

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 2.

Warszawa d. 8 Stycznia 1910 r.

Rok XLV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop. — Z przesyłką } rocznie . . . rb. 8 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3 „ 50 pocztową } półrocznie „ 4 „ —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ. Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie i na stronicach między tekstem kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny i Kroniki lekarskiej“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourcy 46 Boulevard Barbès 46.

Adres Redakcyi i Administracyi, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel. 37,92.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O recydywach po operacyjnem leczeniu kamicy żółciowej, przez d-ra S. Mintza. (Dok). — W sprawie chromania przestankowego, podał S. Goldflam. (Dok). — STRESZCZENIA. *Akuszerya i choroby kobiet*. 4. Rieländer. Sposób Momburga wywołania bezkrwistości (Blutleere) w położnictwie. — 5. F. Weber. Zastosowanie bezkrwistości sposobem Momburga w położnictwie. — 6. W. D. Brant. Przyczynę do rozwoju komórek doczesnej poza macicą podczas ziaży. — 7. Prof. W. Stroganow. Leczenie drgawek poporodowych metodą zapobiegawczą w klinikach Wiedeńskich. — *Choroby skóry*. 8. W. Dubreuille i G. Petges. Rozwój nabłoniaków w następstwie toczni rumieniowatych. — 9. Desmauliere i Lafay. W jaki sposób można bez dodatków środków znieczulających zwiększyć znośliwość zastrzykiwań rozpuszczalnych związków rtęciowych. — *Chirurgia*. 10. Walther. Odkazanie skóry nalewką jodową (tinct. jodii). — Z TOWARZYSTW LEKARSKICH ZAGRANICZNYCH. — Notatki terapeutyczne. — WIADOMOSCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

O recydywach po operacyjnem leczeniu kamicy żółciowej.

Rzecz czytana na posiedzeniu gastrologicznem dnia 20 października 1909 roku

przez

D-ra S. Mintza.

(Dokończenie—Zob. Nr. 1).

Rozpoznanie cierpień trzustki ma niewątpliwie ważne znaczenie, ale dotąd, niestety, niema pewnych objawów klinicznych,

przedmiotowych lub podmiotowych, na których rozpoznanie to mogłoby się oprzeć. Objawy są przeważnie te same, co w cierpieniach dróg żółciowych (ból, gorączka, żółtaczka etc.), te zaś objawy, które możnaby użytkować dla rozpoznania różniczkowego (częste wymioty, rozwolnienie, szybkie chudnięcie), są niestałe i występują dość rzadko. Wobec tego dla celów rozpoznawczych posługujemy się metodami badania, które pozwalają nam wnioskować o sprawności trzustki. Największego rozgłosu nabrała b. złożona metoda badania moczu, podana przez CAMMIDGEA. Sprzeczne są zdania klinicy-

tów o dyagnostycznej wartości próby CAMMIDGEA. Niektórzy chirurdzy, jak KEHR i MAYO ROBSON, przypisują tej metodzie ważne znaczenie rozpoznawcze, inni natomiast odmawiają tej próbie wszelkiego znaczenia. Dla KEHRA dodatni wynik próby CAMMIDGEA w przewlekłym recydującym zapaleniu pęcherzyka daje wskazanie do zabiegu chirurgicznego (59 bemerkenswerte Operationen am Gallensystem Arch. f. klin. Chir. Bd. 59). KRIENITZ (Arch. f. Verduungskrankheiten Bd. 15, H. 1) znalazł, iż w 80% wyniki próby CAMMIDGEA zgadzały się z wynikami badania trzustki podczas operacji. Próba CAMMIDGEA, jego zdaniem, oddaje chirurgom ważną przysługę, gdyż pozwala im oryentować się w cierpieniach wątroby i dróg żółciowych co do stanu trzustki.

Ujemny wynik reakcyi CAMMIDGEA ma, mojem zdaniem, większe znaczenie dyagnostyczne, niż wynik dodatni, który otrzymuje się w wielu innych sprawach chorobowych. Pobieźnie jeszcze wspomnę, iż w celu rozpoznania cierpienia trzustki używane są metody, polegające na badaniu trypsyny w wypróżnieniach (metoda MÜLLERA z płytkami, metoda kazeinowa GROSSA) i w zawartości żołądka przez otrzymywanie soku trzustkowego za pomocą wlewania oliwy do żołądka — metoda BALDYREFFA i VOLHARDA — albo też przez bezpośrednie zdobywanie soku trzustkowego za pomocą przyrządu EINHORNA t. zw. Duodenaleimmerchen (Eine neue Methode die Permeabilität des Pylorus zu prüfen und ein Versuch die Pancreassecretion direct zu schätzen. Arch. f. Verdaungskrankheiten Bd. 15. H. 2).

Wracając do naszego przypadku, sędzę, że przebieg kliniczny w okresie pooperacyjnym nie pozostawia wątpliwości, że mamy przedewszystkiem przed sobą recydywę kamicy żółciowej. Charakter bólów, wahanía gorączkowe i żółtaczka przemawiają prze-

ciw zrostom pooperacyjnym. Nie mamy tu również do czynienia z samoistnem zakażeniem dróg żółciowych, t. j. z cholangioitem bez kamieni, albowiem przeczą temu długotrwałość żółtaczki i zjawianie się uporczywych bólów nieraz bez gorączki. Od czasu do czasu występuje *cholangitis*, ale li tylko jako powikłanie podstawowego cierpienia, t. j. kamicy przewodu wspólnego. Dalej brak objawów, które budziłyby podejrzenie co do *pancreatitis chronica*. Chora ani schudła, ani też niema wymiotów lub rozwolnienia. Wreszcie próba CAMMIDGEA, wykonana przez kolegę MALINIAKA, dała wynik ujemny. Tu nie może być dwóch zdań co do przyczyny późniejszych ataków kolki wątrobowej. Bóle napadowe w naszym przypadku zależą niewątpliwie od nawrotu kamicy żółciowej. Nadto sędzę, iż u d-rowej A. mamy do czynienia z prawdziwym nawrotem, t. j. z ponownem tworzeniem się złożeń w wewnątrzwątrobowych rozgałęzieniach przewodu wątrobowego (*Cholelithiasis intrahepatica*), albowiem trudno w danym przypadku tłomaczyć nawroty pozostawieniem przez chirurga kamyków w drogach żółciowych, skoro po dokonanej cystektomii i choledochotomii chora przeszło rok czuła się zupełnie dobrze i żadnych dolegliwości nie miała, ani bólów, ani też wahań gorączkowych. Na zasadzie więc wyżej przytoczonych danych można przyjąć z wielkiem prawdopodobieństwem, iż u d-rowej A. mamy prawdziwy nawrót kamicy.

Drugi przypadek dotyczy jednego z tuższych kolegów, 32-letniego d-ra D. Pacjent pochodzi ze zdrowej rodziny, poważniejszych chorób nie przechodził, z wyjątkiem lekkiego zapalenia wyrostka robaczkowego przed 11 laty. Objawy kamicy żółciowej od lat 7-iu. W pierwszych latach choroby napady powtarzały się w większych odstępach czasu bez żółtaczki i bez gorączki, dopiero od 2 lat napady występują czę-

ciej, trwają krócej, i prawie zawsze towarzyszą im dreszcze, gorączka i żółtaczka. Nadto występuje lekka glycosuria (0,2—0,5 proc.).

Rozpoznavszy u kolegi D. przewlekłe zatkanie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego, przekonywałem go często o potrzebie interwencji chirurgicznej. Pacjent długo się wahał, próbował leczenia wodami karlsbadzkimi u źródła, nareszcie po bardzo silnym napadzie w dniu 19 kwietnia zeszłego roku uległ konieczności. Przy operacji, wykonanej 24 kwietnia przez prof. KOERTEGO, znaleziono otoczony zrostami mocno rozdęty pęcherzyk żółciowy, zawierający gaz i cuchnącą żółć, w której późniejsze badanie bakteryologiczne wykazało obecność laseczników okrężnicy. Żółć w przewodzie wspólnym również była mętna. Badanie za pomocą sondy, kleszczyków i łyżeczki nie wykazało obecności kamieni ani w pęcherzyku, ani w przewodzie. Operacja polegała na wycięciu pęcherzyka i przewodu pęcherzykowego i na Hepaticusdrainage. Przez śluzeczkę, wprowadzony do przewodu wątrobowego, wydzielala się swobodnie żółć, która wkrótce stała się zupełnie przezroczystą. Na 8-my dzień po operacji dren wysliznął się z przewodu wątrobowego, i nie udało się powtórnie go wprowadzić. W 4 tygodnie po operacji żółć zupełnie przestała z rany wypływać. Rana szybko się zagoiła.

Atoli niedługo kolega nasz cieszył się odzyskanem zdrowiem. Już w końcu sierpnia po jakimś błędzie dyetetycznym wystąpiły u niego objawy ostrego nieżytu żołądka i kiszek wraz z gorączką i żółtaczką. We wrześniu powtórzył się typowy napad kolki wątrobowej. Pacjent wyjechał w październiku na kilkutygodniową kurację do Karlsbadu. Podczas pobytu w Karlsbadzie chorego często trapiły napady silnego bólu, którym stale towarzyszyły gorączka i wyraźna żółtaczka.

Przekonany, iż mamy do czynienia z *choledangitis infectiosa* wskutek pozostawienia kamienia przy operacji, głosowałem za powtórna interwencją. Operację wykonał KOERTE po raz drugi w d. 19 listopada 1908 r. Po przecięciu przewodu wspólnego wylała się żółć mętna żółć. W *d. choled.* znaleziono drobne kamyki. Wykonano Hepaticusdrainage. W ciągu 4 następných tygodni przez wprowadzony dren przemywano przewód wątrobowy i wstrzykiwano oliwę.

KOERTE zalicza ten przypadek do prawdziwych recydyw. Sądze jednak, że będziemy o wiele bliżsi prawdy, jeżeli przyjmiemy, że w tym przypadku nie udało się chirurgowi usunąć podczas operacji drobnych kamyczków z przewodu wspólnego. Przypuszczenie swoje opieram na następujących danych: przede wszystkim obserwacya kliniczna przed pierwszą operacją przemawiała za obecnością kamieni w drogach żółciowych. Operacya, co prawda, wykazała tylko głębokie zmiany w ścianach pęcherzyka i obecność w niej zakażonej żółci, ale nie wykryła kamienia, jest to jednak bardzo prawdopodobne, że kamień, który dał impuls do zapalenia pęcherzyka, wysliznął się przed operacją z pęcherzyka i utkwiał w fałdach przewodu wspólnego. Przeto nie przeczę bynajmniej możliwości zakażenia pęcherzyka bez udziału kamieni, niemniej jednak sądze, iż w takich razach trzeba się liczyć z prawdopodobieństwem odejścia kamieni *per vias naturales* albo też zatrzymywania się złogów w mało dostępnej dla badania części wewnątrztrzustkowej przewodu wspólnego.

Nadto w naszym przypadku już w 4 miesiące po operacji występują napady co do umiejscowienia i charakteru zupełnie podobne do poprzednich napadów. Dodam jeszcze, że rozbiór chemiczny jednego z wy-

1) 1) 1) kamyków, wykonany przez kol. St.

MUTERMILCHA, wykazał obecność cholesteryny i bilirubinianu wapnia.

Przytoczyłem 2 przypadki nawrotów po operacyjnym leczeniu kamicy żółciowej. Nie wątpię, że obecni na posiedzeniu koledzy powiększą tę liczbę przykładami z własnej praktyki. Zabierając głos w kwestyi recydyw, nie chciałem bynajmniej zachwiać waszej wiary w celowość i doniosłość zabiegów chirurgicznych w kamicy żółciowej. Owszem, jestem zdania, że cierpienia dróg żółciowych przedstawiają teren, na którym terapeuci i chirurdzy powinni często się spotykać i wspólnie pracować. Jeszcze przed 6 laty w pracy o leczeniu kamicy żółciowej uzasadniałem ważność interwencji chirurgicznej w *cholelithiasis*. Późniejsze doświadczenie tylko utwierdziło mię w tem przekonaniu. Jeżeli jednak poruszyłem temat o recydywach, to uczyniłem to dlatego, ażebyśmy w tem gronie ocenili prawdziwą wartość przedsiębranych w kamicy żółciowej zabiegów operacyjnych i opracowali ściśle wskazania do interwencji chirurgicznej. Obecność chirurgów, mających duże doświadczenie w dziedzinie dróg żółciowych, daje mi rękojmię, że rozprawy nasze nie będą jednostronne.

Zaczerpnięty przezemnie z piśmiennictwa i z własnego doświadczenia fakt możliwości nawrotów kamicy nawet po doszczętej operacji, jaką niewątpliwie jest cystektomia, wcale nie dyskredytuje leczenia chirurgicznego. Należy bowiem zawsze pamiętać o tem, że celem chirurgicznego leczenia nie są kamienie, jako takie, lecz powodowane przez nie zmiany, ogólne i miejscowe, mianowicie zapalenia, zakażenia, owrzodzenia błony śluzowej, zwężenie i zarośnięcie przewodu pęcherzykowego, zrosty etc. Z tego punktu widzenia możliwość a nawet pewność w danym przypadku recydywy kamicy nie może nas powstrzymać od interwencji

chirurgicznej, jeżeli choremu grozi niebezpieczeństwo, jeżeli mamy przed sobą ótok ropny pęch. żółciowego albo *cholang. calcul infect.*, dla których istnieje *indicatio vitalis*. Z drugiej strony, ta sama zasada, iż zwalczamy nie kamice, lecz jej skutki, powinna ograniczać wskazania operacyjne. Należy pamiętać, że zabieg operacyjny w kamicy żółciowej daje nie tylko pewną odsetkę śmiertelności, lecz także pewną odsetkę recydyw. Nie każdy przypadek stwierdzonej kamicy żółciowej powinien być przedmiotem leczenia chirurgicznego. Pogląd RIEDELA, iż kamienie żółciowe należy usuwać, dopóki nie przeszły jeszcze do przewodów, jako zbyt krańcowy, odrzucony został przez innych chirurgów. W ostatnich latach można zauważyć powściągliwość ze strony nawet tych chirurgów, którzy dawniej, jak np. KEUR, byli wielkimi radykalistami na punkcie leczenia kamicy żółciowej. „In der Indicationsstellung zur Operation bin ich den letzten Jahren immer conservativer geworden”.

Ś. p. KRAJEWSKI zrobił nam zarzut, d-rowi REJCHMANOWI i mnie, że nasze wskazania są dla niego przeciwwskazaniami, zarzut, śmiem twierdzić, wcale niesłuszny, albowiem, zestawiając opracowane przeze mnie wskazania operacyjne ze wskazaniami chirurgów, łatwo można się przekonać, iż nie stoją one bynajmniej w sprzeczności z zasadami nowoczesnej chirurgii dróg żółciowych.

Rozszerzylibym zbytnio ramy dzisiejszego odczytu i nadużylibym, Sz. Koledzy, Waszej cierpliwości, gdybym chciał wyczerpać kwestyę wskazań do operacji w kamicy żółciowej. Przez wzgląd na ważność tego przedmiotu należałoby go opracować jako samodzielny temat dla naszej sekcji. Wobec tego poprzestaną tylko na wypowiedzeniu kilku ogólnych uwag o poruszanej sprawie.

Wskazania do zabiegu operacyjnego w kamicy żółciowej dzielę na bezwzględne

i względne. Bezwzględni wskazania są tam, gdzie tylko nóż chirurga może usunąć grożące niebezpieczeństwo, jak naprz. przy ropieniu wątroby lub ropniu podprzeponowym, przy przedziurawieniu do jamy otrzewnej i przy zrostach.

Względne wskazania istnieją tam, gdzie leczenie wewnętrzne daje jeszcze mniejsze lub większe szanse. Nie należy jednak w tych razach zbyt długo ociągać się z wzywaniem pomocy chirurgicznej, aby się nie spotkać z zarzutem, że się tej pomocy wzywa zapóźno.

Ze względów praktycznych uważam za właściwe pomówić nasamprzaw o wskazaniach operacyjnych w ostrych sprawach, a dopiero później przejść do przewlekłych spraw patologicznych, wklajających kamieć żółciową.

1) **Ostre zapalenie pęcherzyka** rzadko bywa przedmiotem leczenia chirurgicznego. Każdy z nas widzi sporo przypadków ostrego zapalenia pęcherzyka, prawie zawsze kończących się wyzdrowieniem pod wpływem leczenia przeciwzapalnego. Tylko raz jeden widziałem zejście śmiertelne w ostrem zapaleniu wskutek rozprzestrzenienia się sprawy zapalnej na *peritoneum* i powstania rozlanego zapalenia otrzewny. Zazwyczaj jednak ostre zapalenie pęcherzyka kończy się pomyślnie bez interwencji chirurgicznej. Zdaniem КЕХРА, wskazana jest wczesna operacja w t. zw. *cholecystitis acutissima* НАУСЫНА, gdzie występują bardzo ciężkie objawy (wysoka gorączka i dreszcze, przyspieszone tętno, silny ból, ciężki stan ogólny, zaburzenia żołądkowo-kiszkowe).

2) **Ostre zatkanie przewodu wspólnego** należy wyłącznie do dziedziny terapii wewnętrznej.

3) *Hydrops vesicae felleae*. Z przewlekłych spraw patologicznych w pę-

cherzyku puchlina pęcherzyka żółciowego tylko wyjątkowo wymaga leczenia chirurgicznego, gdyż rzadko sprawia choremu większe dolegliwości. Natomiast wskazanie do operacji dają:

4) *Empyema vesicae* — otok ropny. Po stwierdzeniu u chorego ropnego zapalenia pęcherzyka nie należy zbyt długo zwlekać z interwencją chirurgiczną. Muszę jednak zaznaczyć, że widział niewątpliwie przypadki ropnego zapalenia pęcherzyka, w których chorzy nie zgadzali się na operację i wyzdrowieli po zastosowaniu leczenia konserwatywnego.

5) *Obstructio chronica d. choledochi*. Dotąd w moich przypadkach najczęściej zalecałem zabieg chirurgiczny w przewlekłym zatkaniu przewodu wspólnego kamieniem, nie podzielam jednak krańcowego zdania КРАЖЕВСЬКОГО (l. c. str. 45), ażeby ta postać chorobowa nadawała się wyłącznie do leczenia chirurgicznego. Terapeuci nierzadko stwierdzają pomyślne wyniki leczenia wewnętrznego, zwłaszcza leczenia wodami karlsbadzkimi nawet w bardzo uporczywych przypadkach przewlekłego zamknięcia przewodu wspólnego kamieniem. Jeżeli brak wahań gorączkowych, to wolno stosować leczenie konserwatywne w ciągu kilku miesięcy, jeżeli natomiast przy obecności kamienia w przewodzie żółciowym wspólnym występują objawy ropnego lub septycznego zapalenia (*fièvre intermittente* CHARCOTA), to dłużej nad kilka tygodni nie należy zwlekać z operacją.

6) **Przewlekłe, często powtarzające się zapalenie pęcherzyka** (*Chronische recidivirende Cholecystitis*), niewątpliwie najczęściej przez nas, terapeutów, spostrzegane powikłanie kamicy żółciowej, przedstawia właściwie szereg obostrzeń sprawy zapalnej w pęcherzyku. Za uzasadnione uważam wskazania opera-

cyjne, opracowane dla tej postaci przez KEHRA (Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit r. 1906). Dla niego istnieje w tej postaci przede wszystkim wskazanie socyalne. Zdaniem KEHRA, operację należy zalecać ludziom niezamożnym, którym nie stać na długą kurację, i którym częste napady przeszkadzają w zajęciu zawodem, natomiast ludzi, którym nie zbywa na środkach materialnych, i którzy się nie zajmują pracą fizyczną, mogą sami decydować o operacji.

Wskazany jest również zabieg operacyjny w przypadkach recydującego zapalenia pęcherzyka, w których sprawność trzustki jest znacznie upośledzona.

Z powyższego wynika, że wskazania operacyjne w kamicy żółciowej redukują się do otoku ropnego pęcherzyka i do przewlekłego zatkania kamieniem przewodu wspólnego, nadto z pewnemi zastrzeżeniami do przewlekłego (surowiczego) zapalenia pęcherzyka.

W sprawie chromania przestankowego.

Podał

S. Goldflam.

Wedle odczytu na I-m Zjeździe neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Warszawie
12. X. 09.

(Dokończenie—Zob. Nr. 1).

OPPENHEIM doszedł do swego twierdzenia na zasadzie przypadku, „w którym cierpienie trwa już lat 15, pomimo że dotąd nie rozwinęły się ciężkie skutki zamknięcia światła

naczyniowego”. Przypadki takie są jednak powszednie dla każdego, kto rozporządza większym materiałem chromania prz. Są to te właśnie, w których zmiany naczyniowe nie doprowadziły jeszcze do zupełnej obliteracji; boć brak tętna nie jest koniecznym dowodem tej ostatniej, na co i ERB zwraca uwagę, i bardzo dobrze pogodzić się daje z istnieniem bardzo wąskiego światła z cienkim strumieniem krwi, który jednak wystarcza do zachowania odżywiania i krążenia w stanie spokoju; ma to właśnie miejsce w chromaniu przestankowym, w którym naczynia są zazwyczaj cienkie i delikatne, trudno wymacalne, nawet podczas operacji trudne do odszukania (patrz niżej). Widujemy przecież osoby bez tętna w arteriach stopy (najczęściej tylko w jednej) bez najmniejszych objawów albo też jedynie z bardzo nieokreślonymi objawami ze strony dolnych kończyn. Za trwaniem choćby cienkiego strumienia krwi mówi okoliczność, że nawet w przypadkach ze stałym brakiem tętna, gdzie wszystkie objawy przemawiają rzekomo za zupełnem zatkaniem światła (zgorzel), mimo to występują zjawiska to naczyniozwiązujące, to rozszerzające. A jeszcze zaznaczyć trzeba, jak trudne i często zwodnicze jest badanie tętna na stopach, jak często odnajduje się je tam, gdzie przed chwilą po mozolnem badaniu nieobecność tętna zdawała się być faktem (wpływ zimna, chwilowe naczyniozwiązujące wpływy, zboczenia w przebiegu i t. d). Dalej należą tu przypadki, w których dotknięta jest tylko jedna tętnica, druga zaś przez lata całe podtrzymuje krążenie krwi. Jest pożądanem dla oceny tych stosunków zastosowanie czulszych metod badania, zwłaszcza tonometru wedle GAERTNERA, który bądźco bądź pozwala na głębsze wniknięcie w stosunki krążenia obwodowych części kończyn. Wreszcie trzeba przyjąć pod uwagę i rozwój anastomoz i pobocznych gałęzi, albowiem i w razie na-

Ażeby

LECZYĆ i UCHRONIĆ

się od

**KATARÓW, KASZLU, PRZEZIĘBIEN,
KATARU OSKRZELI, INFLUENZY,
ASTMY, SUCHOT, TUBERKULOZY,**

WZMOCNIĆ OSKRZELE, ŻOŁĄDEK I PŁUCA,

WYSTARCZA PRZYJMOWAĆ PO KAŻDEM JEDZENIU PO DWIE

GOUTTES LIVONIENNES

de **TROUETTE-PERRET.**

Ządać etykiety w francuskim języku i napis :

GOUTTES LIVONIENNES DE TROUETTE-PERRET

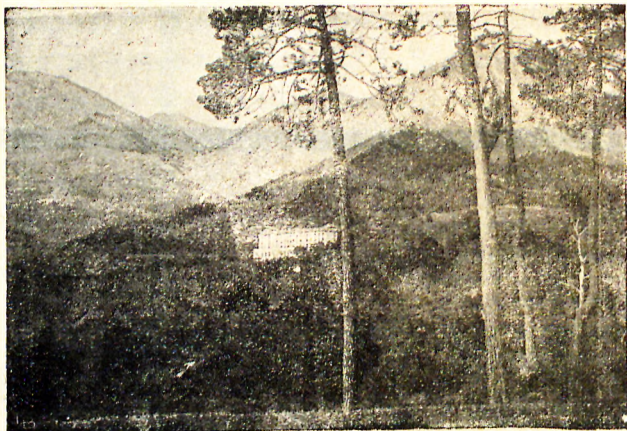
Do nabycia w aptekach i składach aptecznych. Skład Główny : Tow. Akc. Ludwik Spiess i Syn w Warszawie



Zakład Lecznicy Gorbio

pod Mentoną (Riiera)
250 m. n. p. morza położony.

Prospekty dostarcza Administracja Gorbio pod Mentoną



Dla chorych wewnętrznych, nerwowych i rekonwalescentów, w najpiękniejszej i najzdrowszej okolicy południowej Francji w pobliżu lasu i wolnej od kurzu. Kuchnia dietetyczna. Leczenie indywidualne.

Hydro i elektroterapia. Oświetlenie elektryczne. Winda. Telefon. Ogrzewanie wodą gorącą we wszystkich pokojach.

Pracownia analityczno-lekarska

O-a Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, wydzielin z narządów moczowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej. Serodyagnostyka syfilisu.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna Nr 22)
telefon 73-46 albo 44-83.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Burzyńskiego, Gromadzkiego, Gutkowskiego, Jaskłowskiego, Natanson, Ryłki, Thiemego, Tyrehowskiego i Winawera. Przyjmuje za opłatą od 2 1/2 do 6 rs. dziennie. Sala porodowa. Kąpiele Bierowskie. Elektryzacja. Elektryczne oświetlenie.

LABORATORYUM CHEMICZNO - BAKTERYOLOGICZNE

D-ra St. SERKOWSKIEGO

w Warszawie, S-to Krzyska 16, telef. 113-38.

Analizy do celów dyagnostyki lekarskiej: rozbiory szczegółowe moczu, płwocin, krwi (ogólne, mikr. i bakter.), nitek śluzowych, wydzieliny gruczołu krokowego, nalotów błonicych, zawartości żołądkowej, włosów, płynu mózgowego, wysięków i t. p.

REAKCYA WASSERMANN (tylko z antygenem luetycznym) w płynie mózgowym, lub surowicy krwi.

Reakcyja Widala, badania serodyagnostyczne (aglutyn., opsoniny).

Analizy przetworów chemicznych, farmaceut. i kosmetycz. Analizy sanitarno-hygieniczne wody (szczeg. rozbiory wód mineralnych i bakteryologiczne) i produktów spożywczych. Laboratorium dostarcza kultur bakteryi, podłoż, odczynników mianowanych, naczyń jałowych do zbierania materiału; na żądanie dołącza do analiz zdjęcia mikrofotograficzne.

ISTNIEJĄCY OD R. 1892

Dom Zdrowia dla chorych chirurgicznych, ginekologicznych i ortopedycznych.

D-ra E. REICHSTEINA, w Warszawie,

Leszno 38 Tel. 2208.

stąpionej poprawy tętno zazwyczaj pozostaje nieobecne, jak i poprzednio.

Zdaje się, że wyżej wspomniany przypadek OPPENHEIMA, na którym on oparł swą łagodną angiospastyczną formę chromania prz., jednakże po 15 latach doprowadził do martwicy, co go upoważnia do przypuszczenia, że „funkcyjnalna, angiospastyczna forma po dłuższym lub krótszym trwaniu przeistoczyć się może w organiczną” (Podręcznik, IV wyd., 1905). Dalekim będąc od zaprzeczania faktu, że zaburzenia naczynioruchowe mogą wywołać stany zapalne tętnic, jużem dawniej (Neur. Centr. 1901 Nr. 5) akcentował ten stosunek, powołując się na odnośny przypadek z badaniem anatomicznem, w którym nie tylko zmiany w naczyniach, ale i we wsierdzu (*vitium cordis*) stawiałem w zależności od naczynioruchowych wahań i wzmożonego ciśnienia krwi. Powoływałem się na THOME, który zauważył, że arteriosklerotyczne zmiany sadowią się ze szczególnem upodobaniem w tych naczyniach, w których zachodzą częste wahania ciśnienia i zmiany napięcia ściany naczyniowej. Jak wiadomo, FRAENKEL broni gorąco hipotezy neurotycznej arteriosklerozy. Wahaniami w innerwacyi ściany naczyniowej starałem się wówczas tłumaczyć *endarteriitis* chromania prz. u młodych osobników. Prawie powszechnie przyjęte jest przypuszczenie, że powstała pod wpływem zatrucia nikotyną stenokardya, początkowo natury czynnościowej, przeistoczyć się może w prawdziwą *angina pectoris* ze zmianami w tętnicach wieńcowych. Ale przyczyna napadów dusznicowych polega prawdopodobnie na spowodowanym przez podrażnienie ośrodka naczynioruchowego przemijającym skurczu gałęzi tętnic wieńcowych, gdy tymczasem OPPENHEIM dla swojej łagodnej formy chromania prz. broni stałego, lata całe trwającego, choć w swem natężeniu zmiennego stanu spastycznego tętnic. Przemijające, bądź na-

czynioskurczowe, bądź rozkurczowe zjawiska, jak trupia bladość, ustępująca wraz z miejscami czerwonoci lub sinicy, są przecież w obrazie chromania prz. czemś całkiem powszedniem.

Wreszcie nie wydaje mi się przekonującym argument OPPENHEIMA, mający przeciw jego tezę, że rentgenogramy dają obecnie wynik pozytywny, gdy przed 2—5 laty wypadły (w tym samym przypadku) ujemnie, albowiem technika rentgenograficzna uczyła w ostatnich właśnie latach ogromne postępy; liczyć się też należy z możliwością, iż do już istniejących zmian w naczyniach przyłączyło się ich zwapnienie. Zresztą, i w ostatnich czasach nie udało mi się w kilku przypadkach wyraźnego chromania prz. dojrzeć na rentgenogramach, wykonanych przez wytrawnego specjalistę, kol. JUDRA, tętnic stopy; tylko w 1 przyp. udało się na kliszy dojrzeć delikatne smugi, w drugim na fotografii delikatny cień, które można było odnieść do zmienionej *tibialis post resp. dorsalis pedis*¹⁾. Wszakże chodzi tu najczęściej nie o sprawy ateromatyczne, lecz o *arteriitis obliterans* bez zwapnienia.

Daleki od rozpoznawania zaburzeń naczynioruchowych w chromaniu prz., zawsze w odnośnych pracach, jakoteż i w rzecznej, podnosiłem ich wybitne znaczenie. Dajmy na to, że w tętnicach stopy mogą one powstawać i pierwotnie i przy częstem powracaniu oraz dłuższem trwaniu prowadzić do organicznych zmian w ścianie naczyniowej,—niektóre obserwacye zdają się świadczyć o tem, że tu mogą one dojść do pewnej samodzielności i wywołać objawy podobne

¹⁾ Z 2 figur u Oppenheima z tak pięknie przedstawionemi zwapniałemi tętnicami jedna przedstawia jamę podkolanową, druga nawet przedramię z napiętkiem, ale ani *tibialis post.* ani *antica*, o które przecież głównie chodzi.

do objawów chromania prz.—, zazwyczaj jednak proces zdaje się odbywać w porządku odwrotnym, ile że do będącej już w rozwoju sprawy w ścianie naczyniowej przyłączają się wtórnie zaburzenia naczynioruchowe, potęgując skutki pierwszej. Przyjęty dla prawdziwej dusznicy bolesnej fakt, że nawet lekko zmienione ściany naczyń odpowiadają na nienormalne podniety i takie, które przy zdrowych tętnicach są bez znaczenia, łąco skurczem, zdaje się mieć ogólne zastosowanie.

Tak więc sędzę, że zasadność wyodrębnienia angiospastycznej postaci chromania prz. w sensie OPPENHEIMA pozostaje jeszcze do dowiedzenia.

Z obu tętnic stopy w odżywianiu jej gra *art. dorsalis pedis* wydatniejszą rolę: jakoż liczne są przypadki, w których tętno jest nieobecne w tej właśnie tętnicy obok niewątpliwych objawów chromania prz. Przeciwnie, bardzo rzadkie są przypadki chromania prz. z brakiem tętna jedynie w *art. tibialis postica*, najczęściej są one niepewne. Nierzadko spotyka się brak tętna w obu tętnicach jednej stopy z objawami w niej chromania prz., gdy na drugiej stopie z brakiem tętna w jednej z tętnic brak jeszcze objawów, lub też, co się najczęściej zdarza, ograniczają się one do zaburzeń naczynioruchowych. Wogóle wydaje się być tętnica grzbietowa stopy mniej odporną na szkodliwości, jak tego zdaje się dowodzić przeważające jej porażenie.

Niewątpliwie zdarzają się przypadki chromania prz. z zachowaniem jeszcze tętnem, ale przy porównywaniu ze stroną zdrową okazuje się, że na chorej stopie jest ono o wiele słabsze. I w tych przypadkach może niekiedy wystąpić martwica jednego lub paru palców. Być może, że tu z jednej strony przeważnie są dotknięte gałęzie mięśniowe, z drugiej zaś naczyniozwiążające wpływy wa-

runkują przemijające, choć często powtarzające się zamknięcie strumienia krwi w zwężonych skądinąd rozgałęzieniach tętniczych. Ale i w tych przypadkach tętna wkrótce giną zupełnie. Przypadki, w których objawy chromania prz. występują tylko na jednej nodze przy obustronnym braku tętna, należałoby tłumaczyć zaburzeniami innerwacji naczyń obwodowych przy nietkniętych gałęziach mięśniowych (o stanie trzeciej odżywecej tętnicy, *art. peronea*, nie mamy wyobrażenia, jest ona bowiem dla palpacji niedostępna, i wogóle jedynie o peryferycznych odcinkach obu głównych tętnic możemy sobie za życia w przybliżeniu zdawać sprawę). Jesteśmy, jeżeli do operacji dochodzi, zdumieni, jak wysoko sprawa sklerotyczna w tętnicy sięga, ztąd zasada chirurgów, żeby jaknajwyżej amputować. Wymacywanie tętnicy podkolanowej nie może pod tym względem dać wskazówek, gdyż z powodu swego głębokiego położenia jest trudno dostępna badaniu. Ważniejsze jest badanie tętnicy udowej, której pulsację zawsze się normalnie odnajduje; widziałem przyp., gdzie po stronie chorej brak było tętnienia lub było znacznie słabsze, niż po drugiej stronie, które się niczem od innych przyp. nie różniły w przebiegu.

Nie rozpatrywano dotąd pytania, gdzie sprawa się zaczyna, czy zawsze od obwodowych gałęzi tętniczych, jak *implicite* się przyjmuje, i jak w pewnej mierze uczy doświadczenie na stole operacyjnym. Zasadniczo nie się nie sprzeciwia przyjęciu, że bywają i takie postaci *Arteriitis*, które, bardziej centralnie się zaczynając, są w stanie wywołać zbiór objawów chromania przestank. Może w tej mierze pouczą nas dalsze doświadczenia przy operacjach, jak i postępy roentgenografii.

Uwagi godne jest postępowanie MOSZKOWICZA (*Grenzgebiete* T. XVII s. 216) dla oznaczenia wysokości przeszkody krążenia

(zatkanie, zakrzep, zwężenie tętnicy). Za mało posiadam odnośnego doświadczenia, by ocenić, czy i w przypadkach chromania następuje przekrwienie zatrzymuje się na wysokości zamknięcia, wzgl. zwężenia tętnicy. Mogę natomiast w zupełności potwierdzić, że w tych przyp. następuje po 5 minutowej przerwie w krążeniu przekrwienie rozpościera się o wiele powolniej, niż u zdrowych, począwszy już od gołeni, zwłaszcza zaś na stopie, najbardziej zaś uderzające jest opóźnienie na palcach. Mogłem też zauważyć, że przekrwienie, polegające oczywiście na porażeniu nerwów naczynioruchowych, o wiele dłużej trwa, niż w stanach normalnych. Ta okoliczność dowodzi, że pozbawione elastyczności ściany naczyń nie tak łatwo ulegają zmianom napięcia, przyczem nie jest wyłączony współdziałanie niedostatecznej funkcji nerwów naczynioruchowych. Nie może ująć uwagi analogia między zjawiskami, obserwowanymi przez Moszkowicza i powyżej podanymi przy ruchach.

Zaburzenia naczynioruchowe ujawniają się często już w czasie krótkiego badania, członki ulegają częstej zmianie zabarwienia: to są stopy, głównie zaś palce, blade, prawie kredowobiałe, to czerwone, cyanotyczne, to zabarwienie jest pstre, marmurkowane; w niektórych przypadkach odbywa się ta zmiana bez bólu, w innych zaś towarzyszą jej szalony ból, męcząca parestezya (współdziałanie *vasa nervorum?*), które występują w spokoju, przeważnie nocą i nazbyt często opierają się wszelkim środkom; nierzadko zjawiają się ekskoryacje na jednym albo kilku palcach, trudno gojące się i będące często punktem wyjścia szerzącej się martwicy. Taka anemja obejmuje nie tylko skórę, ale i głębsze części, jak mięśnie; jakże często narzekają dotknięci chromaniem prz. chorey na kurcze w łydkach. Wpływ pory roku daje się tu też zauważyć, mianowicie w zimie silniej wystę-

pują zaburzenia naczynioruchowe; ale widziałem chorych, którym duży upał najbardziej dawał się we znaki.

Zpśród parestezyi godne zaznaczenia są termiczne, zwłaszcza zaś uczucie zimna w stopach, jakkolwiek niekiedy w sposób paradoksalny występuje palenie przy całkiem zimnych członkach. Jest to często pierwsze zjawisko, które zwraca na siebie uwagę chorego na długo przed właściwymi objawami chromania, dochodzi niekiedy do stopnia bólu, zakłóca sen. Stopy, zwłaszcza zaś palce, wydają się istotnie na dotyk lodowo zimne i w żaden sposób nie dają się ogrzać.

W przypadkach chromania prz. występują i w innych okolicach objawy, które najłatwiej dają się tłumaczyć przemijającymi zaburzeniami naczynioruchowymi (prawdopodobnie na gruncie istniejących już zmian zapalenia tętnic). Tak, krótkotrwałe, nierzadkie napady zawrotów głowy z zaćmieniem wzroku, niekiedy i stępieniem słuchu należy odnieść do anemii naczyń mózgowych. Obserwowałem też zaburzenia, które przemawiają za udziałem bezpośrednim naczyń koronowych, a mianowicie szybkie znużenie przy pracy umysłowej, czytaniu, pisaniu, rozmowie; chorzy tacy szybko nie mogli dobrze rozumieć, co się do nich mówiło; po krótkim wypoczynku zaburzenia te mijały, by z podjęciem pracy znów się zjawić.

Tu zwrócę jeszcze raz uwagę na nierzadkie powikłanie z dusznicą bolesną, która może poprzedzać niekiedy lata całe wystąpienie chromania przestankowego i niekiedy po niem następować. Toż obie kategorie zjawisk są pokrewne—*claudication intermittente du coeur POTAINA*—i zaburzenia naczynioruchowe (cf. niewątpliwy wpływ tytoniu) grają w powstawaniu napadów dusznicy istotną rolę, jakem to pomiędzy innymi niedawno widział w jednym przypadku, w którym rzeczony napad zwykł się kończyć nagle, jakby za jednym zama-

chem. Otóż w nierzadkich przypadkach dusznicy, tak tych, gdzie nikotyna miała znaczenie etiologiczne, jak i tych, gdzie tego wpływu nie było, nie można wyczuć obu tętnic stóp lub tylko grzbietowych nawet bez żadnych odnośnych objawów; okoliczność ta nie jest oczywiście równoznaczna z przerwaniem krążenia krwi (por. wyżej powiedziane o niedostateczności naszego badania dotykaniem). I *angina pectoris* w uderzający sposób przekłada płeć męską; występuje też ona niekiedy rodzinnie (znam rodzinę, w której rodzice i 2 w średnim wieku będących synów cierpią na dusznicę bolesną, a nie palą, nie piją, brak przymiotu, u młodszego brata—nie znam innych członków rodziny—nie można wyczuć tętna na stopach zresztą bezobjawowo), jak i chromanie, o czym zaraz będzie mowa.

Z innych powikłań wymienię jeszcze *Ischias*, które co najmniej 3 razy spostrzegałem, jako równoległe przebiegające cierpienie. Były to ciężkie, długotrwałe postaci neurytyczne z schudnięciem mięśni i zniknięciem odruchu Achillesa, z których jeden wyzdrowiał. Nie jest nieprawdopodobne przypuszczenie, że arterioskleroza jest tem wspólnem ogniwem, które w nerwie siedzeniowym doprowadziło do głębszych zmian odżywczych.

W pierwszej mojej pracy z r. 1895, opierając się na spostrzeżeniu, dotyczącem dwóch braci z chromaniem prz., mówiłem o rodzinnem usposobieniu, jakie jest oddawna znane w stosunku do tętnic mózgowych (skłonność do udaru). W drugiej pracy (Neur. Centr. 1901 Nr. 5) opisywałem inną parę braci i wyjawiałem spostrzeżenie, że u chorych na chromanie prz. wcale nie rzadko stwierdzić można słabość tętna dostępnych arteryi, drobnosć ich kalibru, delikatnosć ich ścian (o ile się te stosunki klinicznie zbadać dają), głuche, słabe tony serca — słowem, pewien

prawdopodobnie wrodzony niedorozwój (hypoplasia) narządu krążenia. Jeszcze przedtem (lipiec 1900, Deutsch. Zeitschr. f. Nerven. T. XVII) OPPENHEIM dał wyraz „przypuszczeniu, że pewna wrodzona wąskosć układu naczyniowego, a więc znów pewna w zarodku tkwiąca anomalia ułatwia powstawanie tych zaburzeń”; ze szczególnym jednak naciskiem akcentuje on znaczenie neuro- i psychopatycznego usposobienia. Wreszcie zacząłem mówić wprost (Neur. Centr. 1903 Nr. 21) o dziedzicznym usposobieniu do chromania prz. na zasadzie spostrzeżenia, dotyczącego pewnej rodziny z rozległym cierpieniem tętnic, specjalnie dolnych kończyn, której dwaj conajmniej członkowie przedstawiali zbiór objawów chromania prz.

Zarówno jak ERB, BRISSAUD, HIGIER, OPPENHEIM, byłem skłonny przyznawać wybitną rolę nerwowemu momentowi, neuropatycznej diatezie, ze względu mianowicie na tak wydatne zaburzenia naczynioruchowe w obrazie chromania prz. oraz fakt, że u niektórych moich chorych, ale wcale niezbyt wielu, stwierdzić można było dziedzicznosć neuropatyczną, znamiona zwyrodnienia.

Sądziłem, że przy pomocy tej hipotezy dadzą się niektóre osobliwosć chromania prz. wytłomaczyć; zarazem zastanowiło mnie to, że z przypuszczeniem powyższem nie da się pogodzić uderzający fakt pomijania płci żeńskiej przez chromanie prz.

Obecnosć zaburzeń naczynioruchowych nie jest przecieź równoznaczna z neuropatycznym usposobieniem, i dwa te pojęcia wcale się nie pokrywają. Kiedym spotkał więceź przypadków rodzinnego występowania chromania prz., gdy się namnożyły spostrzeżenia z wyżej wspomnianymi oznakami wrodzonej prawdopodobnie hipoplazji narządu krążenia (niekiedy z bradykardją), wtedy odstąpiłem poniekąd od przyznawania wielkiego

znaczenia neuropatycznemu usposobieniu ¹⁾ na korzyść angiopatycznego. Tak znaczne uwydatnienie pierwszego z nich znajduje poniekąd swoje tłumaczenie w tej okoliczności, że często utożsamia się usposobienie dziedziczne z neuro-psychoopatyczną diatezą; wrodzone, dziedziczne usposobienie do zachorowań może oczywiście dotyczyć i innych układów, jak mięśniowego albo krążenia, być może, obu razem, — chorzy z wzmiankowaną hipoplazją narządu krążenia posiadali zarazem słabe mięśnie (na wątłość układu tętniczego przy *hobitus phthisicus*, w blednicy zwrócono już dawno uwagę). Nie należy wcale odmawiać całkowicie wpływu nerwowemu momentowi, ale wartość jego ustępuje, wedle obecnego mojego dość dużego doświadczenia, znaczeniu usposobienia angiopatycznego. Obok tego może zachodzić pewna czynnościowa niedostateczność nerwów naczynioruchowych, tacy chorzy łatwo ziębną, odmrażają sobie w porze zimowej ręce i nogi, które przyjmują zabarwienie czerwono-sinawe, jako wyraz porażenia wazomotorów; widziałem taką skłonność u wszystkich członków rodziny. Hipoteza ta tłumaczy w sposób nie mniej zadawalający, niż diateza neuropatyczna, niektóre uderzające właściwości chromania prz., jak symetrię, przewagę rasy żydowskiej, rodzinne występowanie i t. d. Mniejszych wymaganiami, stawianymi narządowi krążenia i mięśniowemu kobiet, tłumaczyłby się dał nader nieznaczny kontyngens zapadających na chromanie prz. kobiet—wśród dużego mojego materiału przypominam sobie tylko jedną kobietę ²⁾.

¹⁾ Jeszcze bardziej odmownie wyraża się na zasadzie innych rozważań Saenger (Neur. Cent. 1901 s. 1067).

²⁾ Nie należy przemilczeć, że kobiety proletaryatu, zwłaszcza u nas w kraju, często wykonywają ciężką pracę fizyczną; muszą więc inne jeszcze momenty tu w grę wchodzić, tak np. brak trują-

Przez to przypuszczenie daje się łatwiej wytłumaczyć, dla czego często temu cierpieniu podlegają młodzi ludzie, zupełnie wolni od zwykłych przyczyn cierpienia naczyń (syfilis, alkohol, cukrzyca, intoksykacje, zapalenie nerek ³⁾); ich naczynia zdolne są jeszcze podolać zwykłym wymaganiom życia, okazują się jednak niewydolnymi i łatwo ulegają sprawom patologicznym wobec wzmożonej pracy, wobec wpływu pewnych szkodliwości, głównie tytoniu, który, zdaje się, w pierwszej linii wywiera niszczące działanie na sympatyczny, naczynioruchowy układ ⁴⁾. Istotnie, ze wszystkich egzogennych czynników największe znaczenie, zdaje się, przypisać należy zatruciu tytoniowemu (też w kształcie wdychań kurzu tytoniowego). Nikotyna zda-

tego wpływu tytoniu. Jedyna kobieta z chrom. prz., którą obserwowałem, należała do warstwy zamężnej i oddała się nałogowi palenia papierosów za namową swego lekarza w celu trzymania jakoby w szachu nerwowości.

³⁾ W uwzględnieniu badań Wiesela (Lehre von der Arteriosklerose, Wien. 1909), że ostre choroby zakaźne stanowią jeden z najważniejszych przyczynowych czynników przewlekłych zmian naczyniowych, należy w przyszłości dane wywiadowe w tym kierunku uzupełnić. Czy jego twierdzenie, że młodzieńcze i przedstarze przypadki arteriosklerozy należą do pozakaźnej postaci, jest w całym rozmiarze z prawdą zgodne, jest wątpliwe, sam bowiem przyznaje, że większa część ostrych spraw naczyniowych ulega wyzdrowieniu. Przy omówieniu kwestyi, dlaczego właśnie u niektórych młodych osobników zachodzą w sprężystej ścianie naczyniowej zmiany od zużycia, przyznaje on zresztą, że może wrodzone czynniki np. w zarodkowym życiu przebyte choroby zakaźne lub wrodzony niedorozwój sprężystej tkanki rolę grają.

⁴⁾ Faktyczne potwierdzenie takiego zapatrywania znalazłem ostatnio w przygodnej uwadze Kurta Mendla (Neur. Centr. 09 Nr. 16), że w jednym bardzo ciężkim przypadku chromania prz. chcial on dać wszyć tętnicę udową w żyłę udową (według propozycji Wietinga), operator wszakże zmuszony był odstąpić od tego zabiegu, albowiem przy operacji okazało się, że tętnica udowa, zarówno jak i towarzysząca jej żyła były nader słabo rozwinięte, a tętnica przytem tylko bardzo słabo pulsowała (ale nie była sklerotyczna).

W ostatnio wyszłej pracy z Lipskiej chirurg-

je się posiadać specjalne powinowactwo do wazomotorów tak tętnicy okrężnej serca, jak i grzbietowej stopy. Obok tych dwóch czynników, endogennego, usposobienia angiopatyicznego, i egzogennego, tabagismus, są wszystkie inne mniejszego znaczenia. Co do stosunków atmosferycznych, które tak często omawiano, to zdaje się, że nietylko bezwzględnie niska temperatura, ale jedynie nagłe jej skoki i zimne, wilgotne powietrze działają ujemnie (przez pośrednictwo n. naczynioruchowych); kol. **TUMPOWSKI** zakomunikował mi, że w ciągu swej dość obszernej praktyki 6 l. w Irkutsku, gdzie przecież silne mrozy panują, widział tylko jeden przypadek chrom. prz. u inżyniera, u którego cierpienie jeszcze w Europie się rozpoczęło. Co do rodzaju zajęcia, to zdają się także mieć pewne (pomocnicze) znaczenie te, przy których stojąca postawa jest konieczna: zwróciłem uwagę, że kilku piekarzy, subjektów sklepowych (przeważnie młodzi ludzie), znajdowało się między moimi chorymi (rzecz szczególna, że u niektórych zaburzenia przy stanie występowały, musieli oni wciąż zmieniać punkt ciężkości z jednej nogi na drugą, większa zaś część nie narzekała na żadne dolegliwości przy stanie). Samo przez się rozumie, że w wielu przyp. chromania przestankowego, jak to

gicznej kliniki (Münc. m. W. 09 Nr. 39) znajduje, że podczas amputacji stopy, podjętej z powodu zgorzeli, trudno było tętnice odnaleźć, ponieważ były bardzo cienkie, o delikatnych ścianach, prztem ściśle z otaczającą tkanką złączone, też same tętnice, które przy mikroskopowym badaniu okazały wybitne zmiany właściwe Arteriitis obliterans. I w drugim przypadku okazały się przy Pirogoffskiej operacji ściany naczyń cienkie, zgoła nie zgrubiałe; badanie mikroskopowe dokonane nie było.

Pożądane poparcie tej hipotezy upatruję też w zakomunikowanym mi przez kol. **Dydyńskiego** fakcie, że we wszystkich 6 w tym kierunku badanych przypadkach chromania prz. znajdował on stale przy pomocy sfigmomanometru **Sahliego** wyjątkowo niskie wartości ciśnienia krwi: 90—100 mm. Hg (normalnie 150—160 mm. Hg.).

często bywa, wiele czynników współdziała, wtedy i drobne nabierają pewnego znaczenia.

Doświadczenie moje przemawia za tem, że diatezie angiopetycznej należy i dusznicy bolesnej przypisać znaczenie.

W sprawie leczenia mogę się naogół ograniczyć do uwag, dawniej wypowiedzianych. Naczelną zasadą pozostaje oszczędzanie chorej kończyny. Chorzy instyktownie chronią swe stopy i nogi przed wpływami atmosferycznymi, zwłaszcza przed zimnem, przy pomocy wełnianej odzieży, futrzanego obuwia i t. d. Jednakże ciepło powinno być umiarkowane i nie przekraczać pewnych stopni,—widziałem złe skutki po użyciu aparatów o gorącym powietrzu (około 60°C). Wahaliby się też z zastosowaniem przekrwienia **Moszkowicza** w celu jakoby rozpoznania zwężonych naczyń lub wytworzenia krążenia obocznego. Wedle naszych pojęć przyczyniają się właśnie wahania tonusu naczyń do powstania w nich stwardnienia. Prądy o wysokim napięciu zdawały się być korzystne w kilku przypadkach, chorzy przy tem leczeniu chwalili się, że mogą przebywać większe przestrzenie, a i na bóle zdawało się ono wpływać dodatnio. Obiektywnie nie dało się stwierdzić żadnych zmian; akta tej metody leczniczej nie są jeszcze zamknięte.⁵⁾ W zakładzie kol. **Dydyńskiego** stosowano ją w postaci ogólnej d'arsonwalizacji naprzemian z miejscowym wyładowaniem iskier na skórze chorej stopy przy pomocy szklanej elektrody. Obniżenia ciśnienia krwi, zazwyczaj występującego przy ogólnej d'arsonwalizacji, nie udało się stwierdzić w tych przypadkach, albo też było ono bardzo nieznaczne i przelotne (1 mm Hg na sfigmomanometrze **Sahliego**).

⁵⁾ Por. komunikat **Mautiera** w Acad. des sciences z 14. VI. 09.

Przeciwno szalonym bólom okazała mi się w niektórych przypadkach skuteczną aspiryna (toż samo działanie spostrzegalem przy bólach stenokardycznych); u jednego z moich chorych od lat usuwa ona w dawce 0,5 na przeciąg jakiegoś tygodnia bardzo dokuczliwe sensacje.

Niedawno znowum się przekonał, że z amputacją nie należy zbyt nagle, i nietylko wobec bólów, ale nawet i przy początku-

jącej martwicy; w jednym takim przypadku, w którym dwóch doświadczonych chirurgów doradzało amputację powyżej kolana, udało się uratować kończynę leczeniem konserwatywnym przy samoistnem odpadnięciu paru falang dwóch palców.

W końcu miło mi podziękować kol. DRYŃSKIEMU i ŚWIĘTOCHOWSKIEMU za pomoc i cenne uwagi przy opracowywaniu niniejszego artykułu.

STRESZCZENIA.

Akuszerya i choroby kobiet.

4. Rieländer. Sposób Momburga wywołania bezkrwistości (Blutleere) w położnictwie.

Na posiedzeniu Związku lekarskiego w Marburgu w d. 23 czerwca 1909 r. autor, asystent kliniki, miał odczyt w przedmiocie, wyżej w nagłówku wyluszczonej. Zachęcony pomyslnymi doniesieniami z innych klinik, zaczął on stosować sposób MOMBURGA w krwotokach poporodowych, i to z tem większą ochotą, iż sposób ten szczególnie z powodu prostoty swojej mógł rokować dobre wyniki a także iż stanowić będzie prosty, niezawikłany rękoczyn dla usuwania krwotoków poporodowych w praktyce prywatnej. Jednakowoż nadzieje te zawiodły: nie widziano spodziewanych wyników; przeciwnie, spostrzegano objawy, nawołujące do ostrożności przy stosowaniu sposobu MOMBURGA celem wywołania bezkrwistości.

Sposób ten jest bardzo prosty: długą 1½ metra a na 1½ cent. grubą rurą gumową opasuje się dwukrotnie brzuch pacjentki, po uprzedniem usunięciu jelit ku górze; następnie rurę tę silnie się naciąga, aż do zniknięcia tętna w tętnicy udowej, i końce jej zawiązuje się mocno pośrodku lub z boku brzucha.

W miejscach, przylegających do ciała, należy rurę posmarować tłuszczem, albowiem przy silnem naciąganiu skutkiem tarcia rury o skórę powstają na tej ostatniej wybroczyny. Prelegent zaznacza, iż w niektórych przypadkach, pomimo silnego naciągania rury, wbrew twierdzeniu innych autorów (HOEHNLE, SIEGWART) niemożliwym było w zupełności wywołać zniknięcia tętna w tętnicy udowej.

Prelegent zastosował w 9-ciu przypadkach krwotoków poporodowych sposób MOMBURGA; krwotoki w przypadkach tych powodowane były łożyskiem poprzedzającym, pęknięciem szyi, niedowładem (atonia) macicy. Z początku stosowano sposób ten w przypadkach najcięższych krwotoków; gdy jednakże zauważono z jednej strony niepewność jego w zatamowaniu krwotoku, a z drugiej strony nieprzyjemne objawy uboczne, przy użyciu jego występujące, zaczęto go stosować tylko w średniociężkich krwotokach, nie przenoszących utraty 1000 gr. krwi, a właściwie celem prowadzenia doświadczeń.

Oba przypadki łożyska poprzedzającego, w których stosowano sposób MOMBURGA, miały przebieg dość jednakowy: przedarcie pęcherza płodowego, założenie kolpeuryntera i przy zupełnem otwarciu ust macicznych

obrót i wyciągnięcie płodu. W drugim przypadku, pomimo ostrożnego wyciągania płodu, nastąpiło pęknięcie szyi. Gdy po wyciśnięciu łożyska miało miejsce w dalszym ciągu krwawienie, nałożono rurę gumową sposobem MOMBURGA; obie położnice natychmiast zaczęły się uskarżać na silne niedomaganie, obie utrzymywały, iż czują się tak źle, iż sądzą, że muszą umierać. Tętno w tętnicy promieniowej było coraz słabsze, częstsze i w końcu znikło; wygląd twarzy był zatrważający, szpiczasty, policzki zapadłe, oczy straciły połysk. Wystąpiły wymioty i duszność, od czasu do czasu głęboki jęczący oddech. Przytem krwawienie dalej trwało, pomimo że rurę w obu razach tak silnie naciągano, iż tętno w tętnicy udowej nie wyczuwało się. Rura w pierwszym przypadku działała 10 minut, w drugim 4—5 minut i w końcu na prośbę pacjentek usunięta została. W mgnieniu oka stan pacjentek uległ poprawie: wyraz twarzy rozjaśnił się, tętno promieniowe zjawiało się znacznie powolniejsze i silniejsze, oddychanie stało się swobodnem, wymioty ustały. Krwawienie zatamowane było w końcu przez wytamponowanie macicy gazą jodoformową i pochwy za pomocą długich mocno zwiniętych wacików.

Jednem słowem, we wszystkich dziewięciu przypadkach, ponieważ sposób MOMBURGA nie sprawiał ustania a nawet zmniejszenia krwawienia, uciec się musiano do tamponacji, gdy w innych przypadkach gorące przestrzykiwania, mięsienie macicy wywierały pożądaný skutek.

Prelegent przytacza jeszcze następujący przypadek: dotyczy on 17-letniej nieco głupkowatej dziewczyny włościańskiej, która do usłyszenia pierwszego krzyku dziecka nie wierzyła, że jest ciężarna; u niej przy umiarkowanym krwawieniu (wynoszącym 1120 gr). nałożono rurę MOMBURGA więcej w celu doświadczalnym, a raczej pokazawczym. Dziewczyna zniosła lepiej ten zabieg, ale niemożliwe było doprowadzenie tętna udowego do zniknięcia, aczkolwiek rura była tak silnie naciągana iż spowodowała wybroczyńę na skórze; w przypadku tym końców rury nie związane z sobą, lecz utrzymywano je silnie rękami w naciężeniu. I tu miała miejsce wyżej

opisana zapaść, chociaż w mniejszym stopniu; zauważono niezwłocznie podniesienie się tętna z 84 uderzeń przed nałożeniem rury do 128 — 136 uderzeń po niem. Na krwawienie zabieg nie wywarł żadnego wpływu. W 2-gim i 3-im dniu połogu zjawiało się silne rozwolnienie, a 5-go dnia zauważono wstrzymanie moczenia, tak, iż trzeba było po kilkakroć dziennie pacjentkę cewnikować, poczem nastąpiło mimowolne moczenie w łóżku. W przypadku tym zachodzi pytanie, ażali rozwolnienie i wstrzymanie moczenia nie powstały skutkiem ucisku rury; w każdym razie miało się wrażenie uszkodzenia trzew brzusznych.

W końcu*RIELAENDER zaznacza, iż próby jego z sposobem MOMBURGA nie są jeszcze skończone, dziewięć przypadków bowiem zastosowania tego sposobu jest za mało, aby na ich podstawie wyrokować można było o wartości jego w krwotokach poporodowych; w każdym razie przypadki te dowodzą, iż nadzieja świetnych wyników, na które liczył na zasadzie wyników, osiągniętych przez chirurgów, zawiódła; przeciwnie, pozwalają one stwierdzić pełną bezskuteczność sposobu tego w krwawieniach poporodowych, występowanie zapaści, wymiotów i zmian w tętnie a także może i uszkodzenie w czynnościach trzew brzusznych, których wyrazem jest rozwolnienie i wstrzymanie moczenia.

Z jakiego powodu sposób MOMBURGA nie ziścił oczekiwanych dodatnich wyników w krwawieniach poporodowych, objaśnić może można stopniem wypełnienia zawartością żołądka i kiszek. Warunkiem koniecznym skuteczności jego w operacjach chirurgicznych dokonywanych w jamie brzusznej, jest uprzednie dostateczne opróżnienie z zawartości żołądka i kiszek. Warunek ten nie zawsze może być dopełniony w okresie łożyskowym, od ostatniego bowiem wpróżnienia przygotowawczego do porodu aż do ukończenia jego mija dość czasu, aby żołądek i кишки mogły się wypełnić zawartością, jakkolwiek w mniejszym stopniu, i to wypełnienie prawdopodobnie warunkuje wymioty przy nałożonej rurze; przytem rura nakładana bywa wysoko, prawie tuż pod łukiem żebrowym, szczególnie wtedy, gdy macica wysoko stoi, co rów-

niez stanowić może przyczynę niedostatecznego działania rury.

W rozprawie nad tym odczytem prof. **STOECKEL** przyznaje, że sposób **MOMBURGA** ma dla lekarza na pierwszy rzut oka tyle pociągającego, iż uznać go należy w wysokim stopniu za godny wypróbowania. Właśnie w praktyce prywatnej lekarz często znajduje się w trudnem położeniu przy krwotokach poporodowych. Wszystkie rękoczyny, przedsiębrane celem usunięcia krwawienia, połączone są w wysokim stopniu z niebezpieczeństwem zakażenia pucyentki. Gdyby sposób **MOMBURGA** mógł zapewnić pewne i bezpieczne usunięcie krwawienia, to stanowiłby ceną zdobyczą dla lekarza praktyka. Należy więc dalej prowadzić próby z tym sposobem, aby, być może, przez wprowadzenie w nim jakichś zmian otrzymać lepsze wyniki.

(Münch. med. Woch. Nr. 36, 1909).

5. F. Weber. Zastosowanie bezkrwistości sposobem Momburga w położnictwie.

MOMBURG, ogłaszając sposób swój wywołania sztucznej bezkrwistości w dolnej połowie ciała, zwrócił uwagę na wartość jego także i w położnictwie. Niezadługo potem **SIEGWART** pierwszy podał wiadomość o zastosowaniu sposobu **MOMBURGA** w klinice ginekologicznej w berlińskim szpitalu Charité przy krwotokach poporodowych z pomyślnym skutkiem. Gdy następnie zjawiała się praca **HOEHNEGO** z kliniki akuszerskiej w Kiel, oparta na doświadczeniach, dokonanych przezeń na zwierzętach, stwierdzająca pomyślne wyniki, rozpoczął autor w klinice prof. **DÖDERLEINA** w Monachium stosować sposób **MOMBURGA** i przekonał się o użyteczności tej metody. Tymczasem w Münch. Med. Woch. Nr. 36 r. b. zjawiał się artykuł **RIELÄNDERA** ¹⁾ zupełnie sprzeczny z wynikami, otrzymanymi przez powyższych badaczy. Artykuł ten pobudził autora do podania przez się otrzymanych wyników w 16-u spostrzeganych przypadkach krwotoków poporodowych.

Najczęściej niedowład (atonía) macicy

był powodem do stosowania sposobu **MOMBURGA**. W 5-ciu spośród owych 16-u przypadków macica po porodzie nie kurczyła się, łożysko było nie odklejone, krwawienie z wiotkiej macicy bardzo obfite. Obraz ten zmienił się natychmiast po ściągnięciu brzucha rurą gumową. Krwawienie we wszystkich przypadkach natychmiast wstrzymało się, macica nadzwyczaj prędko skurczyła się i stwardniała, i w przeciągu kwadransu łożysko prawie że bez krwawienia odkleiło się i samodzielnie wypchnięte zostało z macicy. W jednym szczególnie przypadku skuteczność sposobu **MOMBURGA** była uderzająca, gdyż naocznie przekonać się było można o wpływie sztucznej bezkrwistości na wywołanie skurczu atonicznej macicy i wstrzymanie krwawienia przez ucisk, wywarty na aortę i naczynia nasienne. Po samowolnem urodzeniu dziecka wystąpił obfity krwotok; pomimo silnego mięsienia nie można było pobudzić macicy do skurczu i wycisnąć łożysko sposobem **CREDEGO**. Macica była wciąż miękka i wiotka, łożysko nie ukazywało się, krwawienie nie zmniejszało się. Tymczasem przyniesiono rurę gumową; po nałożeniu jej i ściągnięciu macica natychmiast zaczęła się kurczyć, krwawienie wstrzymało się, i w minutę później łożysko samodzielnie, bez jakiegokolwiek przyczynienia się, ukazało się w sromie.

Również pomyślne wyniki miał autor w 11-u pozostałych przypadkach krwawień atonicznych z macicy, w których niedomoga macicy wystąpiła po urodzeniu łożyska. I tu ten sam obraz: macicy w postaci wiotkiej torby, której mięsienie nie wywołuje jej skurczu, a przytem bezustanne mniejsze lub większe krwawienie. We wszystkich tych przypadkach osiągnięto sposobem **MOMBURGA** wstrzymanie krwawienia i dobry skurcz macicy.

Do opasania używano zwyczajnej rury gumowej grubości palca, którą ściągano tak długo, dopóki nie znikło tętno udowe. Końce rury albo związywano z sobą albo utrzymywano w odpowiedniem obustronnem naprężeniu. Opasanie każderazowo nie trwało dłużej nad 5 — 15 minut. Zdjęcie opasania odbywać się winno wolno, przez stopniowane zluźnienie naprężonej rury; macica po usunię-

¹⁾ patrz poprzedni referat.

ciu opasania w naszym ciągu była zawsze dobrze skurczona, jakkolwiek nie była tak twarda, jak podczas opasania, jak również w żadnym przypadku nie nastąpiło poważniejsze krwawienie.

Sposób MOMBURGA oddaje również niemałe usługi przy rękoczynach, wskazanych w okresie łożyskowym lub bezpośrednio po nim. Do pierwszych zalicza się ręczne odklejenie łożyska, przy którym w 2-ch przypadkach opasanie oddało autorowi nadszwyczajne usługi, gdyż uskuteczniło przy minimalnej utracie krwi. W liczbie przypadków drugiej kategorii, pominiawszy niebezpieczeństwo, jakiemu podlega pacjentka, zupełna bezkrwistość stanowi dla operatora wielkie ułatwienie przy dokonywaniu rękoczynu, pierwsze miejsce zajmuje wysoko sięgające i silnie krwawiące pęknięcie poporodowe szyi. W 10-u przypadkach udało się autorowi przez opasanie uczynić pole operacyjne najzupełniej bezkrwawem, co nadszwyczajnie ułatwiło dokładne i szybkie nałożenie szwów.

Pożytecznym również okazał się sposób MOMBURGA przy zszywaniu nacięć ust macicznych (*hysterostomatia*), zrobionych przy porodach, dla szybkiego wskazanego ukończenia ich; przed dokonaniem nacięć autor umieszcza rurę pod tułowiem rodzącej, aby w razie potrzeby, natychmiast po urodzeniu dziecka, pod pewnym względem zapobiegając krwawieniu, mógł nią opasać i ściągnąć; w ten sposób w 12-u przypadkach zeszył przy zupełnej bezkrwistości powyższe nacięcia.

Sposób więc MOMBURGA, zastosowany w w 40-u przypadkach, dał najzupełniej zadawalające wyniki, w trzech następnych jednak przypadkach zawiódł oczekiwania. Z tych w 2-ch miało miejsce atoniczne krwawienie, a w trzecim należało dokonać ręcznego odklejenia łożyska i zeszywania znacznego pęknięcia szyi. W wszystkich tych przypadkach, pomimo ściągnięcia rury do zaniku tętna udowego, krwawienie nie wstrzymało się, i trzeba było uciec się do tamponacji macicy.

RIELÄNDER objaśnia nieskuteczność sposobu MOMBURGA nieopróżnieniem żołądka i kiszek, a więc wypełnieniem ich zawartością.

Według autora, być może, także objaśniać należy w niektórych przypadkach obsunięciem aorty obok kręgosłupa, co powoduje niedostateczny ucisk na aortę przez ściągniętą rurę. W tym razie do najwyższego nawet stopnia zwężone światło aorty przepuszcza jeszcze dostateczną ilość krwi dla utrzymania dalszego krwawienia.

Autor nie zauważył ani razu szkodliwego wpływu lub jakichkolwiek ubocznych nieprzyjemnych objawów przy zastosowaniu sposobu MOMBURGA. Częstość tętna pozostawała umiarkowaną, oddychanie prawidłowe, wymioty nigdy nie miały miejsca. Nie zauważono również w okresie połogowym objawów ugniecenia trzew brzusznych; ruchy kończyn dolnych od pierwszego dnia nie były utrudnione lub bolesne, moczenie odbywało się samowolnie, wypróżnienia po użyciu oleju rącznikowego, podobnie jak u innych położnic. W 38-u przypadkach tętno i ciepota ciała podczas całego okresu połogowego były zupełnie prawidłowe, i po wstaniu z posłania 2 — 3 dnia pacjentki w 7 — 8 dni zupełnie zdrowe się wypisywały. Tylko w 5-u przypadkach miało miejsce nieznaczne podniesienie ciepłoty, które jednak innymi przyczynami objaśnić można było.

Na zasadzie spostrzeżeń własnych i innych badaczy autor sądzi, że sposób MOMBURGA, sprawiający ucisk aorty i naczyń nasieniowych, jest środkiem wielce pożądanym przy uśmierzaniu kwotoków poporodowych. Jeżeli dalsze próby, przeprowadzone z tym sposobem, wykażą jego skuteczność, to z powodu swej prostoty i łatwego zastosowania stanie się on cennym nabytkiem dla lekarzy praktyków.

(Centralbl. für Genäk. Nr. 41. 1909).

Jakób Rosenthal.

6. W. D. Brant. Przyczynę do rozwoju komórek doczesnej poza macicą podczas ciąży.

Komórki doczesnej podczas ciąży wycielają zwykle wewnątrz macicy do ujścia wewnętrznego; rzadkie są przypadki obecności komórek doczesnej w szyi macicy, a jeszcze rzadsze w jajowodach; komórki doczesnej znajduje się też i w jajnikach. Autor badał narządy wewnętrzne rodne wraz z przylega-

jącą błoną brzusznią, otrzymane na sekcji 45-ciu kobiet w czasie ciąży lub w okresie poporodowym, i w 10-ciu przypadkach u królików; wynik dodatni otrzymał w 17 przypadkach, w tem w 2-ch u królików. W większości przypadków narządy płciowe należały do osób, które zmarły wskutek posocznicy. Na zasadzie tych badań autor dochodzi do następujących wyników:

1) Komórki doczesnej mogą się rozwijać podczas ciąży nie tylko w jamie macicznej, lecz i poza nią.

2) Podczas normalnej ciąży rozwijają się głównie poza macicą na błonie surowiczej macicy w tylnej jamie Douglasa, na błonie surowiczej i śluzowej jajowodu, na jajnikach, na odbytnicy i na sieci.

3) Od 3-go miesiąca ciąży aż do końca, jak również i w początku okresu poporodowego, można obserwować rozwój komórek doczesnych poza macicą.

4) Niezależnie od okresu ciąży daje się zauważyć rozwój tych komórek podczas zmian rozmaitych zapaleń, jak w samej macicy, tak również i jamy brzusznej; specjalnie uwytatniający się rozwój komórek doczesnej był spostrzeżony po 4 miesiącu ciąży przy polipie łożyskowym i mięśniako-włóniaku.

5) Komórki doczesnej, które się rozwinęły poza macicą, makroskopowo przedstawiają się, jako szare gruzelki i grudki.

6) Co się tyczy działalności tych komórek, to, jak do pewnego stopnia poucza jej wspaniały rozwój w sprawach zapalnych błony brzusznej i macicy, odpowiada ona najpewniej roli fagocytów, wywołując reakcję tkanki okolomacicznej na rozrost jajnika i przyływ krwi.

(Żurnal akuszerstwa i żeńskich bolezniej Nr. 11, 1909 roku).

7. Prof. W. Stroganow. Łączenie drgawek porodowych metodą zapobiegawczą w klinikach wiedeńskich.

Na zasadzie 360 przypadków, ogłoszonych przez autora, w których śmiertelność matek wynosiła 6,6%, a śmiertelność dzieci 21,6%, i na zasadzie leczenia w 400 przypadkach do obecnej chwili autor jest stanowczym zwolennikiem leczenia drgawek porodowych za pomocą narkotyków.

Na poparcie swej teorii autor ogłasza 3 przypadki, obserwowane i leczone przez siebie narkotykami w klinice wiedeńskiej; wszystkie 3 dały wynik pomyślny. Na zasadzie tych badań autor dochodzi do przekonania, że za pomocą narkotyków można uratować 95—98% chorych na drgawki porodowe.

(Żurnal akuszerstwa i żeńskich bolezniej Nr. 11, 1909 roku).

O. Jałowiecki.

Choroby weneryczne i skóry.

8. W. Dubreuille i G. Petges. Rozwój nabłoniaków w następstwie toczni rumieniowatych.

Rola, jaką odgrywają blizny w powstawaniu nabłoniaków, jest obecnie dobrze znana: blizny po brodawkach, oparzeniach, toczniach zwyczajnych (*lupus vulg.*) i t. d. mogą być punktem wyjścia raka.

O ile toczeń żrący zwyczajny przechodzi często w nowotwór złośliwy tego rodzaju, o tyle liszaj rumieniowy (*lupus erythem.*) ulega rzadko zwyrodnieniu rakowatemu.

DESKONNETS w pracy swej, opublikowanej w 1894 r., dowodzi, że tego rodzaju zwyrodnienia nigdy nie zdarzają się; istotnie, do daty powyższej we Francji nie opisywano podobnego rodzaju spostrzeżeń.

Istniało jednak już wtedy kilka spostrzeżeń tego rodzaju, opublikowanych za granicą przez RIESTMEYERA, STOPFORD — TAYLORA i DYERA, a uważanych przez PRINGLEGO za zupełnie wiarogodne.

KREIBICH opisał przypadek leczonego przez siebie tocznia rumieniowatego, umiejscowionego na nosie, policzkach i wargach ust u mężczyzny 36-letniego, u którego nabłoniak rozwinął się na bliźnie, graniczącej z błoną śluzową wargi górnej, i zajął później całą tę okolice. Badanie histologiczne wykryło typowego raka nabłoniakowego.

Przypadek PRINGLEGO dotyczył chorej, mającej 36 lat, posiadającej od 17 lat tocznia rumieniowatego na skórze głowy, około uszu, na nosie i policzkach. U chorej tej, leczonej rozmaitymi sposobami, rozwinął się typowy nabłoniak na bliźnie po toczniu uwłosionej okolicy głowy.

Pierwszy przypadek, spostrzegany przez autorów, dotyczył chorej, mającej lat 33, u której 7 lat temu zaczął stopniowo rozwijać się toczeń rumieniowaty, umiejscowiony symetrycznie na większej części skóry nosa, policzkach i małżowinach usznych. Po upływie 2 lat na bliźnie po toczniu, znajdującej się na prawem skrzydle nosa, rozwinęło się małe owrzodzenie, pokryte strupem, które, stopniowo rozszerzając się, doszło wielkości 2 franków i rozprzestrzeniło się aż do powieki dolnej i wewnętrznego kąta prawego oka. Nowotwór został wycięty, i utrata skóry zakryta sposobem plastycznym. Po upływie 2-ech miesięcy nastąpił nawrót choroby; na miejscu operowanem rozwinęło się szerokie i głębokie owrzodzenie, dochodzące do kości nosa i szczęki górnej.

Wycięty kawałek nowotworu okazał się nabłoniakiem (*epithelioma spinocel*).

Owrzodzenie to rakowate rozszerzało się coraz więcej, zajmując zatokę czołową, oczodoły i nos, tworząc tym sposobem olbrzymie owrzodzenie, któremu towarzyszyły straszne bóle w okolicy czołowej. W rok później nastąpiła śmierć, wywołana wycieńczeniem, objawów ze strony zajęcia opon mózgowych nie było. Następczy ten nabłoniak bardzo charakterystyczny zaczął się rozwijać najpierw na linii szwów i dawnej bliźnie toczniowej.

Drugi przypadek, opisany przez autorów, dotyczy kobiety 30-letniej, widzianej pierwszy raz w roku 1892, u której toczeń rozwinął się dwa lata temu na małżowinach usznych.

W następnym roku toczeń ten uległ zabliznieniu, lecz rozwinął się natomiast na nosie, wardze dolnej i policzkach.

U chorej tej, widzianej po 12 latach, a wyleczonej od 3 lat, toczeń na skórze twarzy znów powrócił. Niezależnie od tego około odbytu i na międzykroczu znaleziono obszernie zajęcie skóry przez toczeń rumieniowaty.

Do r. 1896 chora miała stosowane rozmaite środki lecznicze, które jednak cierpienia nie usunęły i nie zabezpieczyły od jego nawrotów pomimo kilka lat trwającego polepszenia.

W r. 1904 około odbytu i na międzykroczu istniały blaszki tocznicze 5—6 cent. szerokie, posiadające formę okrągłąwą, nieco wystającą; błona śluzowa odbytu nie była zmieniona. Cała zajęta okolica nieco mokra, była zmacerowana i gdzieś pokryta nadżerkami. Na międzykrocze zastosowano ichtyol.

Nowe nasilenie choroby nastąpiło w r. 1908. Na bliźnie międzykrocza, pozostałej po toczniu, rozwinął się grzybiasty nowotwór, wielkości 5 franków, wystający blisko 6 mil. nad poziom zdrowej skóry, mający powierzchnię gąbczastą i owrzodziłą, brzegi ostro obcięte i wystające na zewnątrz, spistość twardą. Nowotwór ten został wycięty, bliznowate zaś łuszczące się powierzchnie skóry usunięto nożem i przyżegaczem. Po pewnym czasie nastąpiło zupełne zabliznienie zajętego przez nowotwór miejsca. Po upływie jednak miesiąca powierzchnia blizny pokryła się znów blaszkowatymi łuskami i nadżerkami.

Badanie drobnowidzowe nowotworu wykryło nabłoniaka o typie kolczasto-komórkowym z licznymi i dużymi złogami zrogowaciałego nabłonka. Sąsiadujące z nowotworem białe bliznowate blaszki posiadały warstwę rogową nadmiernie zgrubiałą i obrzękłą, warstwa kolczasta była normalna, lecz również zgrubiała, warstwa MALP. GHILG normalna i dobrze odgraniczona. Zgrubiała naskórek dawał wypustki liczne w głąb skóry, o wiele dłuższe od normalnych.

Właściwa skóra w warstwie powierzchownej była mocno nacieczona w kierunku naczyń limfocytami i komórkami plazmatycznymi.

Opisane 4 przypadki tocznia rumieniowatego wskazują na możliwość przejścia zmian tych skóry, a raczej blizn, pozostałych po toczniu w nabłoniaki.

W trzech pierwszych przypadkach zwyrodnienie rakowate miało miejsce przed 34-ym rokiem życia. DESBONNERS, opierając się na pewnej liczbie spostrzeżeń twierdzi, że występuje ono pomiędzy 40—60 r. po wilku górkowatym; w czwartym spostrzeżeniu autorów miało ono miejsce po 45 roku.

(Annales de Dermat. et de Syphil Nr. 2, 1909 roku).

J. Wojciechowski.

9. Desmoulière i Lafay. W jaki sposób można bez dodatków środków znieczulających zwiększyć znośliwość zastrzykiwań rozpuszczalnych związków rtęciowych.

Autorzy zwracają przede wszystkim uwagę na dodatnie strony będzwinianu rtęci, który daje stale jednakowe wyniki lecznicze; szybko działa, co prawdopodobnie zależy od tego, że nie ścina ciał białkowych krwi; znosi się lepiej od wszystkich innych związków rtęci rozpuszczalnych, ulegających łatwemu rozkładowi.

Roztwory będzwinianu rtęci do zastrzykiwań głębokich powinny być robione ze świeżego i starannie przygotowanego preparatu z dodatkiem będzwinianu ammonu, bromków lub chlorków alkali.

Dodatek jednak wymionionych związków chemicznych mało wpływa na zmniejszenie bólu, występującego po zastrzyknięciu tej soli.

Prof. GAUCHER radzi w celu powyższym rozpuścić będzwinian rtęci w hipertonicznym roztworze chlorku sodu, podług następującego przepisu:

Rp. Hydrarg benzoici recent. 1,0
Notrii muriat. puri 2,50
Aquae dest. ster. q. s. ad 100,0

Roztworu powyższego zastrzykuje się 2—3 cent. sz. dziennie.

Dodatek chlorku kokainy, nawet w małej ilości, wpływa rozkładająco na będzwinian rtęci i wywołuje u wielu osób ogólne niedomaganie, gdyż zastrzykiwania robią się przez szereg dni z rzędu.

Jeszcze mniej bolesne okazały się roztwory, przygotowane z cukrem, podług następującego przepisu:

Rp. Hydrarg. benzoici 1,0
Natrii muriat 1,0
Saccharosae purae 10,0
Aquae dest. q. s. ad 100,0

Zamiast sacharozy może być użyta glukoza, laktoza (w moczówce cukrowej), mannit.

Roztwory powyższe powinny być wyjałowione przesączeniem przez sączki haolinowe.

W powyższy sposób można przygotować roztwór dwujodku rtęci:

Rp. Hydrarg. bijodati rec. 1,0
Natrii jodati puri 1,0
Solut. physiolog. ad 100,0

Małą bolesność po zastrzykiwaniach dwujodku rtęci można zupełnie usunąć, jeżeli fizjologiczny roztwór zastąpić roztworem cukru 10%

Rp. Hydrarg. bijodati rec. 1,0
Natrii jodati puri et sicci 1,0
Saccharosae purae 10,0
Aquae dest. ster. ad 100,0

Roztwór ten wyjaławia się również w sposób powyżej wzmiankowany.

(Bulletin de la Societé Francaise Nr. 7, 1909 roku).

J. Wojciechowski.

Chirurgia.

10. Walther. Odkazanie skóry nalewką jodową (tinct. jodii).

Na posiedzeniu Towarzystwa chirurgicznego paryskiego w d. 24 marca 1909 r. WALTHER, opierając się na 60 przypadkach, w których zastosował odkazanie pola operacyjnego za pomocą nalewki jodowej, przedstawił wyniki otrzymane. W 15-tu przypadkach po odkazaniu, po pewnym czasie, robiony był zasiew drobnoustrojów na skórze; niejednokrotnie wystąpiło rozwinięcie się kolonii drobnoustrojów, lecz ropienia w ranie nie było. Próby bakteryologiczne dokonywane były po odkazaniu albo jedynie nalewką jodową, albo też pendzlowaniem tejże po uprzednim wymyciu skóry mydłem i eterem. Co się tyczy wyników klinicznych, to były one w zupełności zadawalające, i prelegent uważa sposób ten odkazania za niepozostawiający nic do życzenia.

Mówca skutecznie również badania porównawcze, kontrolowane histologicznie, z zasiewami drobnoustrojów na skórze świnek morskich, starannie ogolonej i odkazonej, i przekonał się, że po uprzednim namydleniu i wymyciu tejże wyskokiem i eterem, wnikanie wgłęb jej nalewki jodowej było o wiele mniejsze, niż wtedy, gdy zastawano tylko samą nalewkę jodową lub też po uprzednim wymyciu eterem; dlatego też zaleca to ostatnie zastosowanie.

(Semaine medicale, Nr. 1909).

D-r J. Rosenthal.

Z towarzystw lekarskich zagranicznych

— O wpływie soli kwasów żółciowych na gonokoki i wydzielinę, zawierającą te drobnoustroje, mówił dr W. LÖHLEIN na posiedzeniu Tow. lek. w Gryfii. Mówca miał sposobność spostrzegać dwa przypadki żółtaczki noworodków, dotkniętych zapaleniem rzeżączkowym spojówki. Ponieważ cierpienie spojówki miało w obydwóch przypadkach przebieg bardzo łagodny, przeto można było przypuszczać, że okoliczność ta znajduje się w związku z istniejącą żółtaczką. Bardzo mocne żółte, a nawet żółto-zielone zabarwienie wydzieliny spojówkowej dowodziło obecności w niej barwników żółciowych, należało więc z góry przypuszczać, że w wydzielinie znajdują się również inne składniki żółci, głównie zaś sole kwasów żółciowych. Przypuszczenie to było tem prawdopodobniejsze, że HALBERSTAM wykrył obecność taurocholalanu sodu w płynie surowicznym z osierdzia noworodka z żółtaczką wródzoną. Gdy obecnie nie posiadamy jeszcze żadnych wiadomości co do działania soli kwasów żółciowych na drobnoustroje rzeżączkowe, prelegent postanowił wykonać badania odnośne, które istotnie dowiodły, że kwasy wymienione posiadają wybitne działanie bakterycydyczne. W celu przekonania się, czy tę własność kwasów żółciowych uda się spożytkować w praktyce, należało przedewszystkiem ustalić fakt, o ile kwasy te okazały się nieszkodliwymi dla oka. Okazało się, że 2% — 3% roztwory kwasów gliko- i taurocholowego wywołują tylko przekrwienie spojówki i umiarkowane swędzenie; po zastosowaniu 5% roztworów podrażnienie było znacznie silniejsze, lecz bez uszkodzenia nabłonka rogówki. Aczkolwiek przekonano się, że te roztwory działają zabójczo na hodowle ziarniaków rzeżączkowych, to wyników tych doświadczeń nie można było przenieść na stosunki, panujące w oku, ponieważ płyn bakterycydyczny względnie szybko zostaje wydalony z oka w cierpieniu z tak obfitą wydzieliną, jak zapalenie rzeżączkowe, kiedy drobnoustroje, zawarte w leukocytach i komórkach nabłonkowych,

są tem samem mniej lub więcej zabezpieczone od wpływów chemicznych. To też w innym szeregu doświadczeń cząstki ropy, zawierającej drobnoustroje odnośne były poddane działaniu 1 — 10% roztworów rzeczonych kwasów przez rozmaity okres czasu. Okazało się, że po 1—2 minutowem działaniu tych roztworów liczba kolonii zmniejszyła się znacznie. Tak pomyślny wynik zależał oczywiście od tego, że kwasy żółciowe nader łatwo rozpuszczały wydzielinę. Mianowicie, jeżeli cząstkę ropy zanurzyć w 1 — 2% roztwór kwasów żółciowych, to już w przeciągu pół minuty ropa zamienia się na śluz szklisty, który wkrótce ulega zupełnemu rozpuszczeniu. Jak stwierdziły badania drobnowidzowe, chodzi tu o szybki rozpad leukocytów (komórki nabłonkowe rozpadają się znacznie wolniej), dzięki czemu zawarte w nich drobnoustroje ulegają szybkiemu uwolnieniu. To też przy stosowaniu roztworów tych w praktyce lekarskiej pamiętać należy, żeby w przypadkach odpowiednich stosowanie leku powtarzać w krótkich odstępach czasu, aby wyzyskać należycie nie tylko rozpuszczające, lecz i bakterycydyczne działanie kwasów. Mówca zastrzega się, że jego odczyt nie stanowi zachęty do stosowania w praktyce jego spostrzeżeń, zwłaszcza, że są one oparte na zbyt szczupłym doświadczeniu klinicznym.

— Na posiedzeniu Tow. lekarzy niemieckich w Pradze dr. SELG wygłosił odczyt „O bólu serca”. Skargi na ból w okolicy serca lub w samym sercu stanowią często temat skarg zarówno osobników, dotkniętych cierpieniami serca, nerwicami czynnościowymi, jak i chorych wyczerpanych lub małokrwistych. Te przykre uczucia posiadają przyczyny niezmiernie różnorodne, a charakter ich jest również nader rozmaity. U ludzi zdrowych przyczyną bicia serca i wogóle różnych uczuć w okolicy serca stanowią silniejsze skurcze tego narządu, jako odpowiedź na większe zapotrzebowanie krwi przez narządy, wykonywujące pewną czynność (praca, ruch); drugi czynnik tego rodzaju stano-

wią wrażenia psychiczne. Przeważna liczba chorych na serce doznaje uczucia strachu lub niepokoju w okolicy serca, co znajduje się często w związku bezpośrednim z cierpieniem serca (zwapnienie naczyń wieńcowych, zapalenie mięśnia sercowego), uczucia te osiągają szczytu w dusznicy bolesnej, której przyczynę nie zawsze stanowią zmiany w naczyniach wieńcowych, lecz i nadużycie tytoniu lub też czynniki naczynioruchowe. Zaburzenia rytmiki serca stają się również źródłem tych przykrych uczuć. Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy niemiarowością czynności serca pochodzenia nerwowego i zależną od cierpienia mięśnia sercowego czasem następcza poważne trudności. Pierwsza osiąga często wysokiego stopnia, bez względu na to, że mięsień serca zachował zupełną sprawność; druga daje bardzo przykre objawy subiektywne, jak kłucie w sercu, uczucie duszności, zawroty głowy i t. d. Dodać należy, iż nerwobóle międzyżebrowe w pewnych przypadkach bywają odczuwane, jako ból w okolicy serca. Dalej podobne objawy powoduje zaparcie nawykowe i wzdęcie brzucha, jak również pewne potrawy lub głód, atoli objawy odnośne nie zawsze bywają jednakowe, co zależy od podrażnienia gałązek nerwu błędnego. Co się tyczy uczucia duszności, to przy zupełnie zdrowym sercu najczęściej spotykamy je wtedy, kiedy objętość serca w stosunku do wymiarów klatki piersiowej jest zbyt wielka. W końcu niedostateczne umocowanie serca czyli t. zw. serce wędrujące daje zazwyczaj przykre objawy bólów w okolicy narządu.

— O znaczeniu soli mineralnych w zaburzeniach odżywiania u ssawców mówił dr L. MEYER na posiedzeniu członków sekcji pediatrycznej Tow. Lek. w Salzburgu. Wiadomo, że mleko kobiece dostarcza soli mineralnych, niezbędnych dla rozwoju ssawca. Mleko krowie zawiera więcej pewnych soli, niż kobiece, lecz ciśnienie osmotyczne jednego i drugiego jest jednakowe; pod względem innych własności fizycznych różnice nie są tu zbyt wielkie, jedynie tylko mleko kobiece zawiera więcej wolnych jonów. Różnice te jednak nie tłumaczą nam tak wybitnie róż-

nych skutków, jakie spostrzegamy przy karmieniu sztucznym i naturalnym. Przystawanie soli mineralnych przez ustrój ssawca nie ulega wielkim różnicom bez względu na rodzaj pokarmu, wzgl. mleka, aczkolwiek sole te grają niezmiernie ważną rolę, jako czynnik regulujący wzrost, ciężar ciała, ciepłotę i tętno ssawca. FREUND pierwszy zwrócił uwagę na to, że przyswajanie soli wpływa bardzo wyraźnie na zatrzymywanie wody przez ustrój ssawca. Łatwo się o tem przekonać przez usunięcie soli z pokarmu: natychmiast prawie następuje spadek ciężaru ciała, co trwa dopóty, dopóki nie powiększymy ilości soli. Według poglądów współczesnych chlorki stanowią regulator w przyswajaniu wody. Badając zmiany w ciężarze ciała, które powstawały po dodaniu do pokarmu pewnych rodzajów soli mineralnych, L. MEYER i S. COHN dowiedli, że w samej rzeczy sól kuchenna sprzyja zatrzymywaniu wody przez ustrój. Badania dalsze nad działaniem soli kuchennej dowiodły, że sprzyjające wzrostowi ciała działanie jonu chlorowego natychmiast ustawało, kiedy chlor podawano jednocześnie z potasem lub wapniem, sod zaś działał wprost przeciwnie. Najkorzystniejsze wyniki otrzymywano przy stosowaniu chloru w połączeniu z sodem. Połączenia jonów potasu i wapnia albo pozostawały bez wpływu na kierunek krzywej ciężaru ciała albo powodowały nagły jej spadek. Równie wyraźnie zarysował się wpływ soli mineralnych na regulację ciepłoty ciała. Tętno i liczba leukocytów ulegały również zmianom pod wpływem podawanych soli mineralnych. Badania nad mineralną przemianą materii w okresie zaburzeń jej równowagi czyli t. zw. dekompozycji wykryły znaczne zboczenia od normy. Gdy dodatek tłuszczu u zdrowego ssawca prawie nie wpływa na przyswajanie związków mineralnych i polepsza bilans ogólny, to w okresie zaburzeń równowagi mineralnej nadmiar nawet nieznaczny powoduje taką zwyżkę wydzielania popiołu w kale, że należy przypuszczać, iż jednocześnie wzrasta strata soli mineralnych, mianowicie w przypadkach zakłócenia równowagi bilansu ogólnego ustrój traci sole wapnia i magnezyi, a w razie biegunek, połączonych z upadkiem ciężaru ciała,

czyli w okresie dekompozycji następuje utrata soli alkalicznych. Leczenie dyetetyczne, mające na celu wyrównanie zaburzeń wspomnianych, polega na podawaniu soli mineralnych, dopóki ilość ich nie powróci do dawnego stanu. Co się tyczy zaburzeń trawienia żołądkowego (dyspepsia) i zatruc, to w tym kierunku nie posiadamy dotąd żadnych badań wyczerpujących. Prawdopodobnie w przypadkach zatruc następuje również utrata związków alkalicznych na skutek obfitego tworzenia się kwasów w przewodzie pokarmowym. Pewnym jest tylko, że w tych okresach nawet mało nasycone roztwory soli powodują wybitne podniesienie ciepłoty ciała.

— Na posiedzeniu członków Tow. Lek. w Hamburgu dr PREISER wygłosił odczyt pod tytułem: „Znaczenie praktyczne zmian patologicznych w płaszczyznach stawów”. Mówca zaznacza, że, aczkolwiek wiadomości nasze, dotyczące przewlekłych cierpień stawów, w czasach ostatnich rozszerzyły się znacznie, to jednak zwykle zapalenie zniepodobniające stawu kulszowego, zwane *malum coxae*, pod względem przyczynowym mało jeszcze zostało wyjaśnione. Może ono występować w każdym wieku i w każdym stawie, aczkolwiek powinno być ściśle odróżniane od postaci opisanej przez HOFFE; ostatnie zajmuje naraz kilka stawów i posiada charakter postępujący. W okresach późnych tego cierpienia spotykamy zwykle tworzenie się wybujałości kostnych (osteofity) na brzegach stawów, lecz nigdy nie spostrzegamy zaniku kości. Pod względem klinicznym charakterystyczne są bóle w zajęтым stawie, gdy chory podnosi się, i ulga, gdy chory „się rozchodzi”. Zanim jednak dojdzie do utworzenia się wybujałości kostnych, a więc w okresach wczesnych, rozpoznanie właściwe następuje dużo trudności, ponieważ wtedy istnieje głównie zwyrodnienie chrząstki i bujanie torbki stawowej (*Lipoma arborescens*). A jednak i w tych wczesnych okresach na rentgenogramach udaje się stwierdzić charakterystyczne zmiany w ustawieniu wzajemnym oddzielnych części stawu. Chorzy, dotknięci zapaleniem zniepodobniającem stawu kulszowego,

zazwyczaj przez czas dłuższy skarżą się na rwę kulszową, częstokroć połączoną z nerwobólami n. biodrowego; w innych stawach natomiast objawy wczesne nie posiadają cech nerwobólu, lecz na pierwszy plan występuje raczej zeszywnienie stawu, ograniczenie swobody ruchów, a bóle przy ruchach bywają tak silne, że stanie i chodzenie jest połączone z wielkimi trudnościami. Czasem te objawy wczesne są opisywane, jako oddzielna jednostka chorobowa, jak np. opisane przez BRODIE bóle w stawach kolanowym i łokciowym. Zdaje się, że do tego samego szeregu należy opisana przez HURTA nerwica przedramienia u szwaczek, dalej bóle w stawie łokciowym u oddających się grze w tennis i t. p. We wszystkich tych przypadkach zdjęcia rentgenowskie wykrywają obecność zmian patologicznych w płaszczyznach stawów, t. j. przesunięcie względem siebie pewnych części stawów, co pozwala nam przypuszczać, iż niejasne dolegliwości stawowe zależne są od przyczyn statycznych, a ponieważ spotykamy je w przypadkach zapalenia stawów zniepodobniającego, wnosić należy, iż tu i tam przyczyny są te same. Dlatego prelegent cierpienie omawiane nazywa *arthritis deformans statica*. Twierdzenie swoje mówca opiera na licznych preparatach anatomicznych. Co do stawu kulszowego, to panewka prawidłowa powinna znajdować się na przedłużeniu przecięcia podłużnego główki, krzywicowa zaś panewka jest skierowana bardziej ku przodowi. W ostatnim przypadku nawet przy najsilniejszym nachyleniu miednicy większa część chrząstki, pokrywającej główkę, nie styka się z panewką, skutkiem czego ulega zanikowi, a następnie sprzyja rozwinięciu się zap. stawu z niepodobn. Jeżeli panewka jest ustawiona bardziej nazewnątrz, co zdarza się bardzo często i stanowi najprostsza przyczynę *malum coxae*, również część powierzchni główki kości biodrowej przy ustawieniu nogi w kierunku strzałkowym nie styka się z panewką; jednocześnie górny brzeg kości udowej ulega skrzyśnięciu ku przodowi. W razie złych stosunków statycznych nogi kłykieć boczny kości goleniowej sterczy swobodnie, i powierzchnia jego nie styka się z dolną powierzchnią kłykcia kości

biodrowej. Przy zakłóceniu warunków statycznych w stawie łokciowym można często stwierdzić, że powierzchnia stawowa główki kości sprychowej nie przylega do dolnej powierzchni kłykcia kości ramieniowej. Należy przypuszczać, że bóle w krzyżu (*lumbago*) często powstają na tle nagłego przesunięcia odnośnych powierzchni stawowych, ztąd widzimy te bóle często po naciąganiu nogi lub w przebiegu ciąży. Być może, iż i białkomocz ortostatyczny ma tu właśnie swe źródło, ponieważ na skutek czasowego wygięcia kręgosłupa ku przodowi następuje ucisk na aortę, a wszak BRUEGER wywoływał doświadczalnie białkomocz przez ucisk na aortę. A więc pierwotną przyczynę zapalenia stawów z niepodważającego stanowi zakłócenie statyki. Dziś nie możemy jeszcze odpowiedzieć na pytanie, czy powstaje ono na skutek tego, że chrząstka, pokrywająca powierzchnię stawową kości, ulega zanikowi z powodu bezczynności, lub że następują pewne zmiany w torebce maziowej, albo wreszcie że następuje skrócenie i uszkodzenie torebki stawowej. Co się tyczy wyrostki kostnych, t. z. osteofitów, to mówca sądzi, że stanowią one wynik leczniczy ze strony samego ustroju ponieważ dzięki im powierzchnia stawowa ulega rozszerzeniu, przez co ułatwia się przystosowanie stawu do zmienionych warunków statycznych.

K. Z.

— BRINCKERHOFF i MOORE na drugim międzynarodowym zjeździe leprologów w Bergen (Norwegia) przedstawili komunikat następujący w kwestyi znaczenia badań przegrody nosowej i wydzieliny z nosa dla wczesne-

go rozpoznania trądu. Badanie nosa, według autorów, nie daje wyników pod względem dyagnostycznym dostatecznych, gdyż procent trędowatych ze zmianami w nosie nie odpowiada istotnej liczbie chorych na trąd i jest znacznie mniejszy. Badanie nosa nie daje możliwości rozpoznania trądu w początkach rozwoju cierpienia. Nosy dzieci zdrowych od rodziców trędowatych niczem się nie różnią od nosów dzieci, pochodzących z rodziców zdrowych. Gdzie dla jakichś powodów nie można przeprowadzić badań szczegółowych pośród, dajmy na to, wszystkich podejrzanych członków danego szczepu, tam badanie przegrody i wydzieliny nosowej jest niezmiernie cenne, gdyż pozwala wykryć przynajmniej przypadki najniebezpieczniejsze, przebiegające ze zmianami w nosie. Obserwacje swoje autorzy przeprowadzili na mieszkańcach wysp Hawajskich, gdzie przypuszczalnie jeden na 165 jest zarażony trądem.

(N. Y. M. R. 1909 Nov. 20).

— VOSANYI i LENART na ostatnim zjeździe międzynarodowym w Budapeszcie znów zwrócili uwagę na znaczenie cierpień migdałków w gościcu stawowym. Autorzy ci stwierdzili przy najzupełniej czystych na powierzchni migdałkach w głębi, po ich częściowem usunięciu, zapalenie ropne krypt (*lacunitis*), które bez wątpienia jest źródłem zakażenia gościcowego. Wobec tego VOSANYI i LENART w każdym przypadku reumatyzmu radzą natychmiast usunąć jak najdoszczętniej migdałki.

(N. Y. M. R. 1909. Nr. 2037). *Szleifstein.*

Notatki Terapeutyczne.

+ Prof. DONATH w porażeniu postępującem zaleca nukleinian sodu według przepisu:

Rp. Natr. nucleinici

Natr. chlorat. aa 2,0

Aq. destil. sterilis. 100,0

Połowę lub całą dawkę powyższą wstrzykuje się co 5 — 7 dni i zabieg ten pow-

tarza się najwyżej 8 razy. Po wstrzyknięciu ciepłota ciała podnosi się częstokroć do 38,5°C.

+ Prof. STROGANOFF przeprowadza zapobiegawcze leczenie drgawek porowych w ten sposób, że chora otrzymuje podskórnie 0,015 morfiny; po upływie godziny od początku leczenia 2,0 wodanu chlorału,

po 3 godzinach znów 0,015 morfiny, po 7 godzinach 2,0 wod. chloralu; po 13 godz. 1,5 wodanu chloralu; a po 21 godz. 1,5 wod. chloralu. Jednocześnie z chloralem stosują u chorej lawatywy 4—5 dzien. z 150,0 do 250,0 roztworu fizyologicznego soli kuchennej, rzadko mleko i herbatę.

† D-r SCHASBERG zaznacza, że nowy przetwór rtęciowy do leczenia kiły, wypuszczony przez berlińską firmę A. Koch pod nazwą Mergandol, składa się, według analizy ZERNIKA, ze słabego roztworu sublimatu z dodatkiem soli kuchennej i gliceryny. Wstrzykiwania tego środka są bardzo bolesne, a działanie bardzo niepewne.

+ Według d-ra ROSENHAUPTA lawatywy z fizyologicznego roztworu soli kuchennej wywierają działanie swoiste w przypadkach skur-

czu o d d ż w i e r n i k a u ssawców. Cierpienie to ma powstawać skutkiem nadmiernego wydzielania się soku żołądkowego, doświadczenia zaś BENZURA na psach pouczają, że wlewania roztworów soli kuchennej do кишки prostej powodują znaczne zmniejszenie wydzielania soku żołądkowego.

+ D-r MEYER zaleca gorąco koryfinę w leczeniu ostrego nieżytu nosa. Za pomocą pendzelka wprowadza się lek do jednego otworu nosowego, a po zatknięciu drugiego należy płyn wciągnąć głęboko do przewodów nosowych. W przypadkach ostrego podrażnienia krtani bardzo są skuteczne cukierki, zawierające koryfinę; poza tem środek rzeźczony doskonale nadaje się do stosowania zamiast mentolu w cierpieniach krtani i gardzieli.

(Therap. Monatsh. H. 12). K. Z.

Wiadomości bieżące.

— Na prezesa W. Tow. lek. wybrano ponownie kol. Gabszewicza, na wiceprezesa kol. Hewelkego, na sekretarza kol. Wilczyńskiego.

— Jakiś filantrop amerykański, z nazwiska nieznanego, przeznaczył 100000 dolarów dla wynalazcy środka przeciwgruźliczego. Funduszem tym zarządza „Yale Medical School” przy „Yale University”. Utworzono specjalną komisję z wybitnych lekarzy amerykańskich (Trudeau, Flexner, Welsch, Lawrence i Biggs), której zadaniem będzie badanie z procentów od funduszu każdego ogłoszonego środka, przedstawionego lub nie przedstawionego do nagrody. Nagrodę całą otrzyma wynalazca (przyrodnik czy lekarz), którego środek w ciągu 5 lat wytrzyma próbę swej niezawodnej przeciw suchotom skuteczności. O nagrodę ubiegać się mogą wszystkie narodowości.

(Med. Rec. 2039. 1909).

— Praktyczeska ja Medycyna obchodzić będzie 25-lecie swego istnienia 12 b. m.

Szanowny Panie Redaktorze!

Wyrażając niniejszem szczerą wdzięczność Szan. Komitetowi Konkursu im. Majkowskiego za wyróżnienie mego artykułu, pośpieszam zawiadomić, że przyznana mi kwota wraz z całkowitem należnem mi od „Medycyny” honorarium za r. 1909 przeznaczam do uznania tegoż komitetu na nagrodę za najlepszą pracę oryginalną lub wykład kliniczny z dziedziny t. zw. pogranicza (Grenzgebiet) medycyny wewnętrznej i chirurgii, jaka ukaże się w „Medycynie” w r. 1910.

W nadziei, że w ten sposób w miarę mej możności zdołam przyczynić się do ożywienia w tym kierunku naszej literatury lekarskiej, pozostaję z wysokim szacunkiem.

Kazimierz Rzętkowski.

Redakcja przyjmując z prawdziwą wdzięcznością dar sz. kol. Kazimierza Rzętkowskiego, zaznacza, iż ofiarowana suma wynosi rb. 100, i że warunki bliższe konkursu zostaną ogłoszone w jednym z najbliższych numerów pisma naszego.

Przyp. Redakcyi.

Z AMIAST ŻELAZA!

Z AMIAST TRANU!

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.

Silnie pobudza apetyt.

Daje wyśmienite wyniki w angielskiej chorobie, żółtaczce, ogólnym osłabieniu, bezkrwistości przy osłabieniu serca i nerwów i u rekonwalescentów po zapaleniu płuc, grypie i in. chorobach

Odnacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

Bez dodatku kwasu borowego i salicylowego i wszelkich innych środków antybakteryjnych zawiera prócz zupełnie czystej hemoglobiny wszystkie sole świeżej krwi, a szczególnie nadzwyczaj ważne sole kwasu fosforowego (kali, natri i lecytynę), prócz tego niemniej ważne białkowizwiązki surowicy w czystej skoncentryowanej postaci bez żadnego rozkładu. Jako środek odtwarzający krew, dyetyczny i wzmacniający, zawierający żelazo, hematogen nie da się zastąpić przy wszystkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych.

Absolutny brak laseczników gruźliczych zagwarantowany wielokrotnie opisanym przez nas sposobem przygotowania przy zastosowaniu możliwie wysokiej temperatury. Takiej gwarancji nie dają nigdy sposoby przygotowania w chłodzie (zapomocą eteru i t. d.)

—Ostrzegamy przed fałszerstwem i prosimy zawsze zapisywać **Hematogen D-ra HOMMELA.** —

Dawki dobowe: Dla ssawców 1—2 łyżeczek od herbaty z mlekiem (temperatura napoju! dla starszych dzieci 1—2 łyżek deserowych (czyste); dla dorosłych —2 łyżek stołowych na pół godziny przed jedzeniem, ze względu na wybitne własności preparatu pobudzania apetytu.

Dla pp. lekarzy, pragnących osobiście wypróbować nasz preparat wysyłamy **bezpłatnie i z bezpłatną przesyłką** próbne ilości.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

Fabryka Hematogenu D-ra HOMMELA. Petersburg, ul. Smoleńska № 33.

NORIDAL

Nadzwyczaj skuteczne i prawie we wszystkich przypadkach **absolutnie pewne** czopki przy wszelkich **CIERPIENIACH HEMOROIDALNYCH** do racjonalnego i pewnego usunięcia wewnętrznych i zewnętrznych hemoroidów, do **TAMOWANIA KRWOTOKÓW** (nawet w przypadkach zadawnionych), wybornie działające **AD-STRINGENS KISZKOWE** i **ANTISEPTICUM**. Czopki — Noridalowe odpowiadają nowoczesnym wymaganiom leczenia hemoroidów i zawierają następujące skuteczne składniki: Ciepły morat, 0,05, Całci jodat, 0,01, Paraneprhin, 0,0001, Bals. peruv. 0,1.

Literatura: Prof. Boas—Berlin, Kehr—Haberstadt, Pickard—Berlin, Sandberg—Berlin, Zibell—Monachium, Wright—Londyn, Silvestri—Rzym, Dawson—Londyn.

CASTOREUM BROMID „WEIGERT“

Antihy-
steri-
cum,
Antie-
pilecti-
cum,

Hypnoticum S dativum. Specyfik dla wszelkich nerwic systemu krążenia i centralnego systemu nerwowego Castoreum Bromid stosuje się w przypadłościach neurastenicznych wszelkiego rodzaju, w bólu głowy, w bólach nerwowych umiejscowionych w określonych okolicach, w bezsenności, w funkcyjnych nerwicach serca i bicia serca, w drgawkach i nerwowych drganiach u dzieci, w stanach epileptycznych, epileptoidalnych, i histerycznych. Środek ten zalecają: Rada dworu Professor Dr. Binswanger Jena, Tajn. Rad. Lek. Prof. Enlenburg Berlin Dr. Mierzwiński, Zakład Lecznicy Nerothal Wiesbaden, Dr. Krongold Kraków, Dr. Ketterer Bad Petersthal, Dr. Kühnau Wrocław.

CASCOFERRIN „WEIGERT“

Nowy preparat żelaza, pobudzający czynność kiszki, zawiera Triferrin—Knoll w aromaty zwanym wyciągu — Cascara, Mała zawartość alkoholu, bardzo przyjemny, zatwierdzonym przez Mini-

smak. Prawdziwy „Muiracitin i Noridal,“ tylko w rosyjskim opakowaniu, steryum Przemysłu i Handlu.

Zalecany przez Dra. M. Singer — Wiedeń i Radcę Sanitarnego Dr. Haupt Tharandt.

Literatura i próby gratis i franko.

Kantor chemicznych preparatów — St. Petersburg Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant S. Rościszewski Warszawa, Bracka 6 telef. 128.46.