu nerwicę ruchową żołądka, druga zaś objaw atawistyczny, — autor pisze się na drugą.

Ciekawa jest jeszcze kwestya, czy przepołowienie żołądka, znalezione na stole sekcyjnym, zostało wywołane wyłącznie rakiem, czy też było w pewnej mierze wrodzone, tem bardziej, że pomiędzy opisanymi w literaturze przypadkami spotykamy często wzmiankę o istnieniu uchyłków żołądka.

(*Muenchener Medicinische Wochenschrift*. Nr. 31. 1902 r.). *Henryk Goldberg.*

104. A. MACKENRODT. **Laparotomia hypogastrica extraperitonealis, zastosowana do leczenia raka macicy i kiszki prostej.** Dokładna znajomość szerzenia się raka macicy spowodowała, że do pierwotnej techniki usunięcia macicy przez pochwę wprowadzono pewne zmiany. Starano się mianowicie operować możliwie w granicach zdrowych tkanek, jaknajdalej od ogniska choroby. Ale nawet według tej metody wyniki ze względu na długotrwałość wyzdrowienia nie są zadowalające. Oprócz możliwie szerokiego usunięcia obu przy macicz należałoby usuwać górną część pochwy i nacieczone gruczoły miednicy. Autor przypuszcza, że możliwość doszczętnego wyzdrowienia po operacji *extirpatio uteri per vaginam* wskutek raka macicy należy sobie tłumaczyć zdolnością komórek rakowych, infiltrujących gruczoły chłonne miednicy, do zamierania w pewnych nieznanym nam warunkach.

Ani operacja FREUND'a, ani *extirpatio per vaginam* nie dają możliwości całkowitego usunięcia przymacicz i gruczołów miednicy. Operacja WERTHEIM'a daje tak znaczny procent śmiertelności, że WERTHEIM coraz więcej zważa zakres wskazań do niej, wreszcie i ona nie może być uważana za doszczętną. Technika autora jest następująca:

1) Cięcie w postaci języka, oddzielające przyczepy mięśni prostych brzucha u samego spojenia i idące z obu stron do góry do wysokości *spinæ ilei superiores*.

2) Otworzenie otrzewny nad pęcherzem, ściana pęcherza kilku szwami przymocowana pod spojeniem; macica wyciągnięta i przymacicza podwiązane i odcięte od ściany brzusznej.

3) Otrzewna przedniej ściany brzucha poprzecznie przszyta do otrzewny tylniej ściany miednicy, szew przechodzi przez *rectum*. Jama brzuszna w ten sposób zamyka się i oddziela zupełnie od małej miednicy. Reszta operacji odbywa się zewnątrzotrzewnowo. Macica z przymaciczami oddziela się od pochwy. Otrzewna bocznych ścian miednicy odciąga się do tyłu. Wszystkie naczynia chłonne i krwionośne są w ten sposób obnażone.

Należy usunąć tkankę łączną, zawierającą gruczoły chłonne udowe wewnętrzne, biodrowe, *hypogastricæ*, leżące około więzła POUPART'a, i *nervus obturatorius* razem z odpowiadającymi naczyniami chłonnymi.

4) Gazę wyprowadza się przez pochwę z przestrzeni nad kiszka prostą, pęcherz zszywa się z tylną ścianą miednicy. Przestrzeń, odpowiadającą usuniętym gruczołom, tamponuje się workami MIKULICZA i wyprowadza się worki po obu stronach mięśni prostych. Mięśnie proste drutem srebrnym przymocowuje się do spojenia łonowego.

Autor z 11 ciężkich przypadków miał jedno zejście niepomysłne. Powyższą operację autor poleca i przy rakach kiszki prostej u mężczyzn i u kobiet, uznając obecne sposoby operacyjnego traktowania *carcinoma recti* za niewystarczające.

Autor demonstrował usunięte w ten sposób części przy swojej operacji z powodu *carcinoma recti* u chorego, operowanego przed 11 dniami, w towarzystwie lekarzy berlińskich 2, VII. 1902. Chory żył.

(Berl. klin. Wochenschr. 22 september. 1902. S. 894).

Hotub.

105. Frederick C. SHATTUCK. **Rokowanie i leczenie gruźliczego zapalenia otrzewny.** Z 98 przypadków, spostrzeganych w wewnętrznych i chirurgicznych oddziałach szpitala stanu Massachusetts, najwięcej, bo 39, przypadają na wiek od 20 do 30 lat. (Dzieci do tego szpitala zapisuje się bardzo mało). Najstarsza chora z gruźliczym zapaleniem otrzewny miała 62 lata. W 41 przypadkach chorzy wskazywali na gruźlicę w najbliższym otoczeniu lub dziedziczną. W 8 przypadkach chorzy uprzednio przebywali zapalenie płucny.

Początek choroby w 66 przypadkach był jakoby powolny, w 29 — ostry. 23 chorych miało rozwolnienia, 28 — wymioty i nudności. W 63 przypadkach był płyn w brzuchu. Ciężar gatunkowy na 14 analiz wahał się od 1035 do 1008, a ilość białka od 3,4% do 0,1%. W 5 przypadkach znaleziono w jamie brzusznej ropę. Na 13 próbnym wstrzykiwaniu tuberkuliny KOCH'a — w 8 oddziaływanie dodatnie. W 70% leukocytozy we krwi nie znaleziono — na 46 badań. Diazo-reakcja znajdowana w 12 przypadkach przy „prawidłowej“ i wysokiej ciepłocie ciała. $\frac{2}{3}$ chorych były kobiety. Śmiertelność w szpitalu wyniosła 13,2% w oddziałach wewnętrznych i chirurgicznych. Przebieg choroby po wyjściu ze szpitala wiadomy jest w części przypadków, leczonych przez lat 2 do 11. Z 18 takich chorych, leczonych w wewnętrznych oddziałach, 10 zmarło po za obrębem szpi-

tala. Z 26 chorych, leczonych chirurgicznie, zmarło 6 po wyjściu ze szpitala. Z chorych, leczonych na salach wewnętrznych, prawie wszyscy mieli powikłania gruźlicą płuc i innych narządów, chorobami serca i nerek.

Z 7 przypadków suchego zapalenia otrzewny i chory zmarł, 6 ma się dobrze.

Leczenie w oddziałach wewnętrznych było objawowe. Leczenie chirurgiczne polegało na laparotomii, przemyciu jamy brzusznej roztworem soli 7^o/₀₀ i, gdzie było można, na usunięciu gruźliczych tkanek.

Autor z zestawienia przebiegu choroby wszystkich 98 przypadków wyprowadza wnioski następujące: 1) Chorzy z zapaleniem gruźliczem otrzewny mogą zdrowieć nawet przy powikłaniu gruźlicą innych narządów, przy leczeniu wewnętrznym i chirurgicznym. 2) Leczenie terapeutyczne polega na postawieniu ustroju w najlepsze warunki pod względem zdrowotnym. 3) Jeżeli po 1—1½ miesięcznym leczeniu polepszenie nie następuje, należy chorego kwalifikować do operacji. (*The American Journal of the medical sciences. July p. 1—12. 1902*).

Hołub.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 4 listopada r. b.

TREŚĆ: 1) F. MALINOWSKI — przedstawienie dwóch przypadków z *lichen variegatus* i *gumma serpiginosum*. 2) KOZERSKI — przedstawienie chorego z *lichen ruber accuminatus*. 3) J. STEINHAUS — przedstawienie preparatów płuca i innych organów z przerzutami mięsaków. 4) St. KOPCZYŃSKI — przedstawienie chorego z wieloogniskowym cierpieniem mózgu w następstwie urazu. 5) St. ORŁOWSKI — „O hipnotyzmie leczniczym“ (część I).

1) Kol. F. MALINOWSKI przedstawił dwie chore z oddziału kol. KOZERSKIEGO w szpitalu św. Łazarza. Pierwsza chora przed 6 tygodniami miała *lichen ruber planus squamosus*. Wysypka ta pod wpływem arseniku znikła, i zostały wykwitły płaskie, okrągławe, czerwone, twarde, przykryte białymi, dość szczelnie przylegającymi łuskami. M. przyjmuje to za rzadko spotykaną wysypkę *lichen variegatus*. Druga chora miała *gumma serpiginosum* na twarzy znacznej wielkości.

2) Kol. KOZERSKI przedstawił chorego z *lichen ruber accuminatus*. Cały tułów chorego powyżej pasa, ramiona i górna część przedniej powierzchni przedramion gęsto pokryta drobnymi, bardzo twardymi guzikami, z okrągłą białą łuską na wierzchołku. Na karku, w fałdzie pod brodą guziki tworzą rozległe twarde nacieczenia. Na wyprostnych powierzchniach przedramion, na tylnej dolnej powierzchni tułowia widać jednolite nacieczenie, pokryte wielkimi płatkami łamliwych łusek. Ręce, golenie i stopy pokryte są czerwonym pergaminowym pęcherzem z głębokimi pęknięciami naskórka. Stan ogólny chorego dobry.

K. rozpoznaje rzadkie cierpienie *lichen ruber accuminatus* czyli *pityriasis rubra pilaris* ze względu na drobny twardy follikularny stożek, łuską pokryty. Stosuje w danym przypadku podskórnie *natrium kalodylicum*.

3) Kol. J. STEINHAUS przedstawił narządy wewnętrzne 24-letniego mężczyzny, który zmarł przy objawach nowotworu płuc. Sekcja wykazała guz w tkance mięśniowej przedramienia (pierwotny) i przerzuty w płucach, opłucnie, osierdziu, nadnerczu, w kreskach. Mikroskop wykazał *sarcoma fusocellulare perivascularre*. Godne uwagi było umiejscowienie przerzutów.

4) Kol. St. KOPCZYŃSKI przedstawił chorego z wieloogniskowym cierpieniem mózgu w następstwie urazu.

Chory lat 19, murarz, został w lutym r. b. pobity w głowę tak mocno, że stracił przytomność; rany żadnej na głowie nie otrzymał. W kwietniu zauważył, że ciężko mu mówić, w końcu sierpnia zauważył, iż ciężko mu poruszać prawą ręką. Badanie przedmiotowe 7 października wykazało objawy niedowładu połowicznego organicznego, głównie dotyczącego rozginaczy prawej kiści, sztywność w mięśniach twarzy, słabą mimikę, śmiech przymusowy, lewostronną jednoimienną hemianopsję w obu oczach i skokowe ruchy gałek ocznych przy ustawieniu ich krańcowem poziomem. K. przypuszcza istnienie przynajmniej trzech ognisk w mózgu (okolica torebki wewnętrznej lewej, *thalamus opticus* i okolica szlaku wzrokowego prawego). Następnie K. rozpatruje charakter ogniska, omawia zmiany, wywoływane przez uraz w mózgu (zmiany czynnościowe, wybroczyny krwawe, rozmiękczenia bez lub z następczemi wybroczynami, *neuritis traumatica degenerativa*), wspomina o doświadczeniach BIKELES'a, SCHMAUS'a, o związku urazu z wielogniskowem stwardnieniem (MENDEL) i zaznacza, że początek tego cierpienia przyjąć można i w danym przypadku. W końcu dodaje, że z podobnem rozpoznaniem zgadzają się koledzy GOLDFLAM i FLATAU.

W dyskusji kol. WOLBERG chce uważać alkoholizm za przyczynę współzrędną z urazem u danego chorego.

Kol. PILTZ zaznacza, że notowane objawy dałyby się prędzej objaśnić jednym ogniskiem we wzgórku wzrokowym. Dla rozpoznania *sclerosis multiplex* brak wzmoczenia odruchów, drżenia gałek ocznych i drżenia zamiarowego.

Kol. KOPCZYŃSKI odpowiada, że nadużycie alkoholu takiego zbioru objawów w tak młodym wieku daćby nie mogło, że przeciw przypuszczeniu jednego ogniska we wzgórku czworaczym przemawia: 1) brak hemianoptycznego oddziaływania źrenic i 2) brak cięższych objawów mózgowych.

Kol. E. FLATAU zwraca się przeciw twierdzeniu kol. PILTZA o jednym ognisku: 1) ognisko takie wywołałoby wraz z niedowładem prawostronnym i hemianopsję prawostronną, nie zaś lewostronną, jak to ma miejsce w danym przypadku; 2) rozpoznanie *sclerosis multiplex* uważa za najbardziej prawdopodobne, które tu mogło się rozwinąć z rozsianego *polyencephalitis*.

5) Kol. St. ORŁOWSKI odczytał pierwszą część swej pracy „O hipnotyzmie”. We wstępie autor podnosi ubóstwo naszej literatury w sprawie hipnotyzmu leczniczego i wspomina o ogromnym postępie tej metody leczniczej zagranicą. (Prace LIÉBAULT'a, BERNHEIM'a, FOREL'a, KRAFT-EBING'a, WUNDT'a, OBERSTEINER'a, WETTERSTRAND'a i innych). Dalej mówca podaje świetne wyniki z kliniki psychoterapeutycznej von REUTERGHEN'a w Amsterdamie.

Działanie hipnotyzmu leczniczego opiera się na dwóch głównych czynnikach: 1) jądrem zabiegu są sugestye lecznicze, za pomocą których staramy się objawy cierpienia (ból, bezsenność, brak łaknienia i t. p.) usunąć; 2) drugą część składową stanowi sen hipnotyczny, jest to środek, dzięki któremu potęguje się podatność do sugestyi. WETTERSTRAND stosuje „sztucznie przedłużony sen“, trwający dnie, tygodnie i miesiące.

Co do stopnia hipnozy potrzebnego do celów leczniczych, to większość badaczy jest zdania, że hipnoterapia głębokiego snu nie wymaga.

Największy tryumf święci hipnotyzm leczniczy w histeryi. Za pomocą sugestyi w hipnozie staramy się wyrugować z umysłu chorego te szkodliwe wyobrażenia, na których koncentruje się jego uwaga. W cięższych postaciach histeryi należy osoby chore jednocześnie odosabniać.

W końcu mówca wspomniał o t. zw. „metodzie katartycznej”, stosowanej przez FREUD'a i BREUER'a. Podczas hipnozy staramy się wywołać w świadomości zapomniany uraz psychiczny, który niby ciało obce tkwi w podświadomości i drażni dziedzinę psychiczną. Mówca o tej metodzie wyraża się z oględnością.

St. Koczyński.

ODCINEK

Sprawozdanie z kursów wakacyjnych dla lekarzy

w roku 1902 w Krakowie.

Napisał

JAN DEHNEL lekarz powiatu z Będzina.

Czytane na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Częstochowie.

Uniwersytet krakowski w r. b. w czasie od 7 do 26 lipca utworzył kursy wakacyjne dla lekarzy. Już dwa razy kursy wakacyjne dla lekarzy były urządzone przez asystentów Wszechnicy Jagiellońskiej, kursy te jednak były nieliczne i niezupełnie się udawały z powodu braku materiału klinicznego.

Ogłoszenie o kursach dla lekarzy w uniwersytecie wrocławskim skłoniło profesorów krakowskich do najprędszego ogłoszenia o kursach w Krakowie, które też, dzięki energicznemu poparciu i dobrej woli profesora JORDANA, przysły do skutku, choć nie bez pewnych trudności.

Program kursów wakacyjnych dla lekarzy był ogłoszony w naszych piśmiech lekarskich na początku czerwca — nieco później, niż odpowiednie ogłoszenie uniwersytetu wrocławskiego. Według programu — 23 profesorów miało brać udział w wykładach wakacyjnych; nie wszystkie jednak wykłady z powodu małej liczby słuchaczy odbyły się: prawie wszystkie wykłady teoretyczne, w liczbie 8, i dwa praktyczne nie przysły do skutku, odbyło się zaś 13 wykładów klinicznych, związanych ściśle z medycyną praktyczną.

Na kursy uczęszczali lekarze z Królestwa i Cesarstwa w liczbie 11-u: z gub. Piotrkowskiej 3, z Płockiej 3, z Warszawskiej 1, z Kaliskiej 1, z Radomskiej 1, z Kijowskiej 1, z Łucka 1, z Galicyi 28, z Bułgaryi 1 — razem 40.

Pisząc w tej kwestyi, dać mogę szczegółowsze sprawozdanie z tych tylko kursów, na które sam uczęszczałem, co do innych zaś muszę się ograniczyć krótkimi wzmiankami, udzielonemi przez kolegów, uczęszczających na owe kursy.

Do kliniki chorób wewnętrznych uczęszczało 7 lekarzy, (2 z Królestwa) prowadzili wykłady profesorowie KORCZYŃSKI i JAWORSKI. Wykłady odbywały się 3 razy tygodniowo od 8 do 10 zrana; naprzemian raz wykladał profesor KORCZYŃSKI, drugi raz profesor JAWORSKI.

Profesor KORCZYŃSKI demonstrował chorych z kliniki, demonstrację poprzedzała krótka historia choroby z uwzględnieniem metod badania chemicznego, bakteryologicznego i drobnowidzowego. Badania chorych bardzo szczegółowe i jego wyniki były demonstrowane w każdym przypadku na odpowiednich stosowanych w klinice kartach. Następujące przypadki były przedmiotem wykładów: 1) *Tabes dorsalis* u kobiety. 2) *Myxoedema*. 3) *Abscessus tonsillarum cum*

complicationibus: pleuritis, pericarditis, polyarthriti ze znacznym zwiotczeniem stawów. 3) *Neuritis ascendens cruralis*. 4) *Neuritis ascendens ulnaris*. 5) Hysteria u mężczyzny z *hemiplegia hysterica*. 6) *Neurasthenia sexualis*. 7) *Asthma bronchiale hystericum*. 8) *Tabes* ze znacznym opóźnieniem przewodnictwa bólowego i bardzo wybitnymi zmianami czucia i zaburzeniami ocznymi. 9) *Sclerosis en plaques* z porażeniem kończym dolnych, z zaburzeniami pęcherza i odbytu i ruchami choreatycznymi. 10) *Paralysis agitans sine agitatione*. 11) Unieruchomienie kręgosłupa (typ MARIE-STRUEMPELL). 12) Blednica z uwzględnieniem organoterapii. 13) *Paralysis bulbaris ex haemorrhagia*. 14) *Pseudoleukaemia*. 15) *Osteomalacia* — kilka przypadków — i u mężczyzny. 16) 2 przypadki *paralysis spinalis spastica*. 17) Bardzo rzadki przypadek *atrophia cutis neuropathica*.

W braku czasu nie przyszedł do skutku wykład i demonstracja cytodyagnostyki. Powyższe przypadki były przedmiotem wykładów z uwzględnieniem racjonalnej i możliwej terapii i jej skutków.

Profesor JAWORSKI demonstrował sposoby badania klinicznego moczu, badanie żołądka i jego treści, badanie krwi, próbę WIDAŁ'a, plasmodye malaryi (preparaty robione ze krwi podczas napadu).

Wogóle w klinice wewnętrznej można było widzieć wiele, dopełnić swe wiadomości i wprawić się w nowsze metody badania. Dodać też muszę, że nowa klinika chorób wewnętrznych urządzona jest wzorowo, i niewiele miast w Europie posiada podobną klinikę. Szkoda tylko, że na klinikę chorób wewnętrznych poświęcono tak mało czasu; na przyszłość należałoby przynajmniej 2 godziny dziennie zostawić profesorowi KORCZYŃSKIEMU na wyzyskanie materiału klinicznego; profesor zaś JAWORSKI badania kliniczne mógłby demonstrować w godzinach poobiednich (wolnych od zajęć w klinikach); nie wątpię nawet, że sposób prowadzenia wykładów, ważność przedmiotów demonstrowanych i serdeczne koleżeńskie traktowanie słuchaczy — zjednałoby mu liczniejsze grono słuchaczy.

Na kurs profesora JORDANA zapisało się tak dużo kandydatów, że liczbę 20 słuchaczy, wskazaną jako maksymalną w programie, trzeba było przekroczyć; z Królestwa było 9 lekarzy, z Galicyi 18 (wraz z lekarzami wojskowymi). Ćwiczenia w badaniu, rozpoznawaniu i leczeniu chorych ginekologicznych odbywały się 5 razy tygodniowo od 10 do 12 rano. Kurs ten był prowadzony wzorowo ku ogólnemu zadowoleniu licznych słuchaczy. W krótkim stosunkowo czasie ważniejsze i częstsze sprawy były wyczerpująco rozebrane, omówione, demonstrowane na bogatym materiale ambulatoryjnym i klinicznym, a nawet na chorych z prywatnej praktyki. Umiejętne bardzo dobieranie materiału, wyzyskanie go przy badaniu, ważne wskazówki co do leczenia, podane i omówione przez tak doświadczonego ginekologa i znakomitego pedagoga, wszystko to, pozwoliło słuchaczom skorzystać i nauczyć się wiele. Po zbadaniu chorej, rozpoznaniu i omówieniu leczenia, mniejsze zabiegi operacyjne wykonywali kursисти lub też asystenci. Po godzinach wykładów odbywały się cięższe operacje w przyległej sali operacyjnej, które można było widzieć.

Rozumiejąc potrzeby lekarza-praktyka na prowincyi, profesor JORDAN poświęcił trochę czasu na to, aby wymienić i pokazać ten zbiór instrumentów, który uważa za niezbędny dla lekarza, zajmującego się małą ginekologią. *Metritis, endometritis, retroflexiones et retroversiones*, rozpoznanie nowotworów, *sterilitas* i jej przyczyny, *prolapsus, perimetritis et parametritis, blennorrhoea* i jej liczne komplikacje, cierpienia jajników i trąbek (te mniej były uwzględnione w braku materiału), *graviditas extrauterina*, której widzieliśmy jednego dnia 3 przypadki w róż-

nych okresach — oto sprawy chorobowe, które demonstrowano, badano, i które były przedmiotem wyczerpującego i sumiennego wykładu czcigodnego profesora JORDANA — inicjatora kursów.

Docent d-r ROSNER w oddziale położniczym szpitala św. Łazarza wykładał akuszeryę; od 12 do 2, 5 razy tygodniowo odbywały się ćwiczenia w badaniu ciężarnych, rodzących i położnic, materyał nie był zbyt liczny, jednakowoż wystarczający. Na badanie zewnętrzne zwracano ogromną uwagę i wprawić się można było w tym kierunku. Po badaniu ciężarnej, rozbierano warunki porodu, możliwe komplikacje, sposoby postępowania. W ten sposób najrozmaitsze kwestye były obszernie omawiane i uwzględniane. Aby umożliwić lekarzom-słuchaczom korzystanie z materyału, dano im pokój, gdzie w nocy można było dyżurować. Operacye akuszeryjne pozwalał profesor ROSNER wykonywać lekarzom pod osobistym kierunkiem. Podczas kursów wykonano *sectio caesarea* przy wskazaniu względnem z doskonałym rezultatem i *laparotomiam* z powodu *ruptura uteri* z wyjęciem płodu z jamy brzusznej i wycięciem macicy (*exitus letalis*).

Na kurs prof. ROSNERA uczęszczało 19 lekarzy, w tej liczbie 9 z Królestwa. Oprócz kursu klinicznego, prof. ROSNER miewał w godzinach wieczornych teoretyczne wykłady z akuszeryi. Wykładów wieczornych słuchało 21 lekarzy, 2 z Królestwa.

Wykłady profesora ROSNERA cieszyły się ogólnem uznaniem. Dar słowa jasność wykładu, umiejętne wyzyskanie materyału, koleżeńska życzliwość i chęć przelania swej wiedzy w kolegów-słuchaczy — oto cechy tego prawdziwie pożytecznego kursu.

(D. n.).

Z IV Zjazdu międzynarodowego ginekologów w Rzymie.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 50).

TREUB (Amsterdam) zaznacza na wstępie, że przedewszystkiem mu chodzi o stosowanie doszczętnego wyluszczenia macicy w leczeniu ostrego zakażenia narządu rodnego przyczynach zatrucia i zakażenia po porodzie i poronieniu, kiedy cierpienie ogólnicza się do macicy i zakażenie nie przechodzi po za nią.

Z 724 przypadków ciężkiej gorączki połogowej w klinice TREUBE'go 34 zakończyły się śmiercią; z tych ostatnich tylko w 6-iu przypadkach cierpienie umiejscowione było li tylko w macicy, a pomimo to, w dwóch z nich sekcyja wykazała bezcelowość doszczętnego wyluszczenia macicy, gdyby podjęta była ta ostatnia operacya, w dwóch przypadkach nawet najzapaleńsi zwolennicy tej operacyi nie stosowaliby doszczętnego wyluszczenia macicy, a więc tylko w dwóch przypadkach operacya wspomniana mogłaby być zastosowana.

Następnie T. zestawia 36 przypadków z literatury, z których 15 były uwieńczone zejściem pomyślnem, co poniekąd przemawia za operacyą omawianą. Jeżeli jednak wziąć pod uwagę tą okoliczność, że często nadzwyczaj ciężkie i, zdaje się, stracone przypadki wyleczone zostają dzięki terapii wyczekującej (przepłukiwania wewnątrzmaciczne, nalewka jodowa, skrobanie, lód, zimne kąpiele, wstrzykiwania terpentyny, surowica przeciwpaciorkowcowa, wyskok), a dalej, że rokowanie pewne nie jest możliwe, T. przeto mniema, że doszczętne wyluszczenie

macicy ocala, być może, niektóre chore, więcej atoli gubi, i przytem takie, które mogłyby być wyleczone bez operacyi, pomijając już nawet następczą bezpłodność wielu młodych kobiet.

Na podstawie wyżej wyrażonych rozumowań T. określa swe stanowisko w następujący sposób:

Zwykle metody leczenia zakażenia miejscowego macicy w położu są celowe i skuteczne.

W niektórych przypadkach wyluszczenie macicy może być wyjątkowo dokonane ze skutkiem, wszakże wskazanie do tej operacyi powinno być zrobione po ścisłym klinicznym badaniu i po wszechstronnem rozważeniu wszystkich danych za i przeciw operacyi. Ci, jednak, co operują często w przypadkach gorączki położowej, dokonywają tej operacyi zbyt wiele.

Th. TUFFIER (Paryż). Z anatomo-patologicznego punktu widzenia niewątpliwie istnieją cierpienia, które wymagają stosowania doszczętnego wyluszczenia macicy, aczkolwiek rzadko choroby te pochodzą skutkiem zakażenia położowego. Z klinicznego punktu widzenia nie posiadamy jednak ani jednego objawu patognomonicznego, który możnaby było przyjąć jako wskazanie do zabiegu operacyjnego; jedynie ogólny obraz chorobowy może stanowić o wskazaniu do operacyi. Jeżeli w przypadku posocznicy po porodzie i poronieniu nie znajdujemy zmian patologicznych, objaśniających gorączkę położową, ani w narządach płciowych zewnętrznych, ani też w innych narządach ustroju, a zwykle zabiegi lecznicze (przeplukiwania wewnątrzmaciczne, skrobanie, surowica) pozostały bez skutku, jeżeli przytem przydatki i otrzewna nie dotknięte są zmianami chorobowymi, natomiast macica jest wielka i wiotka, odchody są nadmiernie cuchnące, ogólny stan chorej — ciężki, wtedy doszczętne wyluszczenie macicy powinno być wykonane, ponieważ wtedy mamy do czynienia z zatrzymaniem łożyska albo z rozkładającym się mięśniakiem, albo *metritis dissecans*.

Najtrudniejszą pozostaje kwestya określenia czasu operacyi: „Operowanie przedczesne jest zbrodnią, zbyt późne jest bezcelowe“. Co się tyczy rodzaju operacyi, T. przemawia za drogą brzuszną w przypadkach świeżych, za pochwową w przypadkach przewlekłych, albowiem przewiązanie naczyń i opanowanie krwotoku jest trudne w krótkim czasie po porodzie skutkiem wiotkości miękkich części kanału rodnegó i obfitości naczyń w tym razie, kiedy operujemy drogą pochwową.

W. A. FREUND (Berlin) powtarza dawniej już wyrażone poglądy, a mianowicie: doszczętne wyluszczenie macicy powinno być dokonane, po pierwsze, w przypadkach całkowitego lub częściowego zatrzymania łożyska, kiedy zabiegi, dążące do opróżnienia macicy na drodze naturalnej, zostają bezskuteczne; po drugie, w przypadkach, w których występują objawy zapalenia macicy na tle ropniczym po poronieniach sztucznych (kryminalnych) lub przeprowadzonych nieaseptycznie. W tych razach należałoby wycinać odpowiednio więzadło szerokie i żyłę nasienną wewnętrzną. W późniejszych okresach gorączki położowej posocznicznej, kiedy zajęte zostały naczynia chłonne, i rozwinęła się ropnica, doszczętne wyluszczenie macicy nie powinno być dokonywane.

C. D. DOLÉRIS (Paryż) jest zdania, że operacya tylko wtedy powinna być przedsiębrana, kiedy ze względu na długotrwałość cierpienia należy przypuszczać, że macica jest jedynem ogniskiem zakażenia, a leczenie zwykle pozostało bez skutku.

W. J. SINCLAIR (Manchester) dokonywał doszczętnego wyluszczenia macicy e wszystkich przypadkach, w których stosowanie surowicy pozostało bez skutku, aczkolwiek rezultaty nie były zachęcające. W jednym przypadku, który S. uważał za stracony, chora wyzdrowiała po operacji, cztery jednak inne zakończyły się śmiercią. Zła strona leczenia operacyjnego polega na tem, że wybrać właściwy czas dla operacji jest zawsze trudno; zabieg operacyjny niekiedy powinien być wykonany niezmiernie szybko, dzięki czemu brakuje czasu na dokonanie badania bakteryologicznego. S. przeto staje na punkcie czysto negatywnym i wyraża nadzieję, że podobny pogląd będzie przyjęty przez zjazd, a to w celu ukrócenia zapędu do zabiegów operacyjnych.

R. PICHEWIN (Paryż) uważa, że wyluszczenie macicy jest wskazane w gorączce połogowej ale tylko wtedy, kiedy macica uległa ciężkim zmianom chorobowym (zgorzel, ropień); tego rodzaju przypadki wszakże nie zdarzają się często, i rozpoznanie ich nie jest łatwe. W każdym przypadku gorączki połogowej należy dokładnie określić rodzaj i miejsce choroby, o ile jest miejscowem cierpieniem, a przy zapaleniu okołomacicznem ropnem dokonać nacięcia we właściwem miejscu (*perimetritis et peritonitis purulenta*).

J. HOFBAUER (Wiedeń). Ze względu na trudności, jakie się następują przy stawianiu wskazań do zabiegów operacyjnych przy posocznicy połogowej, ogólne metody lecznicze nabierają większego znaczenia. H. mówi o doświadczeniach, podjętych w klin. prof. SCHAUTA'y, z nukleiną. W 12 przypadkach, gdzie ją stosowano, otrzymano 11, uzdrowień. Działanie nukleiny opiera się na powinowactwie swoistem tego ciała ze szpikiem kostnym, jako miejscem przebywania i powstawania ciał, uodparniających ustrój. Wiadomy jest wpływ szpiku kostnego na tworzenie się krwi i bóle kości. Wzmoczona i wzbudzona leukocytoza działa głównie jako źródło aleksyn.

W ostatnich czasach weszły w użycie wlewania w umiarkowanej ilości soli kuchennej, podejmowane w tem mniemaniu, że w ten sposób uda się utrzymać na właściwej wysokości zawartość soli w surowicy krwi.

ZWEIFEL podziela najzupełniej opinię LEOPOLD'a, że zestawienie przypadków wyluszczenia macicy z powodu gorączki połogowej nie jest wcale zachęcające, jeżeli o dodatnich rezultatach tej operacji mowy być nie może. Z. przypomina jeszcze drugie twierdzenie LEOPOLD'a, że otwarcie jamy brzusznej przy zapaleniu otrzewny połogowem nie zostało również uwieńczone pomyślnym skutkiem, i znane są tylko dwa przypadki, w których chore wyzdrowiały. Należy przytem podkreślić fakt, że dwa te przypadki są jedyne, które ogłoszono, i o których wiemy, że zakończyły się pomyślnie po dokonaniu cięcia brzuszego przy rozlanem, ostrem połogowem zapaleniu otrzewny. Ponieważ niezmiernie ważnem jest, o ile w tych dwóch przypadkach przyczyną zapalenia otrzewny były paciorkowce, a nie gonokoki, należałoby w danych przypadkach kwestyę stanowczo rozstrzygnąć. O ile jednak Z. przypomina sobie te przypadki, paciorkowce były tylko prawdopodobną przyczyną zapalenia otrzewny, ściśle bowiem badanie bakteryologiczne nie było przeprowadzone.

Możnaby było wymienić cały szereg t. zw. zapaleń otrzewny pochodzenia połogowego, które powinnyby były być uleczone przez otwarcie jamy brzusznej; zalecanie jednak operacji w tych przypadkach nie wytrzymuje krytyki ze względu na to, że chodzi tutaj o otorbione zbiorniki ropy. Z tego powodu mówca chciałby przypomnieć również operacye na żyłach, które podjęli FREUND, BUMM i TRENDELENBURG w żyłno-zakrzepowej postaci gorączki połogowej, Przez prze-

wiązanie żyły nasiennej i podłędźwiowej (*hypogastrica*) z jednej strony udało się TRENDELENBURG'owi uratować jedną chorą z trzech operowanych.

Naturalnem się wydaje, że tego rodzaju podnieta pobudza do nowych prób. Mówca wszakże powtarza to, co już wypowiedział w Lipsku na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego, że z powodu trudności określenia miejsca zakrzepu żyłnego należałoby operować nie zewnątrzotrzewnowo, ale zaotrzewnowo (*transperitoneal*). Kiedy bowiem TRENDELENBURG przewiązał żyłę nasienną z prawej strony, w której przypuszczał istnienie zakrzepu, co stwierdziła operacja, a chora gorączkować nie przestała, i dreszcze nie ustąpiły, zmuszony był przewiązać i *v. hypogastrica*, obydwie żyły przytem przewiązał zewnątrzotrzewnowo.

W swym własnym przypadku mówca operował zaotrzewnowo i był zdumiony łatwością zabiegu: żyłę nasienną Z. przewiązał na wysokości żyły nerkowej lewej po odłuszczeniu otrzewny. *V. hypogastrica* była wolna od zakrzepu. Wszakże niezmiernie było łatwem przeoczyć umiejscowienie zakrzepu w żyłę nasiennej lewej, która była nadzwyczaj obrzmiała i przebiegała w obrzękłej tkance łącznej.

Jeżeli, jak się zdaje, istnieje pewna skłonność do tworzenia się zakrzepu w początku choroby w żyłę nasiennej, mówca może to objaśnić tem, że w małej miednicy wykazać się daje stały ucisk na żyły miednicy przez napierającą na nie macicę. Dzięki tej okoliczności, żyły miednicy opróżniają się szybko, a krew w żyłach nasiennych płynie wolniej. Nawet z prawej strony, gdzie nie było zakrzepu, można było wykryć zadziwiającą różnicę między przepelnieniem żyły nasiennej a żyłami miednicy.

Samo przewiązanie żyły nasiennej nie usuwa nawrotów gorączki i dreszczów. Mówca chciał zdjąć szew po kilku dniach i wyluszczyć skrzep wraz ze zmienioną chorobowo żyłą. Różne jednak okoliczności zewnętrzne, jak opór chorej i t. p., przeszkodziły dokonaniu zamiaru. Jest zupełnie pewnem, że zabieg ten jest łatwy i możliwy przy zamkniętej jamie brzusznej, jeżeli przypadek przedstawia się tak, jak wspomniany. Plan operacji polega na tem, aby przewiązać żyłę po nad skrzepem, następnie odłuszczyć na tępo za pomocą palca wszystkie naczynia pod więzadłem okrągłym macicy i po przewiązaniu i nałożeniu kleszczyków wyluszczyć splot cały naczyń, nie otwierając ich wcale. W ten sposób wyluszczamy jednocześnie jajnik i jajowód wraz z żyłą nasienną. Gdyby i żyła podłędźwiowa (*hypogastrica*) zamknięta była przez zakrzep, powinna być również wycięta po podwójnem przewiązaniu, do jamy brzusznej należy od dołu założyć sączek, rana zaś od góry powinna być zaszyta.

Z tego wynika, że Z. uważa za konieczne nie tylko przewiązanie, ale i wyluszczenie żył zawierających zakrzep, albowiem samo przewiązanie nie ochrania od zanieśienia zakażenia drogą wsteczną do naczyń krwionośnych. Łatwo zrozumieć, że zabieg ten nie jest w stanie wyleczyć wszystkich chorych; pierwsze jednak nieudane próby nie mogą zrażać i nie powinny, jeżeli choroba omawiana daje 50—60% śmiertelność przy stosowaniu środków wewnętrznych (antypiryna).

Samo przez się się rozumie, że mogą zdarzyć się przypadki, w których choroba posunęła się zbyt daleko, np. gdy napotkamy skrzepy, sięgające żyły podłędźwiowej wspólnej (*v. iliaca comm.*). Wtedy, oczywiście, cięcie brzuszne byłoby najprostszym i najwłaściwszym zabiegiem operacyjnym, aby można było szybko rozpoznać zakres rozprzestrzenienia sprawy chorobowej i przerwać operację, gdyby okazała się szkodliwą. Pewnem wszakże będzie, że żaden z przypadków choroby omawianej (*phlebitis*) nie zakończy się śmiertelnie z powodu cięcia brzuszego.

A. PINARD (Paryż) dzieli mówców na dwa szeregi: do jednego należą aku-
szerowie, którzy są przeciw operacji, do drugiego chirurdu-ginekologowie,
którzy są za operacją. Co się tyczy P., to on uznaje tylko następujące wskaza-
nia: zatrzymanie rozkładającego się łożyska, rozkładające się mięśniaki i prze-
dziurawienie macicy. Różniczkowe rozpoznawanie zakażenia i zatrucia nie mo-
że mieć znaczenia, ponieważ nie posiada pewnych znaków symptomatycznych
ani klinicznych, ani bakteryologicznych. P. jest stanowczo przeciwny operacji
która powinna być dokonywana jedynie po ścisłym ustaleniu danych badania
bakteryologicznego.

T. LA TORRE (Rzym) przemawia gorąco za łyżeczkowaniem. Zabieg ten
jednak powinien być dokonany energicznie, a niekiedy niejednokrotnie. L. ogło-
sił przypadek, w którym musiał powtórzyć łyżeczkowanie 15 razy, a oprócz tego
przedstawił 4 kobiety, które skrobał od 4 do 6 razy (do spadku ciepłoty) z jaknaj-
lepszym skutkiem. Co się zaś tyczy wyłuszczenia macicy, operację tę uważa
jako *ultimum refugium*.

(D. n.)

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= DAVIS opisuje przypadek zniknię-
cia wola po usunięciu wyrosły adeno-
idalnych u 18-letniej śpiewaczki. Wole
trwało 4 lata. Przypadek niniejszy ma
podobieństwo z opisanymi przez EICH-
HORST'a przypadkami znikania choroby
BASEDOW'a po usunięciu obrzemię w no-
sie. (D. M. Zg. 80. 1902).

= Rozpatrując kwestję chloroformo-
wania chorych na serce, HUCHARD
wyraża zdanie, iż żadne cierpienie ser-
ca, dopóki nie przejawia się przypadło-
ściami chorobowemi, nie stanowi prze-
ciwwskazania do użycia chloroformu.
Na 100 zejść śmiertelnych od chloro-
formu zaledwo w 10 wskazać można
serce jako przyczynę śmierci. Przy ok-
reślaniu przyczyny śmierci podczas
usypiania, należy mieć 3 czynniki na
uwadze: sam chloroform, usypiającego
i usypianego. Szczególnej pieczy wy-
magają chorzy nerwowi, o bardzo wy-
raźnej i łatwej pobudliwości. Nie po-
siadamy jeszcze dostatecznych danych,
któreby przemawiały za wyższością
eteru; lecz usypianie eterem stanowczo
jest wzbronione u chorych na płuca.
Autor jest zdania, iż czysty chloroform,
przy umiejętnem tegoż zastosowaniu
u dobrze przygotowanego chorego
nigdy prawie nie powoduje zejścia
śmiertelnego. (Bull. d'Acad. de med.
20. 1902).

= MEISELS, oceniając rozmaite środ-
ki, rozpuszczające kwas moczowy, do-
szedł do wniosków następujących: 1)

urotropina w ilości 1—1,5 dziennie nie
wywiera żadnego szczególnego wpływu
i równa się wodzie przekroplonej, któ-
ra przy 39° rozpuścić jest w stanie 26%
kwasu moczowego; 2) winian i chlorek
piperydyny rozpuszczają 24—28%; 3) li-
zydyna — rozpuszcza kwas moczowy
w dość znacznym stopniu; 4) sidonal
rozpuszcza do 33%; 5) piperazyna działa
najskuteczniej, gdyż rozpuszcza do
71,5%. (Pester med. chir. Presse. 12. 02).

= JACOBI badał u 35 chorych na ty-
fus mocz na obecność laseczników swo-
istych; z tych u 7 otrzymał wynik do-
datni 30 razy. Mocz tych ostatnich cho-
rych zawierał białko, a zatem były
zmiany w nerkach. Mocz taki bywa
mętny, i to tem bardziej, im więcej za-
wiera laseczników. J. znajdował je mię-
dzy 8-ym a 22-im dniem choroby, naj-
częściej w okresie gorączki stałej, po
zjawieniu się różyczki. Istnieje związek
prosty między natężeniem wysypki
i bakteryomoczem; w ciężkich przypad-
kach ten ostatni bywa częstszy. Lase-
czniki pojawiają się zaledwo w $\frac{1}{4}$ wszy-
stkich przypadków tyfusu, więc objaw
ten nie posiada wielkiej wartości rozpo-
znawczej. (D. Arch. f. klin. Med. T. 72).

= Zdaniem SCHEGER'a przetwory sali-
cyłowe wpływają ujemnie na pierwia-
stki nerwowe narządów słuchu i wzroku,
niekiedy po małych nawet dawkach.
Być może, iż zjawisko to powstaje skut-
kiem utrudnionego nieraz wydalania
owych przetworów przy nieprawidłó-

wej czynności nerek, co wywołuje t.zw. działanie zbiorowe (kumulacyjne). Wpływ leczniczy salicylu składa się z 2 momentów: przeciwnilnego i przeciwgorączkowego, a ten ostatni drogą nacynioruchową może być bodźcem do powstawania szeregu chorób następujących w uchu wewnętrznym. Autor stwierdził u zwierząt bezpośredni związek między użyciem salicylu a wylewami krwawymi w błędniku. Z tego względu zaleca zastąpienie salicylu innymi przetworami: antypiryną, fenacetyną, aspiryną, salipiryną, salofenem, salolem, które ubocznych zjawisk nie powodują. W razie cierpienia narządu słuchowego radzi stosować leczenie przeciwzapalne, wdmuchiwanie 2% roztworów soli kuchennej, użycie wewnętrzne jodku potasu. (Wiener med. Presse. 22. 1902).

= KRATTER (Graz) na zasadzie prac, dokonanych w jego instytucie przez d-ra OKAMOTO (Tokio), przestrzega przed

zbyt pośpiesznem stosowaniem serodyagnostyki krwi do spraw sądowych. Opiera się ona, jak wiadomo, na spostrzeżeniach, że gdy zwierzęciu przez dłuższy czas zastrzykiwać krew innego zwierzęcia lub człowieka, to surowica pierwszego daje osad jedynie z krwią takiego zwierzęcia (człowieka) (WASSERMAN, SCHUETZE, UHLENHUTH). Z badań OKAMOTO wynika: $\frac{1}{7}$ część prób ludzkiej krwi dała wynik ujemny, $\frac{1}{11}$ część przypadków mogła być mylnie za ludzką krew przyjęta, w samej surowicy nieraz prędko tworzy się osad, o mawiana próba dotyczy właściwie jedynie białka ludzkiego, a nie wyłącznie krwi — a zatem nasienia, moczu białkowego, przesięku i t. p. Autor przytacza nader odpowiedzialny a powszechnie znany proces HILSNER'a, w którym podanej badaniu plamy nie uznał za krew, a czeski wydział lekarski zdanie to potwierdził. (Deut. med. Woch. 44. 1902).

L.

-- Zmarli. SOBIERAŃSKI Wacław, prof. farmakologii we Lwowie w 42 roku życia. Obszerniejszy życiorys przedwcześnie zgasłego uczonego podamy w jednym z najbliższych numerów „Medycyny”.

— TYMOWSKI Jan zmarł w Paryżu w 51 roku życia. Zmarły znany był rodakom naszym, odwiedzającym dla poratowania zdrowia Rivierę, czytelnicy „Medycyny“ zaś w latach dawniejszych mieli sposobność niejednokrotnie spotykać się z nazwiskiem Jego na łamach naszego pisma.

— LANDOIS, słynny profesor fizjologii w Greifswaldzie, autor znanego powszechnie podręcznika.

— NICOLADONI, znany chirurg, prof. uniwersytetu w Innsbruku.

OD ADMINISTRACYI.

Uprasza się Sz. Prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok 1903 i o uregulowanie zaległych rachunków.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów prospekt „Przeglądu filozoficznego“ i „Czasopisma lekarskiego“. Dla prenumeratorów zagranicznych i prowincjonalnych prospekt „Wędrowca“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доволено Цензурою Варшава, 5 Декабря 1902 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

SANATOGEN

Środek wzmacniający.

Zupełnie nie drażni.

Działanie tonizujące.

Panom lekarzom wysyła próby i broszury
bezpłatnie. Reprezentant **St. Karczewski**
Senatorska 4.

Fabrykanci: **Bauer i S-ka,**
Berlin, S. W. 48.

ZAKŁAD LECZNICZY

Dr. Med. Z. Dmochowskiego i A. Kuczyńskiego

DLA CHORYCH

NA KRTAŃ, GARDŁO, NOS I USZY.

Chmielna Nr. 17.

Przyjęcie chorych na gardło i nos od 9—10 r. i od 3—5 pp.
Chorych na uszy od 12—2 pp.

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 utrzym., lekarstwa leczenie, i t. d.

Pracownia analityczno-lekarska

Dr-a Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółtkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyferytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Zakład Leczniczy dla chorych

NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Chmielna 25.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 11—1.

Sól żelaza, łatwo przyswajalna

przygotowana przez **M. ROBIN'A.**

Żelazo Robin'a skutecznie działa przeciwko anemii, blednicy

Pobudza odżywianie i nie wywołuje nigdy zaparcia. Środek ten pozbawiony jest wszelkiego smaku; przyjmuje się 2 razy dziennie po 10 do 30 kropeł podczas jedzenia w małej ilości wody lub wina.

Każdy flakon wystarczy na 3 tygodnie do miesiąca.

Sprzedaż w aptekach.

Próbne flakony wysyła pp. lekarzom na żądanie reprezentant

Władysław Hoffman.

Warszawa, Królewska 20 Telefonu 2114.

1) Tampony ginekologiczne na nitkach po 10 sztuk
2) Ligatury

**Składy Główne materiałów
opatrunkowych**

**Sterylizowanych
z Pracowni D-ra Bo-
rzymowskiego**

w Warszawie: 1) Solna 17 m. 5. Pracownia Sterylicacyjna
2) Towarzystwo Akc. Handlu Towar. Aptecz. dawniej zjednoczeni Aptekarze i Ludwik Spiess i Syn Senatorska Nr. 24. Telefon. Nr. 610.

w Łodzi: 1) Piotrkowska Nr. 11 (Spiess).
w Lublinie: Skład Apteczny W-go Magierskiego.
w Siedlcach: Apteka W-go Skowrońskiego.
w Kielcach: Apteka W-go Wierzbęty.
w Kaliszu: Apteka W-go Rybickiego.

6) Gaza jodoformowa po 0,25; 0,5 i 1 m. 7) Bandaże 5—10—20 ctm. sześć. 6 m. dług.

5) Opatrunki chirurgiczne i ginekologiczne

3) Wata po 10; 25; 50; 100; 200; 400 grm. 4) Gaza hygroskopijna po 0,5 i 1 m

GLICEROFOSFAT ROBIN'A

ziarnisty

glicerofosfat wapnia i sody

Używany w szpitalach paryskich.

Bardzo przyjemny w smaku; używa się rozpuszczony w wodzie lub mleku. Dla diabetyków przygotowany bywa w formie pastylek prasowanych.

Sprzedaż w aptekach.

Sanatorium, dla chorych piersiowych **W ZAKOPANEM**

pod kierunkiem D-ra Kazimierza Dłuskiego

1050 m. nad poziom. morza. Wszystkie pokoje i obszerna leżalnia zwrócone na południe. Oświetlenie elektryczne. Ogrzewanie centralne. Kanalizacja. Windy. Kąpiele. Natryski. Pralnia parowa i dezynfekcja. Poczta, telegraf i telefon w Zakładzie. Własne powozy na zamówienie.

Prospekty na żądanie franko.

Przyjmuje się chorych od 1 Listopada 1902 r.

Adres: Dr Kazimierz Dłuski. Zakopane.

CHEMICZNA FABRYKA VON HEYDEN RADEBEUL-DREZNO.

CREOSOTAL i DUOTAL, najskuteczniejsze środki przy gruźlicy płuc i zapaleniu oskrzeli. Creosotal „Heyden“ i Duotal „Heyden“ posiadają własności lecznicze guajakolu i kreozotu, i pozbawione jednocześnie nieprzyjemnego ubocznego działania żołądka i kiszki. Po ich użyciu nie bywa rozwolnienia, nudności i wymiotów. W wysokim stopniu pobudzają apetyt, zwiększają wagę i poprawiają ogólny stan chorych. Duotal „Heyden“ dzięki temu że nie posiada żadnego zapachu i smaku, chętnie przyjmują najwrażliwsi chorzy i dobrze go znoszą (Porów. „Berliner Charité-Annalen 1897“, Ziemssen's Annalen der Münchener Krankenhäuser 1896“ i t. d.

COLLARGOLUM (rozpuszczone w wodzie Crede'go połączenie srebra) wskazane przy lymphangitach, flegmonach, wszystkich chorobach septycznych (czystych i mieszanych). Stosuje się jako maść (Unguentum Credé) do wcierań, w roztworze do wstrzykiwań żylnych i do wewnątrz, itd.

ITROL silny środek antyseptyczny, niedrażniący, pozbawiony zapachu, nietrujący preparat srebra do leczenia ran podług Crede'go, do leczenia oczów, chorób pęcherza i chorób organów płciowych.

CRYSTALLOSE. Ulepszony, zupełnie nieszkodliwy, łatwo rozpuszczalny środek słodki w postaci kryształów; zupełnie czysty i wyborowego smaku słodkiego, i dla tego stosowny dla diabetyków, chorych na żołądek itd.

Przedstawiciel na Królestwo Polskie:

LUDWIK FREIDER, WARSZAWA, LESZNO 60.

Literaturę wysyła się bezpłatnie.

Pierwsze Przedsiębiorstwo **DEZYNFEKCYJ MIESZKAŃ I RZECZY**

z bakteriologicznym badaniem prowizora farmacyi

Jana Zawadzkiego

— **33 Mokotowska 33** — **2100 Telefon 2100** —

Dezynfekcja mieszkań trwa 5 godzin. Za każde 80 metrów sześciennych przestrzeni liczy się rb. 5