

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 44.

Warszawa d. 29 października 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 drobnym piśmem 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. Metz 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. — Zapalenie tętnic ostre z chromaniem przestankowem podał Henryk Higier. — Istota histeryi w świetle nowoczesnych teorii psychologicznych, napisał Władysław Sterling. — O wysypkach występujących u dzieci po szczepieniu ospy ochronnej, podała Matylda Biehler. — WYKŁAD KLINICZNY. Prof. G. Sticker (Giessen). II. Rozpoznanie kliniczne moru. — Zjazd chirurgów polskich w Warszawie, dnia 6-8 października 1910 roku. (Dokończenie). — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Zmarli. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

ZAPALENIE TĘTNIC OSTRE z chromaniem przestankowem.

podał

Dr. Med. Henryk Higier.

W. ERB ogłasza w jednym z ostatnich numerów „Münchener medicinische Wochenschrift“ (N. 22. 1910) wypowiedziany przezeń na 35-m Zjeździe neurologiczno-psychiatrycznym odczyt: „O swoistej, nieznannej ostrej postaci chorobowej tętnic (*arteriitis acuta*) z przejściem w stwardnienie i z chromaniem przestankowem“.

Temat ten nie stracił wiele na świeżości i aktualności pomimo bardzo obfitego piśmiennictwa odnośnego z ostatniego dziesięciolecia. Nie wydaje mi się przeto zbyt blizsze zaznajomienie się z tą niezwykle postacią, zdaniem ERBA, nietylko bardzo rzadką, ale też niezmiernie pouczającą. Sprawa tem bardziej zasługuje na uwagę, że znajomość tej praktycznie nader ważnej jednostki chorobowej w istocie nie wniknęła jeszcze wcale do ogólnej świadomości lekarskiej, to też cierpienie omawiane, w przebiegu swoim wielce ciężkie, obecnie nie o wiele rzadziej, niż dawniej, przez lekarzy —

praktyków bywa przeoczane lub błędnie rozpoznawane. Nie odróżniają się też pod tym względem lekarze z Cesarstwa i Królestwa, tej, według wyrażenia ERBA, klasycznej krainy chromania przestankowego.

ERB opisuje szczegółowo dwa własne spostrzeżenia kliniczne i wyraża zdanie, że przypadki analogiczne samoistnego ostrego zapalenia tętnicy na obwodzie są mało albo wogóle nieznanne; zarówno jego wywiady u doświadczonych starszych kolegów, jak przestudyowanie bardziej znanych i wyczerpujących nowszych streszczeń zbiorowych i sumienne poszukiwania w opracowaniach oryginalnych sprawy arteriosklerozy pozostały bezskuteczne. ERB skromnie nazywa doniesienie swoje „tymczasowem i pobieżnem“ prawdopodobnie z tego powodu, że może się powołać jedynie na spostrzeżenia kliniczne bez danych sekcyjnych, i to takie, które dosyć późno dostały się do rąk jego: w 2½, względnie w 3½ roku po początkowym ostrym okresie choroby. Sądzi mimo to, że kliniczna ta postać już w obecnym okresie zasługuje na bliższe rozpatrzenie, „ażeby pobudzić innych klinicyстів do ogłoszenia podobnych spostrzeżeń lub danych odnośnych z piśmiennictwa lekarskiego“.

Korzystam chętnie ze sposobności do dyskusowania nad ostrą postacią chromania przestankowego i pewnych odmian tejże i w kilku słowach wspomnę o swoim własnym przypadku, który ERB przytacza jako jedyny w piśmiennictwie, analogiczny z jego własnymi. Czynię to tem skwapliwiej, że ERB, analizując przypadek, wyraża żal, że miał pod ręką jedynie krótki referat z przedstawionego przed laty, a nie ogłoszonego przeze mnie przypadku.

Rzecz dotyczy chorego, obserwowanego przeze mnie od pierwszych prawie dni choroby w ciągu roku do nastąpienia znacznej poprawy, a przedstawionego w Sekcji

neurologicznej w dniu 16 lutego 1907 r. pod tytułem: rzadka postać *claudication intermittente* ¹⁾).

Przy pierwszej wizycie mojej, jaka miała miejsce w końcu 2-go tygodnia, mogłem stwierdzić, co następuje:

25 letni semita zachorował prawie nagle na bóle prawej stopy. W ciągu kilku dni rozwinął się całkowity obraz, jaki mi się przedstawił w końcu 2-go tygodnia. Dreszcz, gorączka, niedomaganie ogólne nie poprzedzały choroby, miejscowe obrzmienie, niezwykła czerwoność lub błądź miejscowa, sinica, ciepło lub zimno nadmierne — nie miały miejsca. Wewnętrzne narządy są zdrowe, zwłaszcza nietknięte jest serce, brak szmerów, akcentuacji 2-go tonu i wzmożonego ciśnienia w tętnicach. Brak małokrwistości. Mocz bez białka i cukru.

Wybitne bóle prawej stopy i podudzia, wzmagające się znacznie przy chodzeniu. To ostatnie wywołuje po 30 — 40 krokach uczucie zmęczenia i przykrego drętwienia w łydce, które zmusza do zatrzymania się i wypoczywania. Powstająca przy kilkakrotnem zginaniu i rozginaniu stopy błądź ogólna nogi, a przy miejscowym ucisku skóry — błądź ograniczona znikają bardzo powoli, zwieszająca się noga zabarwia się z lekka różowo-sinawo, a na dotyk jest zimniejsza od zdrowej. Nadwrażliwość stopy.

Obrzmienia i nadczułości łydki niema. Brak tętna w prawej tętnicy grzbietowej stopy i w piszczelowej tylnej. W przebiegu choroby występuje bardzo bolesne, prowadzące noce bezsenne owrzodzenie 2 i 3 palca stopy. Radiograficznie nie udaje się wykryć zwapnienia naczyń nogi. Wywiady stwierdzają, że pacjent, z rodziny neuropatycznej pochodzący, agent handlowy, był zaw-

¹⁾ P. Protokół w „Medycynie“ 1907 pp. 374 i 387.

szcze zdrów, nie przechodził przymiotu, nie nadużywał napojów wyskokowych, nie podlegał urazom, zaziębieniu i wstrząśnieniom psychicznym. Od lat 18-tu palił miernie i chodził bardzo dużo.

Z przebiegu choroby zasługuje na wzmiankę, że wszelkie środki przeciwbólne i nasenne pozostały bez skutku. Bezsenne, w bólach spędzone noce w wysokim stopniu zdenerwowały chorego, który chętnie gotów był się poddać amputacji stopy, zaproponowanej przez konsultujących lekarzy. Po upływie 3 miesięcy, podczas leczenia prądem stałym stan zaczął się stopniowo poprawiać, bóle się zmniejszały, owrzodzenie się zatrzymywało, a chromanie przestankowe przycichło. Stan chorego poprawiał się tak dalece, że po upływie 6 tygodni przedsięwziął siedmiomiesięczną zawodową podróż, którą pomyślnie doprowadził do końca.

Podczas przedstawiania chorego w Tow. Lek. jeszcze stwierdzić się dało podmiotowo: obniżenie ciepłoty prawej nogi, zabarwienie zlekką sinawę stopy, dysbazyja przepuszczająca przy dłuższym chodzeniu, tętno zupełnie zniesione, względnie ledwie tu i owdzie wyczuwalne w tętnicy tylnej piszczelowej.

(D. n.).

Istota histeryi w świetle nowoczesnych teorii psychologicznych.

Napisał

D-r Władysław Sterling

(odeczyt w sekcji neurologicznej d. 17 Maja 1910 r.)

(C. d.)

Mniejsza narazie o czysto kliniczną słuszność stanowiska i o sprawę, czy niektóre z objawów, które w ten sposób wyeliminowane zostały z histeryi, nie mogą być istotnie

wywołane drogą sugestyi choćby hipnotycznej, co dla niektórych objawów naczynioruchowych i troficznych bynajmniej nie zostało jeszcze ostatecznie przesądzone. Chodzi tu przede wszystkim o określenie samej sugestyi, które u BABIŃSKIEGO zaczerpnięte jest raczej ze słownika LITTRÉGO, aniżeli z głębszej analizy psychologicznej. Pomijam rozgraniczenie sugestyi od wyperswadowania, któremu zbywa na dostatecznej podstawie naukowej, o którym to rozgraniczeniu sam twórca często zdaje się zapominać, ważniejsze jest jednak to, że pojęcie sugestyi jest u BABIŃSKIEGO tak rozległe i nieograniczone, że na dobrą sprawę zawrzeć może w sobie najróżnorodniejsze mechanizmy psychiczne, zdolne wytłumaczyć wszelkie objawy histeryczne. Jestto bardzo znamienne, że, interpelowany podczas zeszłorocznej dyskusyi w paryskim Towarzystwie neurologicznym, wyraził się B., że określenie, jakie należy dać sugestyi, nie jest kwestyą „poglądu” — ale kwestyą „umowy”. Jest tedy w koncepcyi BABIŃSKIEGO kwestyą „umowy”, że sugestyą jest to, co wywołuje objawy histeryczne, a histeryą jest to, co zostało wywołane przez sugestyę, czyli że powstaje błędne koło, z którego niepodobna się wydostać. Jednym z najbardziej ważkich argumentów, na którym opiera się t. zw. teoria pityatyizmu, jest fakt, że z biegiem czasu przejawy histeryi zmieniły swą fizyonomię kliniczną; nie widzimy już jakoby tych wielkich ataków, porażeń, przykurczeń, które trwały całemi latami, nie widzimy czterech klasycznych faz ataku, wielkich stanów hipnotycznych z letargiem, katalepsyą, somnambulizmem, nie widzimy tych wielkich epidemii psychicznych histeryi, któremi słynęły wieki średnie, nie widzimy dziś, jednym słowem, wielu objawów histeryi, które nazywa BABIŃSKI p a l e o p a t o l o g i ą. Ma to oznaczać wielki wpływ, jaki wywiera środowisko na objawy

histerii. Pomijam tu narazie fakt interesują-
cy, który następcza nam historia medycyny,
polegający na tem, że niektóre postaci klinicz-
ne z biegiem wieków istotnie zmieniają swą
fizyonomię poza wszelkimi wpływami psy-
chogenicznymi (stwierdzone to jest np. pozy-
tywnie dla porażenia postępującego, w któ-
rem coraz rzadziej spotykamy klasyczne daw-
ne postaci podniecenia z potwornymi uroje-
niami wielkości, coraz częściej natomiast po-
staci demencyjne). Ważniejsze daleko wydaje
mi się stwierdzenie faktu, że wpływ s r o d o-
w i s k a bynajmniej nie da się utożsamić z
wpływem sugestii. Wogóle dla BABIŃSKIEGO
pojęcie naśladownictwa, zakażenia psychicz-
nego są z pojęciem sugestii najzupełniej iden-
tyczne, a tymczasem jasną jest rzeczą, że za-
równo przy naśladownictwie, jak i psychicz-
nej infekcji wchodzić może w grę cały sze-
reg chorobotwórczych motywów psychicz-
nych, które nic wspólnego z sugestją nie
mają i które działać mogą poza wszelką sug-
gestją — a więc charakter umysłowości cho-
rego, jego wzruszeniowość i t. p. Nawet w
takich przypadkach, gdzie widoczny i jasny
jest odmienny mechanizm powstawania zja-
wisk histerycznych, np. powstawanie lub wy-
leczenie porażenia histerycznego pod wpły-
wem pożaru, BABIŃSKI w sposób zupełnie
sztuczny i naciągany neguje znaczenie wzru-
szenia w powstawaniu lub wyleczeniu tych
objawów, twierdząc, że objawy te powstały
lub usunięte zostały tylko dlatego, że chory
już dawniej z opowiadań otoczenia wiedział,
że tą drogą może nastąpić wyleczenie, że
więc i tutaj rolę odegrała a u t o s u g g e-
s t y a. Nie będę zastanawiał się bliżej nad
brakami tego rozumowania, gdyż do roli
emocji w powstawaniu zjawisk histerii —
będę musiał jeszcze niejednokrotnie powró-
cić. Istnieją wreszcie fakty czysto kliniczne,
które absolutnie nie dadzą się pogodzić z teo-
ryą pityatyizmu: znane zjawiska kliniczne,

że napady Menierowskich zawrotów głowy
lub napady epileptyczne mogą bezpośrednio
przekształcać się w napady histeryczne, któ-
rych zupełnie nie imitują — absolutnie nie da-
dzą się objaśnić drogą jakiegokolwiek działania
sugestii; istnieją wreszcie przypadki znie-
czulenia u osobników histerycznych, u któ-
rych najbardziej dokładna analiza nie zdołała
wykryć w genezie tych objawów żadnego
udziału sugestii ani ze strony lekarza, ani ze
strony otoczenia chorego.

Następny zarzut jeszcze poważniejszej-
szej natury da się streścić w sposób następu-
jący: tak jak nie jest to zgodne z rzeczywis-
tością, że objawy histeryczne dają się wywo-
łać li tylko za pomocą sugestii, tak nie jest
prawdą, że objawy, które nazywa BABIŃSKI
pityatycznymi, dają się zawsze wywołać za po-
mocą sugestii. Dla definicyi zaś, która ma
pretensję do próby dosłownie eksperyment-
talnej, jest to *conditio sine qua non*. Tymcza-
sem jestto rzeczą, której uczy codzienne do-
świadczenie kliniczne, że objawy, o których
mowa, wywołać można tylko u niektórych o-
sobników histerycznych, tych, którzy są już,
że tak powiem, wytresowani w danym kierun-
ku, lub tych, co są na drodze do wyleczenia.
I znowu definicya staje się czystą grą słów:
objawy histeryczne są to te, które wywołać
można u histeryków. Wiadomo pozatem, że
istnieje cały legion histeryków, którzy wyka-
zują li tylko objawy pityatyczne w sensie BA-
BIŃSKIEGO — którzy łatwo poddają się sugge-
stii wobec niektórych osób — lecz są absolutnie
niesugestyjni wobec lekarza — zwłaszcza, o
ile dotyczy to ich objawów chorobowych.
Istnieje wielu takich chorych, których lata ca-
łe, a nawet dziesiątki lat niepodobna wyleczyć
z ich t. zw. objawów pityatycznych. Wia-
domo dalej, że jeden i ten sam chory
łatwo daje się sugestyonować przez jed-
nego lekarza, a przez drugiego nie: dla
jednego więc będzie histerykiem, a dla

drugiego nie? Jestto niezmiernem zamącaniem sprawy uzależniać rozpoznanie histeryi od wyleczenia, gdyż rozpoznawać obowiązani jesteśmy jeszcze przed leczeniem. Lecz gdyby nawet było to prawdą, że t. zw. objawy pitiatyczne zawsze dadzą reprodukowac się za pomocą sugestyi, pozostanie rzeczą zupełnie niedowiedzioną, czy sztuczny ten produkt można uważać za identyczny z istotnemi zjawiskami histerycznemi, gdyż podobieństwa zewnętrzne nie dowodzą niczego w zjawiskach tak subtelnych i skomplikowanych, jakimi są objawy psychiczne: różnice psychologiczne mogą być bardzo znaczne i głębokie; należałoby przeprowadzić bardzo ścisłą porównawczą analizę psychologiczną istotnych objawów histerycznych i ich sztucznych reprodukcji, co zresztą nie wyjaśniłoby samego mechanizmu zjawiska. I niema absolutnie żadnego dowodu, że zjawiska, wywołane przez sugestję czyli t. zw. pitiatyczne, nie mogą być wywołane przez inny czynnik stokroć większej wagi, choćby przez w z r u s z e n i e. Dowodu tego nie mogła dostarczyć również i ankieta BABIŃSKIEGO, z której zdawał sprawę podczas wielkiej debaty styczniowej r. b. w Paryskim Towarzystwie neurologicznem, poświęconej sprawie wpływu emocyi na choroby umysłowe i nerwowe: obchodził on mianowicie trupiarnie rozmaitych szpitali paryskich i rozpytywał posługaczy tych trupiarni, czy u kogo z rodziny odwiedzających zwłoki spostrzegali ataki histeryczne, na co jakoby otrzymywał wszędzie odpowiedź przeczącą. Pomijając fakt, że atak histeryczny nie wyczerpuje obrazu histeryi, pomijając fakt, że dla powstania histeryi niezbędne jest pewne usposobienie, że nerwica rozwinąć się może po urazie wzruszeniowym w długie lata po jego powstaniu, trudno jest liczyć się poważnie z metodą naukową, rozstrzygającą zawile problemy psychologiczne na zasadzie zeznań posługa-

czy, które prócz tego mogą być fałszywie za-barwione zupełnie naturalnemi omamami pamięci. To też na posiedzeniu tem dominująca rola wzruszeń została przyznana niemal jednogłośnie przez wszystkich uczestników z wyjątkiem jednego tylko BABIŃSKIEGO, a byli między nimi tej miary ludzie, jak JANET, VOGT, REYMONT, DÉJÉRINE, SOLLIER, CLAUDE, BALLET, CVOČO i inni. Jeżeli dodamy do wszystkiego, co wyżej powiedziano, że sugestya pomimo licznych badań w tym kierunku jest do dzisiejszego dnia zjawiskiem zupełnie ciemnem, że różni badacze pojmują ją jaknajrozmaiciej, że jedni z BERNHEIMEM i DUBOIS na czele uważają ją za zjawisko czysto fizyologiczne, inni za objaw patologiczny właściwy jedynie histeryi—to wyniknie z tego jasno, że opierać definicyę histeryi wyłącznie na sugestyi—jestto wyjaśniać sprawę ciemną przez inną jeszcze bardziej ciemną. Słusznie też wyraził się CLAPARÈDE, że określać zjawiska histeryczne, jako coś, co m o ż e być wywołane przez sugestję, jest to tak, jakgdyby określać, że śmierć to jest to, co m o ż e być wywołane przez odcięcie głowy. Jestto wprowadzić słuszne, ale z takich prawd nauka ma niewiele pożytku.

(C. d. n.).

O wysypkach występujących u dzieci po szczepieniu ospy ochronnej.

podała

Matylda Biehler.

(C. d.).

Słuzówki pozostają zazwyczaj bez zmiany, MYA i PIRQUET rzadko kiedy spostrzegali obrzęk głośni i wskutek tego kurcz głośni; rzadko też kiedy daje się spostrzegać zapalenie łącznicy, słuzówki, jamy nosowej, czasem rozlany niezbyt oskrzeli (częściej), niekiedy krwawa biegunka.

W y s y p k a, która najczęściej towarzyszy wszystkim tym objawom, niekiedy jednemu z wyżej wymienionych, przybiera według HARTUNGA postać p o k r z y w k i, wysypki podobnej d o o d r o w e j, d o s z k a r l a t y n o w e j (*erythema diffus.*), w i e l o k s z t a ł t n e j; niekiedy po jednym rodzaju następuje nowy, wreszcie często daje się zauważyć szereg form przejściowych; rodzaj wysypki zależy od stanu skóry, według v. PIRQUETA występują wysypki najpierw na miejscu zastrzyknięcia, niekiedy jestto nawet jedyny odczyn, na pozostałych częściach ciała występują symetrycznie. Autor ten stwierdził silne swędzenie przy pokrzywce, zwraca też uwagę na to, że wysypka podobna do odrowej oraz wysypki wysiękowe występują częściej na zewnętrznej stronie ciała, najczęściej na kończynach. U niektórych chorych stwierdził PIRQUET wysypkę t. zw. charłaczą (*kachektisches Erythem*), wysypka taka jest blado-żółtawa; skóra wydaje się jakby ubarwiona, nierówna (najczęściej u dzieci źle odżywianych, rzadko bardzo daje się spostrzegać w y s y p k a k r w o t o c z n a).

Pomimo tych wszystkich objawów i wysokiej ciepłoty stan ogólny jest wogóle dobry, nawet w ciężkich przypadkach w razie niepokoju, braku apetytu, zmęczenia, obrzęków, chęci do płaczu i wymiotów (ten ostatni objaw obserwował CNYRIM) rokowanie jest zawsze dobre. Okres wylegania dla całokształtu tych wszystkich objawów, które stanowią chorobę surowiczą, przebiega zazwyczaj bez wszelkich zwiastunów i trwa 8 — 12 dni — jeżeli zastrzykiwana była surowica po raz pierwszy; wszystkie te objawy występują znacznie wcześniej, niekiedy w 24 godziny, *maximum* 6-go dnia, jeżeli zastrzykujemy surowicę powtórnie (odczyn przyspieszony), osobnik bowiem, któremu powtórnie surowicę zastrzykujemy, jest nadczuły bez względu

na to, jaki odstęp czasu dzieli pierwsze zastrzyknięcie od powtórnego. MARFAN opisuje przypadek, w którym po powtórnym zastrzyknięciu, zrobionem w 3 lata po pierwszym, odczyn nastąpił natychmiast, są jednak i osobniki niewrażliwe na powtórną injekcję, są i tacy pacjenci, którzy na chorobę surowiczą po pierwszym zastrzyknięciu nie zapadają.

Nie będziemy się tutaj długo zastanawiali nad rozpoznaniem różniczkowem choroby surowiczej i chorób wysypkowych takich, jak odra, szkarlatyna, i rozmaitych wysypek toksycznych—powiemy wszakże, że sprawa ta jest nader łatwa, jeśli zważymy:

1-o Czas wystąpienia wysypki 7 — 14 dni po zastrzyknięciu surowicy.

2-o Ukazanie się wysypki najpierw w miejscu zastrzyknięcia i naokoło.

3-o Obrzmienie gruczołów z odpowiedniej strony.

4-o Absolutny brak odczynu ze strony błon śluzowych (plamki Koplika, katar nosa, łącnicy dla odry).

Rozpoznanie jest nieco trudniejsze dla szkarlatyny, tutaj jednak pomagają w rozpoznaniu poprzedzająca angina i wysypka błon śluzowych, wysoka gorączka, zjawienie się innych przypadków (w tej samej rodzinie lub w szpitalu), wreszcie zapalenie nerek, łuszczenie się skóry (BAGINSKI, MONTI, HARTUNG).

Jeśli mamy do czynienia z wysypką toksyczną po jakimś leku, to powtarne podanie tego środka wyjaśni sprawę. Niekiedy towarzyszy wysypka zaburzeniom żołądkowym, otóż rozpoznanie ułatwia umiejscowienie wysypki naokoło miejsca zastrzyknięcia, objawowi temu towarzyszy obrzmienie gruczołów oraz inne objawy choroby surowiczej.

Przejdźmy teraz do teorii choroby surowiczej.

Z badań, robionych przez rozmaitych autorów, zostało stwierdzone, że w organizmie,

do którego wprowadziliśmy surowicę, tworzą się swoiste wytwory, które *in vitro* z antygenem dają osad (Präcipitat). Odkrycie precypityn zawdzięczamy KRAUSEMU, który stwierdził, że surowica zwierzęcia, uodpornionego przeciw tyfusowi, daje z jałowym przesączem hodowli laseczników tyfusu strąć. Okazało się także, że surowica zwierząt, którym poprzednio zastrzyknięto surowicę obcego zwierzęcia, dawała z antygenem (t. j. z surowicą, użytą przedtem do zastrzyknięcia) strąć. To samo stwierdził BORDET, robiąc doświadczenia z królikami (zastrzykiwał im surowicę kur). Precypityny tworzą się na podobieństwo ciał ochronnych (BORDET, UHLENHUT, WASSERMANN, NUTTALL i in.). HAMBURGER i MORO stwierdzili pierwsi, że i w ludzkim ustroju tworzą się precypityny po zastrzyknięciu surowicy końskiej, autorzy ci wyrazili też przypuszczenie, że objawy choroby surowiczej występują z powodu wytworzenia się w ustroju precypityn. Zdawałoby się, że wysypka powstaje wskutek uszkodzeń mechanicznych w krążeniu, wywołanych przez dostanie się do krwi precypityn, które ze znajdującą się jeszcze we krwi surowicą

końską tworzą osad, odrzucili jednak wkrótce to przypuszczenie, gdyż ROSTOSKI, MICHAELIS i OPPENHEIMER stwierdzili, że w żywej kwi strąć utworzyć się nie może. Z dalszych badań, robionych przez ROSTAINEA, WIDALA i innych, wynika, że tworzenie się precypityn i choroba surowicza nie znajdują się z sobą w tak bliskim związku przyczynowym, jakby się to na pierwszy rzut oka zdawało, dlatego, że, jak to wykazały doświadczenia, z jednej strony precypityny występują później, niż choroba surowicza, z drugiej strony silne objawy posurowicze mogą mieć miejsce bez tworzenia się precypityn. Precypityny, jak to wykazał DUNGERN i inni, zjawiają się nie zaraz po zastrzyknięciu surowicy obcej danemu osobnikowi, lecz po dłuższym przeciągu czasu; przeważnie zależne to jest od rodzaju zwierzęcia i użytej surowicy. Według tego autora (zastrzykiwał on królikom t. zw. Majaplasma), istnieje okres inkubacyjny do zjawienia się precypityn, okres zwiększania się ilości precypityn (trwa 2 dni), okres zrównania się niweczników i okres zmniejszenia się ilości niweczników. (C. d. n.)

WYKŁAD KLINICZNY.

Prof. G. Sticker (Giessen).

II. Rozpoznanie kliniczne moru.

Sz. Panowie, chcecie za mojem pośrednictwem poznać obraz chorobowy moru, aby w ten sposób zaznajomić się z tem, co może kiedyś w bliższej lub dalszej przyszłości sami poznać. Chcecie przy tem przyjrzeć mu się dokładnie, by go następnie odrazu poznać, gdy go ujrzyście. Zadanie moje byłoby łatwe, gdyby mór posiadał jedno tylko oblicze, lecz w rzeczywistości ma on ich kilka, a poza tem nosi rozmaite maski, za którymi ukrywa się zwykły obraz moru. To właśnie utrudnia moje zadanie.

Jeśli kto z Panów czytał opisy rozmaitych epidemii moru, to go niewątpliwie zadziwiła nie tylko wielka różnorodność objawów poszczególnych obrazów chorobowych, lecz i te różnice w całokształcie obrazu epidemii w rozmaitych czasach i miejscach. Niejeden zastanowi się przy tem, czy istotnie wszystko to, co nawet godni zaufania i znający się na rzeczy sprawozdawcy opisywali pod nazwą moru, było nim istotnie.

Obecnie jesteśmy w stanie, jak to Panowie już wiecie z wyczerpującego opisu prof. KOLLEGO, sprawdzić wiarygodność słów starszych autorów. Uwidoczniony i pochwycony zarazek dżumy, w ciągu stuleci poszukiwany napróżno, jest dla nas obecnie najlep-

szem kryterium przy rozstrzygnięciu sprawy, jakie obrazy chorobowe należą do moru, a jakie zdarzają się przypadkowo w czasach epidemii, możemy nawet obecnie powiedzieć, jak daleko sięga w poszczególnym okresie chorobowym właściwe zachorzenie morowe, i do jakiego stopnia wpływają na samą chorobę i jej przejawy inne wpływy uboczne.

Za pomocą tego pewnego środka stale ocenialiśmy nasze spostrzeżenia w Indyach, obecnie nie jestem w stanie powiedzieć, co mnie bardziej cieszyło w wynikach naszych badań, czy ta pewność, której naszemu sądowi dostarcza rozpoznawanie etiologiczne, czy też doniosłość naszych starych środków pomocniczych, klinicznych i anatomicznych, przy których pomocy niezmiernie spostrzegawczy lekarze dawnych czasów rozpoznawali fakty, stojące między sobą w związku pod względem epidemiologicznym, i mogli uczynić prawdopodobnym większą część tego, co obecnie jesteśmy w stanie uważać za pewne.

Nie mam chyba potrzeby dodawać, że i dziś jeszcze nie jest dla nas zbyt cenna, a za ledwie może stała się nieco krótszą cała ta praca umysłowa, do której się uciekali przy rozpoznawaniu nasi przodkowie; zanim bowiem rozpocznie się poszukiwanie zarazka w morze, musi być uprzednio wypowiedziane podejrzenie co do niego, nigdy zaś nie będzie brakowało przypadków, w których nie uda się za życia chorego wykryć niewątpliwie obecnego zarazka chorobowego, a to z tej przyczyny, że umiejscowienie się jego w głębszych tkankach i organach czyni go niezbyt łatwo dostępnym.

Ponieważ okres chorobowy moru podlega znacznym wahaniom nie tylko w ciągu jednej i tej samej, lecz i w rozmaitych epidemiach, — spróbuję tedy oprzeć dyagnostykę moru nie tylko na własnych ograniczonych spostrzeżeniach z epidemii indyjskiej, lecz i na obserwacjach innych autorów, którymi posiłkując się, postaram się narysować możliwie zupełny całokształt choroby.

Rozmaici lekarze nieraz już uważali za próżny trud chęć dania wiernego obrazu chorobowego moru i woleli z tego powodu przytaczać szereg gruntownie opracowanych historii choroby, aby w ten sposób naocześnie

przekonać, pod jak rozmaitemi postaciami występuje ta choroba, jak bywa ona zmienna i złoźona, i aby w końcu zaznaczyć, że jedna tylko cecha wspólna jest wszystkim przypadkom dżumy, a tą jest nadzwyczajna złośliwość. Od tych samych lekarzy pochodzi również stara rada, zawierająca wprawdzie sporą dążę prawdy, lecz i rozpacz, a mianowicie: by w każdym przypadku chorobowym, o ile się zdarzy podczas epidemii moru, podejrzewać ten ostatni i postępować odpowiednio do tego.

Mimo wszystko bynajmniej nie jestem zdania, iżby nie można było naszkicować oddzielnych typów moru. Odpowiednią próbę zrobiłem już, podobnie jak wielu innych przedemną, w sprawozdaniu komisji niemieckiej o morze w Indyi (Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamt 16 tom Berlin 1899) i w wydanej przez radę związkową broszurce p. t. „Wskazówki o morze dla lekarzy” (Berlin 1902). Uważam jednak za niezbędne jak najenergiczniej przestrzedz Sz. Panów, byście nie uważali tych obrazów dżumy, które zestawione zostały dla celów nauczania, jako typowe, — wprost za prawidło i byście następnie nie uznawali przypadków niezgodnych z owymi typami za niepodejrzane.

Przestrógę tę uważam za tem bardziej uprawnioną, że właśnie na początku epidemii moru w kraju, od dłuższego czasu nie nawiedzonym przez niego, zdarzają się pojedyncze lub bardziej liczne przypadki nieczyste, zamaskowane, i że lekkomyślne traktowanie tych przypadków wątpliwych już nieraz w historii dżumy powodowało nieobliczalne szkody. Gdy już śmiertelność jest wielka, dobre lub błędne osądzenie pojedynczego przypadku nie posiada znaczenia szczególnego. Błędne natomiast rozpoznanie przed wybuchem epidemii, wtedy, gdy zjawiają się dopiero pierwsze przypadki, — może być fatalne dla otoczenia, miasta i kraju, gdyż jak, uczą niejednokrotnie i cenne stare spostrzeżenia, jeden chory nieraz już przenosił zarazę do miast i krajów wolnych od moru.

Zamierzając obecnie zrobić przed Wami przegląd obrazów chorobowych moru, muszę rozpocząć go nie od przypadków, odbiegających od reguły, lecz postaram się naszkicować Wam obraz najbardziej ogólny —

Thiol

Płynny: do pędzlowania.

Suchy proszek: do przesypywania.

Doskonały środek w leczeniu chorób skóry. Zwłaszcza zaleca się w Acne, Dermatitis, Eczema, Erysipelas, Erythema, Herpes, Impetigo, Intertrigo, Pemphigus, Pityriasis, Prurigo, Pruritus, Psoriasis, Rosacea, Sy-cosis, Urticaria, Varices i t. p.

W oparzeniach nieporównane działanie lecznicze.

THIOL nie posiada nieprzyjemnego zapachu, rozpuszcza się łatwo w wodzie i zmywa się łatwo z bielizny.

Salipyrin

lek swoisty przeciwko

**Influenze, przeziębieniu
i cierpieniom reumatycznym.**

Doskonały przy zbyt obfitem miesiączkowaniu i zaburzeniach w miesiączkowaniu, jak również w bólach mięśniowych i nerwobólach.

Najdogodniejsza i najtańsza forma przepisywania:

**Oryginalne Tabletki Salipyrinowe
Riedel'a.**

po 1 g., w rurkach, zawierających 10 sztuk

" 1/2 " " " " " " " 10 "

*Dawka dla dorosłych: 3-6 razy dziennie
1 g., dla dzieci połowa.*

Próby i literatury na żądanie pp. lekarzy gratis.

J. D. Riedel A. G. Berlin Nr. 9.

LE VALERIANATE DE PIERLOT WALERJANO-KWAŚNY AMONIAK PIERLOT

Znany, radykalny środek usmierzający w chorobach nerwowych jako to:
NEURASTENJI, NEURALGJI, MIGRENIE, HISTERJI, EPILEPSYI

Zalecany i stosowany w klinikach:

Profesora CHARCOT (klinika Salpêtrier).—Profesora TROUSSEAU—Profesora BOUCHARD'A
Profesora GILBERT'A.

LANCELOT et Cie, 26, Rue St-Claude — PARIS

Główny przedstawiciel na całą Rosyę: GABRIEL POMMIER, St. Petersburg, Italskaja 44.

Literatura i próby do rozporządzenia P. P. Doktorów.

LABORATORYUM FARMACEUTYCZNE

STEFANA MICHELISA

w Warszawie. Ulica Mokotowska № 43. Telefon 97-97.

Wyrabia środki opatrunkowe wyjałowione w opakowaniu patentowanym (№ 7226) w szkle i pergaminie, oraz płyny wyjałowione do podskórnych wstrzykiwań w ampulkach patentowanych (№ 21156).

taki, jaki zwłycie posiada większość przypadków na wysokości epidemii.

Wyobraźcie sobie, Panowie, szereg ludzi z rozmaitemi zaburzeniami świadomości w różnym przy tem stopniu. Jedni z nich siedzą apatyczni, inni zdziwieni lub jak szaleni biegają wokoło; jedni chwieją się nawpół senni, inni leżą bez przytomności, jak rażeni piorunem. Niektórzy wygadują bez przerwy najrozmaitsze głupstwa albo też jakają się lub bełkoczą, szukając słów dla wypowiedzenia swych myśli; inni biegną bez planu i określonego zamiaru, dokąd ich słabe nogi zaprowadzą. Inni wreszcie leżą wyczerpani, opowiadając swe wesołe widzenia, od czasu zaś do czasu nagle wskakują z miejsca i pod wpływem chwilowego gniewu spełniają czynny gwałtowne. Po upływie pewnego czasu wszyscy oni są wyczerpani i padają bez sił — nastaje nieprzyjemna cisza, od czasu do czasu przerywana głębokim westchnieniem lub słabym jękiem.

Sceny tego rodzaju są Wam, moi Panowie, znane z szynkowni, jako powstające pod wpływem wysokoku; niektóre rysy przypominają Wam może uśpienie gazem węglowym. Wszyscy autorzy, opisujący mór, zawsze powoływali się na zamroczenie wyskokowe i otrucie tlenkiem węgla, by w krótkich wyrazach określić postępowanie i zachowanie się chorych, tak, jak to się rzuca w oczy podczas epidemii wszędzie — w domach, szpitalach, na ulicach, u mężczyzn i kobiet, dzieci i starców. Słusznie też zupełnie widzieli oni w tem wielkiem podobieństwie zewnętrznem między morem a wspomnianymi zatruciami wytłomaczenie, dlaczego w gorączkowych czasach dżumowych pijani bez czucia i otruci niekiedy byli skierowywani przez lekarzy do szpitali dla zadżumionych, a nawet bywali wprost ładowani na wozy pogrzebowe.

Cóż tedy odróżnia tych apatycznych, osłupiałych lub podnieconych chorych na mór od pijanych lub otrutych tlenkiem węgla? Większa część chorych na dżumę ma wyraźną, przy tem zazwyczaj wysoką gorączkę. Nawet wtedy, gdy kończy się już zimno, a tułów pokryty jest już chłodnym potem śmiertelnym, — co w wielu ciężkich przypadkach następuje bardzo wcześnie, bo już po upły-

wie jednej lub kilku godzin — można zawsze poprzez skórę piersi i brzucha wyczuć podniesioną ciepłość narządów głębszych. Gdy jednak gorączki niema, — co niezbyt rzadko zdarza się u starców, osobników bardzo osłabionych, wygłodniałych i wycieńczonych, u zjadaczy opiumu i u pijaków, — lub też gdy gorączka już minęła, zwłaszcza podczas agonii — w takich razach nawet najwytrawniejszy dyagnosta może zaledwie zrobić rozpoznanie przypuszczalne, a i to jedynie przez wyłączenie wspomnianych już powyżej i im podobnych zatruc i biorąc przy tem pod uwagę panującą epidemię wraz ze stwierdzoną już możliwością zakażenia, chyba, że inne, niż omówione objawy uprawniają go do wypowiedzenia zdania bardziej pewnego.

Tak tedy wraz z wybitnem zamroczeniem zmysłów i zaburzeniami świadomości gorączka jest jednym z bardziej ważnych objawów chorobowych moru.

Związek ten wspomnianych już objawów był powodem tego, że nozografowie dawnych czasów zaliczali mór do szeregu chorób tyfusowych. Panowie sami przyznacie, — gdy wam zaraz opiszę początek i przebieg moru, — że w pewnych przypadkach, w których jedynymi objawami są gorączka i zaburzenia mózgowe, istotnie trudno orzec, czy rozwija się tu mór, czy tyfus wysypkowy, powrotny albo też żółciowy, czy ma to być złośliwa zimnica, czy też żółta febra. Wspólny z wszystkimi temi gorączkami durowemi ma mór bardzo nagły początek choroby. Chorzy na mór, do których was wezwano, byli dzień, a nawet godzinę przedtem zupełnie zdrowi. Niektórzy zostali przez chorobę pochwyceni niespodzianie w czasie roboty lub gdy się udawali na spoczynek. Inni skarżyli się co najwyżej na niespokojną noc, osłabienie, bóle głowy, bóle w łydkach, klucie lub ciągnący ból, niekiedy nawet kolki w określonych częściach ciała, a dopiero następnie po kilkakrotnych dreszczykach lub wstrząsającym dreszczu wpadali w gorączkę i ciężki stan ogólny, w którym niezmierny zawrót głowy, silny ból głowy lub nadzwyczajne wymioty ustępowały dopiero opisanym już zaburzeniom mózgowym.

Poza tymi jednak objawami kończy się podobieństwo moru do innych zachorzeń tyfoidalnych. Gdy bowiem te ostatnie, z wyjątkiem żółtej febry i żółtaczkowej gorączki tyfoidalnej, ciągną się przez szereg dni, a nawet tygodni i wszystkie zawsze, nawet w najzłośliwszych epidemiach, pozwalają sobie wyrwać znaczną część ofiar, — dramat moru kończy się najczęściej szybko i prawie bez wyjątku tragicznie. Mór zabija większą część chorych—60 do 95 na 100—w ciągu 3 do 5 dni, a porywa prócz tego w ciągu następnych tygodni niejednego z tych nielicznych, — którzy się z jego szponów wyrwą,—na skutek chorób następczych. Śmierć następuje przy objawach nadzwyczajnego porażenia krążenia i zazwyczaj przy oznakach obrzęku płuc; niezbyt rzadko śmierć następuje i bez tych objawów piorunująco szybko.

Na zasadzie powyższego możnaby określić zewnętrzny obraz moru, jako chorobę o nagłym początku z wstrząsającym dreszczem i gorączką, szybkim zamroczeniem zmysłów, postępującą utratą przytomności i osłabieniem, kończącą się zejściem śmiertelnym w ciągu kilku dni lub godzin. Odnosi się to do znacznej większości przypadków na wysokości rozwoju epidemii.

Niekiedy istnieje tylko ten prosty obraz zewnętrzny, tak, że lekarz nie jest w stanie nimo troskliwego poszukiwania znaleźć żadnych innych pewniejszych objawów, na których mógłby oprzeć swe rozpoznanie.

Zazwyczaj jednak spostrzegać się dają i inne oznaki, które jeszcze dobitniej określają ten i tak jednoznaczny przy masowym wystąpieniu obraz chorobowy.

Między oznakami temi najważniejsze są te, które wywołane są przez miejscowe ogniska chorobowe; oprócz tych jednak dla rozpoznania ma wartość jeszcze niewielki szereg cech wtórnych, które zwykle występują zaraz na początku choroby. Pierwsze rozpatrzmy obszerniej nieco później; drugie wymienię tu pokrótce:

1. **przekrwienie spojówek.** Występuje u większości chorych na początku choroby i bywa często tak silne, że z pew-

nej odległości oczu wydają się równomiernie czerwonymi i nabierają z tego powodu dziwnego wyglądu.

2. **biały, perłowy lub jak gdyby posmarowany kredą język.**

3. **nadzwyczaj zmienne, napięte, to miękkie, przy nieznacznym wysiłku przyspieszone i wypadające tętno, gromzące w każdej chwili zniknięciem zupełnym.**

Wszystko to spostrzega się w pierwszych godzinach choroby; już w końcu pierwszego lub w początku drugiego dnia przekrwienie spojówki może przejść w wyraźne zapalenie, a nawet dać ciężkie zmiany na rogówce, jagodówce i t. p.; już po upływie kilku godzin powierzchnia języka może się stać malinową lub nierówną, jak w płonicy, albo też suchą, pokrytą nalotem, jak w durze brzuszny; już po pierwszej nocy zmienne bardzo tętno staje się nieraz nadzwyczaj słabem i częstem lub też znika zupełnie w szybko ziębnących kończynach, gdy tymczasem na rozpalonej szyi i na tułowiu tętnice jeszcze żywo biją.

Tak więc w początku choroby możecie, Panowie, mieć zaczerwienienie spojówek oczu, otynkowany język, zmienne tętno, i możecie z tej trójcy objawów—przy niezbyt jasnych objawach ogólnych—korzystać dla rozpoznania rozwijającej się dżumy.

Dodajmy, że wcześniej, czy później rozwija się u większości chorych wyraźne zwiększenie śledziony w tym stopniu mniej więcej jak w durze brzuszny.

Obszerniej należy natomiast omówić inny objaw wtórny, bardzo rzucający się w oczy, jeśli tylko istnieje. Nie występuje on jednak regularnie, i szczególnie da się do niego zastosować uwagę, uczynioną przezemnie w początku wykładu, co do zmienności obrazu choroby; mam tu na myśli **wylewy krwawe w postaci znanych pectoci i pręg.**

Pierwsze mają wygląd purpurowych, niebieskawych lub czarnych plam wielkości od punktu do ziarna soczewicy; drugie występują w postaci krwawoczerwonych lub fioletowych pręg, następnie wpadających w kolor niebieski, zielony lub żółty. Niekiedy wy-

daje się, jak gdyby skóra była smagana, tak obficie i tak gęsto pokryta jest tymi wylewami krwi. W niektórych epidemiach moru wymieniano wylewy krwi do skóry, jako stały objaw; zjawiały się zazwyczaj tuż przed śmiercią lub dopiero na trupie; niekiedy towarzyszyły im mniej lub więcej obfite krwotoki ze śluzówek lub jam. W wielu jednak wcześniejszych, szczególnie zaś w ostatnich epidemiach wcale nie widziano lub też wyjątkowo tylko spostrzegano owe krwawe punkty i pręgi, jakoteż i upływy krwi z części wewnętrznych. Podobnie rzecz się miała z naszymi spostrzeżeniami.

Na trupach widywaliśmy natomiast prawie stale wylewy krwi wewnętrzne: petocie na błonach surowicznych, pokrywających organy klatki piersiowej i jamy brzusznej, na śluzówce narządów trawiennych i moczowych, niekiedy nawet w wewnętrznej otoczce naczyń krwionośnych, w pochewkach nerwowych i t. p., tak, że stare zaliczanie przez dawnych autorów moru do posocznicy krwotocznych w każdym razie jest uprawnione. Muszę jednak zauważyć, że, porównyując wiele epidemi moru, mam wrażenie, jakoby mór nabierał wyraźnego w wysokim stopniu krwotocznego charakteru pod wpływem nadzwyczajnych warunków dodatkowych, jak np. podczas wielkiej nędzy głodowej, przy jednoczesnym panowaniu ciężkiej gorączki gnilnej, duru plamistego lub innych wypadkowych komplikacji zarazy podstawowej. Jakkolwiek bądź, wartość rozpoznawcza wylewów krwawych do skóry i krwotoków jest dla dżumy niewielka i ustępuje przed znaczeniem ich pod względem rokowania. Krwotoki owe są bowiem zawsze fatalne, a epidemie moru o charakterze wybitnie krwotocznym były zawsze najstraszniejsze.

Przechodzimy obecnie do omówienia ważnych pod względem rozpoznawczym ognisk chorobowych. Jak w innych chorobach, tak i w morze pierwsze umiejscowienia cierpienia są najtypowsze i najważniejsze dla rozpoznania.

Dymienicę, węglik (karbunkuły), zapalenie płuc — oto są najczęstsze pierwotne ogniska moru.

Dymienicę dżumową w zwykłej jej postaci możecie sobie, Panowie, łatwo wyobrazić, gdy przypomnicie sobie zwyczajne obrzmienie gruczołów pachwinowych przy miękkim szankrze lub też obrzmienie gruczołów szyjnych w ciężkich przypadkach błonicy gardzieli.

Węglik dżumnny niewiele różni się zewnętrznie od karbunkułu złośliwego, dżumne zaś zapalenie płuc przebiega pod względem objawów fizycznych w jednym przypadku, jako zapalenie płuc kataralne, w innym — jako zwykle krupowe.

Jeżeli teraz do narysowanego już uprzednio szkicu ogólnego obrazu chorobowego dodać czy to dymienicę w pachwinie, pod pachą lub na szyi, czy też karbunkuł w jakimś miejscu ciała, czy wreszcie szybko rozwijające się zapalenie płuc, — to otrzymacie typy, które co krok napotyka się podczas epidemii moru, i w porównaniu z którymi inne obrazy moru zdarzają się bardzo rzadko. Dodajmy, że dymienicę są najczęstszym objawem dżumy, tak częstym, że dżuma zupełnie słusznie otrzymała nazwę moru dymienicznego lub gruczołowego. Wiedźcie jednak, Panowie, i o tem, że w niektórych epidemiach moru, jak np. w osławionej czarnej śmierci XIV wieku, a i w późniejszych, przeważa prawie wyłącznie przez długi czas zapalenie płuc, a także i o tem, że, jak opisują, w początku wielu epidemi występują przeważnie liczne karbunkuły, którym zresztą prawie zawsze towarzyszą mniejsze lub większe obrznięcia dymieniczne najbliższych gruczołów. Niekiedy przebieg epidemii bywał taki, że w pierwszych ich okresach licznie występowały przypadki węglkowe, które następnie ustępowały miejsca przypadkom dymienicznym, zaś, gdy śmiertelność stawała się najwyższą, z tymi ostatnimi o pierwszeństwo walczyły przypadki zapalenia płuc. Przyczyny tego rodzaju zmienności pierwotnych ognisk chorobowych mało są jeszcze znane.

Przechodząc teraz do dokładniejszego omówienia pierwotnych ognisk chorobowych w morze, muszę, rzecz naturalna, wziąć pod uwagę wszystkie odnośne umiejscowienia wraz z rzadszemi. Przegląd odpowiedni sta-

nie się tem zrozumiałszym, jeśli zaznacze przedtem, że zarówno spostrzeżenia i wnioski, otrzymane przy łóżku chorego, jak i badania anatomiczne na trupach, a wreszcie, i doświadczenia na zwierzętach — zgodnie wykazują, że istnieją trzy rodzaje przedostawiania się zakażenia morowego: 1) albo zakażenie owo krok za krokiem przechodzi z powierzchni w głąb w ten sposób, że każde miejsce na skórze lub śluzówce może odegrać rolę wrót wejściowych dla omawianego zarazka, który bądź to rozwija się na miejscu, bądź też kroczy dalej po drogach chłonnych, by przy tym sposobie postępowania zostać po większej części zatrzymanym przedewszystkiem w gruczołach chłonnych; 2) w rzadkich przypadkach zakażenie wnet przedostaje się do krwi, dając w dalszym przebiegu przerzuty; 3) zakażenie początkowo umiejscawia się wprawdzie na śluzówkach, na skórze lub w gruczołach, lecz następnie szybko się szerzy drogą krwionośną. Ostatnia droga jest właśnie najczęstsza.

Przypadki pierwotnej posocznicy morowej, są, jak już powiedziałem, niezbyt częste. Ich powstawanie jest niejasne. Obraz kliniczny polega na tem, że chory szybko ginie przy ciężkich objawach ogólnych, podczas gdy ani w przebiegu choroby, ani na trupie nie widać żadnych znaków, któreby wskazywały na pierwotne zagnieżdżenie się laseczki moru; w przeciągającym się przebiegu występują jednak objawy, które poniżej omówimy, jako wtórne ogniska chorobowe. Być bardzo może, że prócz tych ciężkich przypadków za pierwotne zakażenie krwi uważać należy niektóre z przypadków tak zwanej dżumy łagodnej, *pestis mitis*; mam tu na myśli przypadki, w których ludzie, podlegający w czasie epidemii niebezpieczeństwu zarażenia się, doznają przejściowej niedyspozycji przy jednodniowej gorączce bez jakichkolwiek objawów ze strony pojedynczych narządów; nadzwyczaj jednak długie osłabienie, znaczne zmniejszenie napięcia naczyń, stałe zwiększenie się szybkości tętna, a i inne choroby następne, właściwe morowi, wskazują na silniejsze zakażenie. Bakteryoskopia krwi i serodyagnostyka rozstrzygną tę sprawę w przyszłości.

Nie wiem, jak można wogóle z dostateczną pewnością odróżnić, bez pomocy środków rozpoznawania etiologicznego, pierwotną posocznicę morową od szybko przebiegającej posocznicy paciorkowcowej, od posocznicy wąglikowej, od rozpoczynającego się duru głodowego, od pierwszego ciężkiego napadu zimnicy, a nawet od zwyczajnej grypy.

Wątpliwość ta, tak trapiąca dyagnostę w przypadkach czystego moru krwi, odpada w przypadkach o wyraźnem umiejscowieniu pierwotnem. Zależnie od umiejscowienia ogniska pierwotnego mówimy o dżumie skóry, śluzówki lub gruczołowej. Na skórze występuje mór w postaci krosty, czyraka, wąglika lub zapalenia naczyń chłonnych. Zpośród pierwotnych ognisk na śluzówkach zauważono: zapalenie gardła, nieżyt oskrzeli, zapalenie płuc, wąglik żołądka i zapalenie grudek kiszkiowych. Mór gruczołowy charakteryzuje się dymienicami zewnętrznymi i wewnętrznymi; punkt wejścia zarazka moru na powierzchni ciała i droga od niego do pakietu gruczołów albo pozostają zupełnie bez wszelkich zmian, albo też występują w nich już omawiane zmiany pierwotne skóry lub śluzówki.

Krosta, czyrak, wąglik i zapalenie naczyń chłonnych muszą być, naturalnie, omówione wspólnie; jedno bowiem może się rozwinąć z drugiego lub wraz z drugim. Najulubieńszem miejscem pierwotnych krost są, zdaje się, ręce i nogi, najulubieńszem miejscem czyraków i wąglików — szyja i policzki, następnie piersi, plecy, pośladki, wreszcie kończyny. Krosta morowa wyprzedza często objawy ogólne o kilka godzin, choć w innych przypadkach objawy ogólne mogą się już dobrze rozwinąć, gdy dopiero chory lub lekarz zwróci uwagę na krostę. W pierwszym przypadku przebieg jest następujący: wraz z znacznem kluciem lub palącym swędzeniem występuje na skórze czerwona lub brunatna plama wielkości ziarna soczewicy, otoczona bardzo czerwoną i obrzmiałą skórą. Z plamy tworzy się pęcherzyk wielkości od ziarna konopi aż do orzecha laskowego o mętnej zawartości i niebieskim lub fioletowym brzegu. Pod pęcherzykiem powstaje płytkie lub kraterowate owrzodzenie z dnem suchem. Jeśli

sprawa sięga bardziej w głąb, tworzy się wtedy czop zgorzelinowy, jak to bywa z czyrakiem. — Wąglik rozwija się z większego twardego koła, którego okrągły lub owalny brzeg wcześniej się wznosi i pokrywa żółtymi lub czarnymi pęcherzykami. Wraz z powiększaniem się stwardnieniem dna i otoczenia rozszerza się niekiedy strup zgorzelinowy poza początkowe granice i powoduje powstawanie nowego pierścienia z pęcherzyków. Te ostatnie pękają wreszcie, poczem wypływa obrzydliwego koloru posokowata ropa. O ile chory przetrzyma ten czas, odpowiadający 3, 4, 5-mu dniowi, wtedy karbunkul w dalszym przebiegu albo przysycha, albo też otaczająca go tkanka ulega silniejszemu zapaleniu, niż poprzednio, i tworzy się przy tem obszerny i głęboko sięgający obrzęk sąsiednich części miękkich; ognisko zgorzelinowe zostaje otoczone przez czerwony pas, pomiędzy zaś nimi powstaje szpara, oddzielająca zdrową część od obumarłej. Ropienie naokoło wywołuje odpadnięcie strupa i daje owrzodzenie, powoli się gojące.

Po powyższem staje się jasnym, że czyrak lub wąglik morowy mogą pozostać nierozpoznane poza epidemią lub w jej początkach, o ile nie zastosować bakteryoskopii. Zewnętrznie bowiem nie różnią się one od zwykłego czyraka ropnego lub od zwykłego wąglika złośliwego. Wąglik dzumowy ma tę szczególną cechę, że się chętnie rozwija następczo na szybko rosnącej dymienicy. Niezwykle umiejscowienie krost pierwotnych może nieraz wprowadzić w kłopot mniej doświadczonego obserwatora—tak, na przykład, gdy krostka powstaje, jakżeśmy to dwukrotnie spostrzegali, na napletku członka, i gdy towarzyszy jej powolny rozwój dymienicy. Przed błędnem rozpoznaniem szankra chroni wtedy uwzględnienie cierpienia ogólnego, zanim jeszcze rozstrzygnie dalszy przebieg.

Zapalenie morowe naczyń chłonnych widzimy rzadko. Gdy zaś występuje, łączy pierwotną krostę lub wąglik z odpowiednią dymienicą lub też, odwrotnie, przebiega wzdłuż obwodowych naczyń chłonnych w kierunku od dymienicy, będąc skutkiem zwrotnego zakażenia począt-

kowo niezmiennych naczyń chłonnych. W ostatnim przypadku występują później na przestrzeni zajętych naczyń i w ich sąsiedztwie mniej lub bardziej liczne wtórne pęcherzyki i krosty.

Angina morowa miejscowo przedstawia się, jak mniej lub więcej ciężka błonica migdałków. Rzadko występuje w postaci nadzwyczajnych dolegliwości przy łykaniu, tak właściwych zwykłemu zapaleniom gardła, najczęściej uwagę lekarza na ognisko na podniebieniu lub w gardzieli zwraca szybko obrzmiewająca dymienica na szyi i powstająca skutkiem tego duszność. W niektórych epidemiach, jak np. podczas wiedeńskiej w r. 1713, zajęcie gardzieli przez długi czas wprowadzało większość lekarzy w błąd co do właściwej natury cierpienia.

Angina może poprzedzać zstępujące zakażenie oskrzeli; w innych przypadkach nieżyty dżumowy oskrzeli rozwija się bez poprzedzających go zmian w gardzieli.

Występuje on wtedy zwykle w postaci suchego duszącego kaszlu i przebiega przy objawach coraz bardziej zwiększającej się duszności i stałego braku powietrza, zupełnie, jak nieżyty oskrzeli w róży. Zwykłym skutkiem nieżytytu bywają mniej lub więcej wyraźne drobne ogniska zapalenia płuc (*bronchopneumonia*).

Dżumowe zapalenie płuc występuje bądź to w postaci wymienionego dopiero co nieżytywego zajęcia płuc z obfitą surowiczośluzową białą lub różową płwociną, zawierającą niezliczone laseczniki moru, bądź też jako zgęszczenie płatowe, prowadzące szybko do obszernych stłumień w granicach górnego lub dolnego płata. Płwociny przy tem albo wcale niema, albo też z trudnością wydziela się lepka, żółta lub różowobrunatna płwocina, imitując w zupełności obraz zwykłego zapalenia płuc, zwłaszcza, gdy ogólne objawy chorobowe występują w ciągu pierwszego lub drugiego dnia w stopniu umiarkowanym. Zazwyczaj jednak szczególnie wyrażone cierpienie ogólne nawołuje do ostrożnego rozpoznawania etiologii cierpienia. Prócz ciężkiego zamroczenia zwraca na siebie uwagę wczesny nadmierny upadek sił i szybkie zwolnienie napię-

cia tętnic, nadające morowi charakter asteniczny, wprost nasuwające konieczność różniczkowego rozpoznania między zapaleniem płuc grypowym, gruźlicą rzekomą papug, węglkowym i rozmaitemi zapaleniami płuc żółciowymi i zmuszające wprost myśleć o morze. Badanie bakteriologiczne płwociny wykrywa nawet w rękach mniej wprawnego badacza w dżumowym zapaleniu płuc wnet obecność pałeczek moru, które znajdują się najczęściej już w pierwszym rozartym preparacie w nadzwyczajnych ilościach same lub w towarzystwie dwoiniek, paciorkowców i t. p.—Zejsście morowego zapalenia płuc bywa prawie bez wyjątku śmiertelne. Śmierć następuje, jak wogóle w dżumie, skutkiem porażenia krążenia w ciągu pierwszych siedmiu dni, najczęściej na trzeci dzień. Podczas niektórych epidemii, jak np. w czasie czarnej śmierci, dżuma płucna przebiegała przy objawach nadzwyczajnych krwotoków płucnych i cuchnącej zgorzeli płuc. Czegoś podobnego w nowszych epidemiach nie widywano. Godzi się jednak zaznaczyć, żeśmy znaleźli na dwóch trupach krwawą zgorzel wątrobowo zmienionych części płuc, co do pewnego stopnia było wstępem do owej osławionej postaci dżumowego zapalenia płuc.

Kwestya pierwotnego zakażenia dżumowego przewodu pokarmowego była w rozmaitych czasach rozstrzygana przez niektórych lekarzy twierdząco; niejeden z nich przypisywał mu nawet duże znaczenie w patogenezie dżumy, Myśmy spostrzegali je tylko na zwierzętach w sztucznie wywołanych doświadczeniach. Obraz chorobowy dżumy żołądkowokiszkowej u człowieka przypomina, zgodnie z spostrzeżeniami klinicznymi i anatomicznymi innych autorów, obraz węglika kiszkiowego lub złośliwy dur brzuszny na wysokości rozwoju choroby; anatomicznymi podstawami cierpienia są pierwotne węgliki śluzówki żołądka lub zapalenie grudek w kiszki wraz z odpowiednimi dymienicami w krezce.

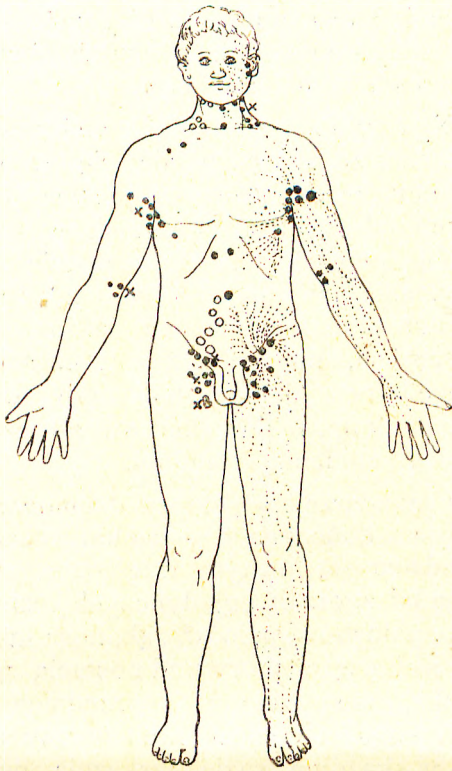
Wszystkie jednak wymienione dotąd umiejscowienia zakażenia dżumowego znacznie ustępują pod względem częstości w przeważnej liczbie epidemii dymienicom.

Te opanowują najzupełniej obraz zarazy, zwłaszcza, że nietylko są najzwyczajszym objawem pierwotnym w morze, lecz i dlatego, że, jak już zaznaczono, mogą dołączać się do innych ognisk pierwotnych, a także że, jak poniżej o tem będzie mowa, zdarzają się dymienice przerzutowe, należące do szeregu najczęstszych objawów.

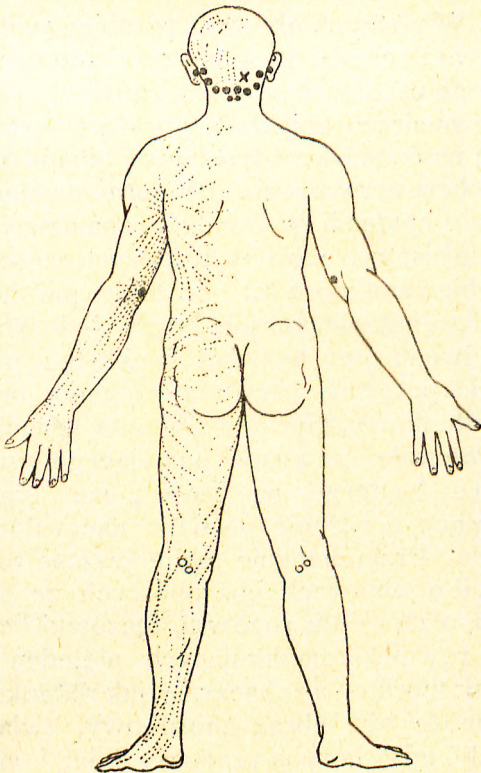
Pierwotna dymienica dżumowa występuje jako szybko lub powoli rosnący obrzęk jednego lub kilku gruczołów chłonnych. Rozmiary widocznego lub przynajmniej wymagalnego guza wahają się między wielkością migdała do wielkości jabłka lub pięści. Większym dymienicom zwykle towarzyszy ciastowate obrzmienie części sąsiednich, zwłaszcza pokrywającej je skóry, widuje się to jednak i przy mniejszych dymienicach. Samoistnie dymienica dżumowa rzadko bywa bolesna, zwykle jednak staje się nią przy naciskaniu. Z tego powodu może być nie zauważona przez chorego i jego otoczenie, — przez pierwszego dlatego, że wskutek zamroczonej świadomości nie zwraca uwagi na swój stan fizyczny. Chorzy przytomni ukrywają je nieraz bądź to ze wstydu, gdy dymienice rozwijają się w pachwinie, bądź też ze strachu przed przeniesieniem do lazaretu. Lekarz musi tedy szukać dymienic, te zaś mogą powstawać we wszystkich tych miejscach ciała, gdzie są obwodowe gruczoły chłonne; obrzmiewać mogą jednak i gruczoły drugiego lub trzeciego rzędu, a nawet szczególnie te ostatnie, tak, że wygląda, jak gdyby zarazek dżumowy przeskoczył przez gruczoły pierwszego rzędu tak, jak najczęściej przechodzi przez wrota wejściowe i odprowadzające drogi chłonne, zupełnie ich nie drażniąc.

Ażeby nie przeoczyć dymienicy pierwotnej, lekarz winien, rzecz naturalna, dokładnie pamiętać topografię gruczołów chłonnych. W Bombaju zmuszony byłem sam odświeżyć odpowiednie moje wiadomości przy pomocy podręczników anatomicznych. Aczkolwiek nie powinienem przypuszczać, że i Panowie możecie posiadać swoje słabe strony, to jednak pozwałam sobie zwrócić uwagę Waszą na schemat topograficzny, aby dobitniej nieco zaakcentować przynajmniej te miejsca głów-

ne, w których zazwyczaj tworzą się dymienice pierwotne (p. rys. 1 i 2).



Rys. 1.



Rys. 2.

Chętnie narysowałbym dokładniej przebieg obwodowych naczyń chłonnych, a żeby w ten sposób uwydatnić stosunek poszczególnych uczestków skóry i błon śluzowych do oddzielnych gruczołów i grup ich, — na tem straciłby jednak rysunek na przejrzystości. Najlepsze rysunki i przytem, śmiem dodać, najpewniejsze pod względem klinicznym znajdziecie, Panowie, w nieporównanem dziele Sappeya (*Description et iconographie des vaisseaux lymphatiques*. Paris 1874).

W wypadku podejrzenia dżumy postępujemy w celu znalezienia dymienicy tak, jak to czynimy przy stwierdzaniu kiły ustrojowej, t. j. obmacujemy wszystkie miejsca, gdzie znajdują się gruczoły chłonne, poczynając od karku i ucha aż do dołu podkolanowego. Najczęściej spotyka się w czasach dżumowych dymienice w pachwinie, następnie pod pachą i wreszcie na szyi. Niezbyt rzadkie są dymienice przed lub za uchem, na potylicy, u kąta żuchwy; wyjątkowo natomiast spotykamy je w łokciu, obok kości gnykowej, na ramieniu, pod sutką i t. p. Stwierdzenie dymienic ukrytych, które rozwinęły się za muskulaturą szyjową, obojczykiem, w głębi podbrzusza, bywa raz bardzo łatwe, to znów bardzo trudne. Tak np. dymienica nadbiodrowa, dająca większy guz w głębi dołu biodrowego, daje się, stosownie do zachowywania się części, nad nią leżących, tak dobrze lub tak źle wymacać, jak wysięk w okolicy ślepej кишки; zresztą wrażliwość obwodowych gruczołów pachwinowych i biodrowych skierowuje zwykle uwagę na to miejsce. Dymienica głębszych gruczołów szyjowych zdradza swą obecność najczęściej przez wypięcie odnośnej strony na szyi a także przez obrzmienie zewnętrznego pokrycia, często również przez dołączające się objawy obrzęku głośni i ostrego porażenia nerwu przeponowego.

Świeża dymienica anatomicznie przedstawia guz, łączący w jeden pakiet pojedyncze lub liczne, zazwyczaj nieco powiększone, rzadko tylko większe od jaja gołębiego gruczoły wraz z surowiczo lub krwawo nacieczoną tkanką łączną. W tem nacieczeniu obrzę-

kowem, galaretowatem lub krwawem mogą wziąć udział sąsiednie powięzie, tkanka tłuszczowa, mięśnie, naczynia — na znacznej nieraz przestrzeni. Często spotyka się dymienicę, sięgającą od gruczołów pachwinowych do *cysterna chyli* albo też od gruczołów łokciowych aż pod pachę, a nawet i dalej do pnia podobojczykowego lub wreszcie od kęta żuchwy aż w głąb klatki piersiowej. Przy tak rozległych dymienicach widać na trupie na przecięciu wszystkie stopnie rozwoju, jakie może przejść w przebiegu zapalenia morowego pojedynczy gruczoł i cały guz, począwszy od obrzęku rdzeniowego i kończąc na zwyczajnym obumarciu, od zropienia do obszernej zgorzeli.

Przebieg kliniczny dymienicy, o ile śmierć nie nastąpi w ciągu pierwszych dni choroby, polega na tem, że podczas połowy lub całego pierwszego tygodnia dymienica stale wzrasta, następnie zaś albo powoli zmniejsza się bez gorączki albo też ulega zropieniu przy wielotygodniowej gorączce ropnej.

Pierwotne umiejscowienie moru zostało przez nas dostatecznie omówione. Jeszcze słów kilka o umiejscowieniu wtórnem, ponieważ może ono posiadać pewne znaczenie rozpoznawcze. Wspomniałem już o względnie stale spotykanem p o w i ę k s z e n i u ś l e d z i o n y. Rzadziej, lecz mimo to w dość licznych przypadkach, widuje się również już wymienione dymienice wtórne — umiarkowane, wrażliwe przy ucisku obrzmienia gruczołów w rozmaitych miejscach ciała pojedynczo tylko lub też w znacznej liczbie; wcześniej lub później dołączają się one do ognisk pierwotnych i są wyrazem szerzenia się zakażenia, dowodzą, że już nastąpiła posocznica. Mają więc one to samo znaczenie, co i wtórne występowanie dymienic niebolesnych w kile. W czasie ciężkich epidemii spotykają się tak często, że wprost jak gdyby koniecznie należały do obrazu chorobowego, mór zaś otrzymał nawet z tego powodu nazwę *polyadenitis acuta*. Nie chcąc przeceniać ich znaczenia rozpoznawczego, przypomnę, że i w durze wysypkowym, w gnilcu, w gorączce gnilnej, w błonicy również spostrzega się bolesne dymienice posocznicze.

Podobnie, jak istnieją w morze dymienice przerzutowe, widuje się i węglik prze-

rzutowe, anginy i zapalenia płuc; jednym słowem, wszystkie wymienione pierwotne umiejscowienia moru mogą wykazywać niekiedy tylko wtórne zmiany, jako skutek pierwotnego węglika, dymienicy i t. p.

Na równi z tymi widocznymi przerzutami zewnętrznymi rozwijają się w dżumie i wewnętrzne przerzuty w postaci prosówkowych lub większych ognisk w nerkach, wątrobie, płucach; za życia pozostają one nierozpoznane. Wyjątkowo tylko zdarzają się zapalenia błon surowicznych, jak np. zapalenie osierdzia, opłucny, otrzewny; częściej spotyka się te powikłania wtedy, gdy częstsze bywają, jak np. w Wiedniu swego czasu, w przebiegu epidemii — anginy.

Czy zdarzają się zatory dżumowe i zakrzepy na kończynach — trudno jeszcze wypowiedzieć się w tym względzie. Częste przypadki zgorzeli pojedynczych członków, jak np. paluchów, palców, rąk, nosa lub ograniczonych części skóry pod postacią zgorzeli policzka, opisywane w poprzednich epidemiach, mogą być objaśnione i w inny sposób, choć w każdym razie wskazują na jakąś szczególną przyczynę uboczną.

W późnych okresach przebiegu choroby sprawa dochodzi niekiedy do istotnego morowego zapalenia opon mózgowych lub też do rozmaitych objawów porażen, wskazujących na dżumowe zakażenie tej lub innej części układu nerwowego. W sprawozdaniu naszym o epidemii w Bombaju znajdziecie Panowie historye choroby, w których częściowymi objawami moru są: porażenia pni nerwowych, obu kończyn lub jednej, jednostronny lub dwustronny bezwład miękkiego podniebienia, porażenia nerwu zwrotnego, bezgłos i utrata mowy, głuchota i ślepotą ośrodkowe, długotrwałe porażenie hamującego wpływu nerwu błędnego na serce i całe tygodnie trwające porażenie nerwów naczyńioruchowych. Przypomnijcie sobie jeszcze to, com mówił o objawach chorobowych ze strony oczu, o zapaleniu rogówki, tęczówki i całego oka, również komplikujących niejedyn przypadek moru, — a zobaczycie, jak różnokształtny może być obraz chorobowy, zwłaszcza wtedy, gdy choroba przetrwa 3 dni i ciągnie się do 2, 3 lub 4 tygodnia; — niezbyt zresztą

rzadki przypadek pośród nielicznych chorych, pozostających przy życiu.

Pozwolicie chyba, Panowie, że nie opiszę tu obszerniej obrazu *pestis siderans*, która uśmierca ludzi nakształt uderzenia pioruna w ciągu kilku godzin wpośród pozornie zupełnego zdrowia, jak również i t. zw. *pestis minor*, która przebiega pod postacią lekko niedomagania bez objawów pierwotnych lub przy ich obecności i albo szybko mija, albo zostawia po sobie dłuższe osłabienie; podobnie wspomnę tylko o *pestis recurrens* i nawrotach moru. Same nazwy wystarczą, wymienilem je jedynie w tym celu, ażeby jeszcze dobitniej zaakcentować wielopostaciowość dżumy.

Nie jestem jednak jeszcze u celu. Powyżej narysowałem bowiem tylko to, co można przypisać czystemu zakażeniu dżumowemu. Obecnie winienem właściwie opowiedzieć, jak zmienia się obraz chorobowy pod wpływem wieku starczego lub innych stanów charłacznych, jak brak u takich chorych przedewszystkiem wyraźnej gorączki, jak wreszcie powoli występują u nich pierwotne zmiany lub też pozostają tak nieznaczne, że znajduje się je dopiero przy badaniu pośmiertnem. Powiniennem Wam opisać dalej przypadki, w których trudno, a nawet prawie niepodobna orzec, czy mamy do czynienia z ostrem pogorszeniem gruźlicy płuc, czy też z dyzenteryą lub zimnicą, czy też wreszcie dołączyła się dżuma. Należałoby dalej wykazać, jak zmieniają obraz chorobowy

dżumy, a nawet nieraz potrafią zatrzeć jej główne rysy — ostre i przewlekłe zatrucia wysokiem, opiumem, haszyszem, zakażenia mieszane i następnie ziarniakami ropnymi, laseczkami grypy, błonicy, stany i napady histeryczne, wreszcie energiczne zabiegi lecznicze.

Lecz dacie sobie, Panowie, — o ile to okaże się wbrew naszym życzeniom niezbędnem, — z temi trudnościami o wiele łatwiej radę u chorych, których warunki życia znacie i dzięki znanym Wam okolicznościom czasowym i miejscowym, towarzyszącym chorobie, niżesmy to mogli czynić przed 6 laty w obcym kraju, o obcych dla nas obyczajach, z obcemi szkodliwościami i chorobami endemicznemi.

Kto zachowa w pamięci główne cechy przebiegu moru, jego szybki początek, gorączkę tyfoidalną, nadzwyczajne osłabienie, prawie nieuniknione zejście śmiertelne, kto uwzględni objawy mniej ważne ze strony oczu, tętna i języka a także pamięta o obrzmieniu śledziony, kto dąży troskliwie do wykrycia pierwotnych ognisk chorobowych i dostatecznie uwzględni wtórne, kto wreszcie zastosuje środki rozpoznawania etiologicznego, a przynajmniej postara się stwierdzić obecność laseczki dżumowej pod drobnowidzem we krwi, w wydzielinie dymiennej, w płwocinie w zapaleniu płuc, w obrzęku płuc, — ten nie tak łatwo przeoczy obecnie przypadek moru i da sobie radę nawet podczas najbardziej złożonej epidemii.

Zjazd chirurgów polskich w Warszawie

(6 — 8 października 1910 roku).

Sprawozdawcy: W. Biehler i A. Zawadzki. (Dokończenie).

POSIEDZENIE V z dnia 8/X 1910.

KOPCZYŃSKI patrz Nr. zjazdowy „Med. i Kron. Lek”.

HUGIER patrz Nr. zjazdowy „Med. i Kron. Lek”.

ZIEMBICKI. Wyraża żal z powodu nieobecności na posiedzeniu D-ra RAUMA, któ-

rego odczyt zaciekał jego oraz szkołę Lwowską. Zaznacza, że zachęceniu wynikami zabiegów operacyjnych na mózgu, wykonanych przez D-ra RAUMA, a referowanych podczas przeszłorocznego zjazdu neurologów polskich, zaczęli chirurdzy we Lwowie uprawiać chirurgię mózgu na szerszą skalę

Osobiście operował dwa przypadki: pierwszy — guz, uciskający na mózdzek, wychodzący z pod niego, dawał cały szereg objawów charakterystycznych dla tego rodzaju cierpień (rozpoznanie postawił ORZECZOWSKI), zabieg był bardzo trudny, guz udało się wydostać (*neuroma* jednocześnie *n. mediani*), chora w 24 godziny zmarła, prawdopodobnie wskutek krwotoku, operacja przebiegała krwawo, szczególnie trudno było opanować krwawienie z *emissaria*. W drugim przypadku rozpoznanie *tumor n. acustici*, prawdopodobnie łagodny ze względu na długie trwanie choroby (3 lata). Przy operacji stwierdzono torbiel, wypełnioną płynem surowicznym, po jej opróżnieniu — płat przyszyto. W obu przypadkach sączkowanie, w obu przypadkach zejście śmiertelne. Dla ułatwienia operacji proponuje nakładać szwy przed przecięciem *tentorium* z obu stron przyszłego przecięcia w ten sposób, by końce tych szwów mogły służyć jako lejce dla utrzymywania mózdzku, który bez tego wypukła się kolosalnie, wymaga uciskania palcami lub kompresami, co zwiększa uraz i tak już dość znaczny.

Sawicki. Najczęściej w gruźlicy rdzenia objawy ucisku daje ropień „*peripachymeningitis*”. W celu operacyjnego leczenia tych zaburzeń stosowane są dwa sposoby: jeden angielski z HORSLEYEM, jako przedstawicielem na czele, drugi francuski, stosowany przez MENARDA.

Anglicy wykonywają całkowitą laminectomię, usuwają łyżeczką i nożem zrosty oraz ziarninę; francuzi twierdzą, że nie należy osłabiać kręgosłupa, już zniszczonego przez sam proces chorobowy, i wykonywają „*costotransversectomię*”. Dojście do ropnia z boku przez otwór w wyrostkach poprzecznych, po uprzednim odłuszczeniu opłucny. Osobiste doświadczenie referenta wskazuje, że francuski sposób jest gorszy, zabieg trudny, dostęp prawie niemożliwy, łyżeczkowanie trzeba wykonywać prawie na ślepo, pozostają przetoki w naszych warunkach niezmiernie trudne do zagojenia, a w razie *infectio* dające złe zejście. Wykonał 18 razy laminectomię, 15 razy przy porażeniu poprzecznym. Wśród tych 15-tu raz jeden „śmierć na stole opera-

cyjnym wskutek krwotoku — przy odłuszczeniu mięśni. Otwierając 14 razy kanał kręgowy, tylko 2 razy znalazł rdzeń wolny od *pachymeningitis*, w 12 przypadkach były zrosty — z tego względu należy uważać metodę angielską za lepszą, tembardziej, że sam MENARD rzadko stosuje swoją, przeważnie leczy dobrem powietrzem, unieruchomieniem. W n i o s k i. Gdy chory ma parestezye, męczy się przy chodzeniu — należy stosować wyciąg, gorset. Gdy występuje paraplegia — wskazana jest operacja. Wśród 15 przypadków operowanych D-r SAWICKI ma następujące wyniki: 1 *mors sub operatione*, 8 wyzdrowień lub znacznych polepszeń (4 cieszą się zupełnym zdrowiem — 2 przedstawione są na posiedzeniu, jedna z operowanych wyszła nawet zamąż, jedna chora ma *coxitis*, jedna *caries costae*), 6 operowanych — bez polepszenia. Jeden świeży przypadek (parę miesięcy) — stan lepszy. Dwie chore zmarły w czasie późniejszym — jedna w 6 lat wskutek *nephritis tbc.*, druga w rok po zabiegu wskutek *pleuritis* i *pericarditis*. Z pomiędzy 6-ciu operowanych bez polepszenia: jedna chora zmarła w 4 dni, druga w 6 tygodni, trzecia w 4 miesiące, trzy po trzech miesiącach.

Al. ZAWADZKI. Przyczynki do chirurgii zwoju GASSERA.

7 lat temu na zjeździe w Krakowie przedstawiał trzy przypadki wycięcia zwoju GASSERA, operowane przez D-ra RAUMA w szp. na Pradze; od tego czasu operowany był jeszcze jeden przypadek, który zakończył się śmiercią w 48 godzin po operacji — wskutek krwawienia. Operacja całkowitego wycięcia zwoju jest technicznie ze względu na anatomiczne stosunki prawie niewykonalna. Wobec tego, że pozostawienie choćby cząstki zwoju nie daje gwarancji trwałego wyzdrowienia, a całkowite wycięcie częstokroć jest groźne dla życia, lepiej jest w przypadkach, gdy wszystkie gałęzie są zajęte, wykonywać przecięcie korzonka nerwu trójdzielnego przed jego wejściem do zwoju lub, jak radzi DOLLINGER, przecinać gałęzie tuż przy ich wyjściu ze zwoju. Wszystkie trzy gałęzie zajęte są rzadko, najczęściej bywa nerwoból zależny od 1-ej lub 2-ej gałęzi, rzadziej od obu jednocześnie. Przyczyny należy prze-

dewszystkiem szukać na obwodzie, w kostnych kanałach (zwężenie), w zepsutych zębach etc. Usunięcie pierwotnej przyczyny na obwodzie daje trwałe wyzdrowienie. W świeżych przypadkach można próbować zastrzykiwań alkoholu 80% według sposobu OFFERHAUSA. Tablice pokazują stosunki anatomiczne zwoju GASSERA oraz sposób wykonania zastrzyknięć, podany przez OFFERHAUSA.

HIGIER. Patrz Nr. zjazdowy „Med. i Kron. Lek.”.

RYDYGIER A. daje sprawozdanie z mózgowych operacji, wykonanych w klinice chirurgicznej Lwowskiej: 16 razy wykonano *punctio* BRAHMAN'A, jeden raz CUSHINGOWSKĄ dekompresję, 2 razy temporalną (nastąpił *prolapsus*). Po przekłuciach BRAHMANA wyniki bardzo dobre. Przy operacjach mózgowych posilkowano się elektromotorem i piłą SUDECKA, często bardzo kleszczami DAHLGREN. 2 przypadki wycięcia zwoju GASSERA były bardzo trudne ze względu na poprzednią operację KROENLEINA, operowano dwuczasowo, płyty z podstawą u góry. Laminektomii wykonano dwie, jedną z powodu mięsaka trzonu, poczem chory był opromieniany (ROENTGEN), żyje po operacji już dwa lata, dopiero teraz występują przerzuty. Operacji FOERSTERA wykonano dwie, jedną z powodu choroby LITTLA, drugą — bliźni po urazie, w obydwu przypadkach polepszenie. Dla ułatwienia — wbijano w trzon przed operacją gwóźdź.

D y s k u s y a.

CHLUMSKY sądzi, że przy ucisku rdzenia wyciąg daje dobre wyniki, zaleca nacieranie szarem mydłem (ludowy czeski środek), przestrzega przed stosowaniem gipsu, chwali gorsety z masy Hessingowskiej. *Neuralgia trigemini* — leczy diatermią.

KRAUZE przytacza swój operowany przypadek, w którym FLATAU rozpoznał guz mózdzku (właściwie między mózdzkiem i mostem). Operował sposobem KRAUSEGO, nie sączkował — w 3 dni potem podniesienie t^o, ranę rozpruł, założył gazę i sączki, w 2 tygodnie po pierwszym zabiegu otworzył oponeę i znalazł coś w kształcie guza. Chory

zmarł po trzech tygodniach, autopsya wykazała ropień w zatoce jamistej i w mózgu. W *meningitis circumscripta serosa* stosował przekłucie bocznej komory bez wyniku.

A. ZAWADZKI. Zaznacza, że w ciągu pięciu minut jest rzeczą niemożliwą zdać sprawę z licznych operacji mózgowych, wykonanych w szpitalu na Pradze przez D-ra RAUMA w celu leczenia padaczki, kretynizmu, guzów mózgu lub mózdzku. Jeden z operowanych przypadków, zakończony wyzdrowieniem, demonstrowany był dnia poprzedniego. Technika oraz doświadczenie odgrywają niezmiernie ważną rolę, wielkość zabiegów trzeba wykonywać dwuczasowo, krwawienie, o którym wspomina prof. ZIEMBICKI, daje się opanować dość łatwo. Przy guzach mózgu, a szczególnie mózdzku przekłucia łądzwiowego Dr. RAUM nie wykonywa nigdy, przekłucie komór bocznych — sposobem REHNA lub KOCHERA. Jeden przypadek *meningitis serosa circumscripta* (pod mózdzkiem) operowany z wynikiem świetnym — chora chodzi. *Decompressio* wykonywane było sposobem CUSHINGA, DUMONTA, KOCHERA. Raz jeden *decompressio* przy złamaniu podstawy czaszki dało świetny wynik. W dwa dni po temporalnej *decompressii* wróciła przytomność.

KRYŃSKI. Zwraca uwagę na sposób leczenia nerwobólu za pomocą wstrzykiwań alkoholu, stosował je 8 razy, co trzy dni powtarzał parokrotnie — wynik bardzo dobry.

ZIEMBICKI. Stosował w tymże celu wstrzykiwania alkoholu 4 razy — z bardzo dobrym wynikiem. HIGIEROWI odpowiada, że torbiele w *meningitis serosa* wyluszczać jest niemożliwe, bo przy najmniejszym przekłuciu torbiel znika, ściany jej są grubości pajęczyny.

ŁAPIŃSKI. Jest za konserwatywnem leczeniem nawet w przypadkach porażenia poprzecznego w sprawach uciskowych rdzenia wskutek gruźlicy kręgow. Sądzi, że u dzieci przebieg jest łagodniejszy, a wyniki otrzymuje się lepsze (dwa przypadki, chłopiec 6-cio letni — wyciąg w ciągu 6-ciu miesięcy, chłopiec 7-mio letni — wyciąg przez czas 11-tu miesięcy — wyzdrowienie zupełne).

BORZYMOWSKI. Sądzi, że przy leczeniu operacyjnym ropni mózgu należy być radykalnym. Wykonał 10 mózgowych operacji. W jednym przypadku przy pierwszej trepanacji ropnia nie znalazł, przy drugiej natrafił na ropień — wskutek pogorszenia wykonał temuż choremu trzeci raz trepanację — okazał się ropień w mózdku — chory zmarł. W nowotworach dekompresja daje dobre wyniki, operacje radykalne — złe. Przy operacjach mózgowych proponuje zeszywać dla uniknięcia zakażenia oponę twardą z oponą miękką, stosował to przy zabiegu na mózdku [i w guzie mózgu, wystąpiło jednak zapalenie opon mózgowych — przypisuje to złej technice szwu. Po laminiektomii proponuje bezpośredni wyciąg kręgosłupa za pomocą specjalnego urządzenia. Chora leżała w szpitalu przez 3 lata — wyzdrowiała.

MIECZKOWSKI zaleca kleszcze **DAHLGRENA**, zmodyfikowane przez **de QUERVAINA**, wyrabiane przez **SCHAERERA**.

ZAREMBA. Stosuje gorsety uciskające **CALOTA**.

CZARKOWSKI. Operował 2 przypadki ucisku na rdzeń, w jednym usunął 7 łuków, w drugim 5, wyniki dobre.

L. RYDYGIER. Nasze stanowisko w leczeniu chirurgicznym wrzodu żołądka. Przedstawia rozmaite sposoby wykonywania wycięcia żołądka, zaznacza raz jeszcze swoje pierwszeństwo w wykonywaniu tego zabiegu (aczkolwiek **PÉAN** wykonał pierwszy, ale po zejściu śmiertelnem chorej sposób ten odradzał stosować). Obecnie stosuje bezpośrednie zeszywanie kikuta żołądka z dwunastnicą, fałdując kikut, udaje się to, gdy otwór żołądka przekracza nawet dwukrotnie otwór w dwunastnicy.

Sądzi, że wycięcie daje lepsze wyniki, niż zespolenie.

MARCINKOWSKI. Wykonał rozległe wycięcie żołądka w raku odźwiernika przed 6-oma miesiącami, stan chorej doskonały. Radzi stosować dla stwierdzenia niedomogi żołądka sposób następujący: naczno wypłukuje żołądek i do wypłuczyn dodaje parę kropel nalewki jodowej, niebieskie zabarwienie wypłuczyn jest dowodem niedomogi.

CIECHOMSKI. Przedstawia tablice plastycznej operacji Roux z powodu zwężenia przełyku, chwali modyfikację **HERCENA**, w końcu przedstawia opis swojego przypadku, operowanego według Roux, chory zmarł na 4-ty dzień wskutek zapalenia otrzewny, wskutek przedziurawienia i zgorzeli pętlicy kiszczy, przeciągniętej pod skórą. Sądzi, że lepiej jest przeciągać pętlę przy *sternum*, a nie na *sternum*, bo skóra nie przylega tam tak ściśle. Zaznacza, że drugim z rzędu, który wykonał tę operację po Roux, był prof. **RYDYGIER** — chora żyła 5 tygodni, trzecim był **HERCEN**, chora tego ostatniego żyje. Radzi wykonywać ten zabieg trzyczasowo. Badania nad przebiegiem naczyń kiszkiowych w kresce przeprowadziła uczennica Roux panna **KONTOWT**, na tem oparł swoją operację Roux.

SŁAWIŃSKI. Zabiegi chirurgiczne w przypadkach otrucia ługiem. Radzi wykonywać, zamiast zespolenia żołądka, zespolenie jelita.

A. ZAWADZKI. Gwarancją aseptyki przy zabiegach na żołądku i kiszki daje unikanie wszelkiej styczności z błoną śluzową. Stosowanie węzła własnego pomysłu, kapciuchowo zamykającego światło końców kiszki, (po wycięciu odcinka **PAQUELINEM**) oraz szybie tylko otrzewny i błony mięśniowej pozwala na aseptyczne wykonanie połączenia end to end lub side to side.

Przed zaciągnięciem ostatniego szwu lekkie szarpnięcie za pętlę wystarcza, by miejsce zespolenia obu zamkniętych końców kiszki uczynić drożnym. Zespolenie boczne różni się w wykonaniu tem, że odcinać należy po nałożeniu węzła, cypel odciągnięty za pomocą haczyka. Szew **PAGENSTECHEA** — dwupiętrowy. Po ukończeniu szwu przejście poprzez ścianę kiszki ze światła jednej pętlicy przez miejsce zespolenia do światła drugiej. Sposób wykonania węzła nie różni się niczem od zawiązywania chirurgicznego węzła; jeden koniec nitki ujęty jest podwójnie, po zawiązaniu z pozostałych końców obcina się dwa pojedyncze. Pozostaje pętlica, za którą pociągając, węzeł rozwiązujemy z łatwością. Operowane były w ten sposób przez referenta w oddziale D-ra **RAUMA** dwa przypadki zgorzeli kiszki przy przepuklinie uwięzłej, jeden z nich wobec bardzo ciężkie-

Ichthalbina



Tannalbina

Do stosowania wewnętrznego iechtyolu.
Pobudza apetyt, a przy enteritach usuwa rozkład w kiszkaach.

Dawka: 0,5 — 1,0 g. 3 — 4 razy dziennie w postaci proszków lub w tabletkach.

Oryginalne pudełka z 30 tabl. Rbl. — 50

Środek ściągający nie drażniący kiszeki.

Dawka: dla dorosłych 1 g. 3 — 5 razy dziennie w proszkach lub tabletkach.

Oryginalne pudełka z 20 tabl. Rbl. — 25

„ dawki z 40 „ „ — 50.

Próby i Literaturę darmo.

[KNOLL & Co., LUDWIGSHAFEN am RHEIN.]

TRIDIGESTINE GRANULÉE DALLOZ PEPSINE DIASTASE ET PANCRÉATINE

PEPSYNA, DYASTAZA I PANKREATYNA
NIESTRAWNOŚĆ
NIEDOMOGA (HYPOSTHENIA).
ZAPALENIE ŻOŁĄDKA I JELIT
ZAPALENIE OKRĘŻNICY
LECZENIE GRUŹLICY
LECZENIE CHOROÓB UMYSŁOWYCH
I T. D.

DAWKA: 1—2 łyżeczek od kawy przed każdym posiłkiem; lek rozpuszcza się w wodzie.

GLYCÉRO-DALLOZ GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX GRANULÉE

GLICERO-FOSFORAN WAPNIOWY W PIGUŁKACH.
KRZYWICA,
PRÓCHNIENIE KOŚCI
PIERWSZE OKRESY GRUŹLICY
GRUŹLICA PŁUC I KOŚCI
NIEDOMOGA NERWOWA
OKRES ZDROWIENIA
I T. D.

DAWKA: dla dorosłych: 1—2 łyżeczek od kawy przed obiadem; dla dzieci: łyżeczka przed każdym posiłkiem. Lek rozpuszcza się w wodzie.

SKŁADY W PAŃSTWIE ROSSYJSKIEM:

Petersburg. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Moskwa. H. Brus.—Warszawa. Warszawskie Anonimowe Stowarzyszenie Farmaceutów i Ludwik Spiess i Syn.—Odesa. Z. Lerne i Cie.—Kijów. Południowo-Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Charków. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Rostów. Z. Lerne i Cie.—Tyflis. Kaukaskie Stowarzyszenie Farmaceutów.

Skład główny: DALLOZ & C^{ie} 13, Boulevard de la Chapelle, PARIS

PROBYNA ZADANIE BEZPŁATNIE

Rteć — Resorbin

Do kuracji weieraniami
najmniej brudzi!

W rurkach szklanych z podziałką

po 15 i 30 gr. — 25 i 50 gr.

33 $\frac{1}{3}$ %

50%

Próby i literatura darmo

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Oddział farmaceutyczny BERLIN S. O. 36.

go stanu otrzymał uspienie eterowe wewnątrzylne. Wynik bardzo dobry. Pętlica ta nadaje się do nakładania jedwabnych szwów głębokich, pograżonych, w 15—18 dni potem, pociągając za pętlę, wyprówadzoną nazewnątrz po przez skórę, szwy te można usunąć. Szereg zdjęć fotograficznych wskazuje oddzielne momenty operacyjnej.

TUCHENDLER. Patrz „Medyc. i Kron. Lek.” Nr. zjazdowy.

KRYŃSKI. Zaznacza, że nie potrzebowała panna KONTOWT dowodzić podobnego przebiegu naczyń w kresce kiszek, bo on już uczynił to lat temu kilkanaście, pracując u prof. BROWICZA.

MIECZKOWSKI. Dawniej ograniczał się we wrzodzie żołądka na zespoleniu jelito-żołądkowym, obecnie zgodnie z opinią RYDYGIERA stosuje wycięcie żołądka.

BORZYMOWSKI. Zwraca uwagę, że chorzy po otruciu ługiem kierowani są na salę wewnętrzną, dopiero po pewnym czasie — wycięczeni, dostają się w ręce chirurga. Przypuszcza, że możnaby otrzymać zupełnie inny wynik leczenia, gdyby chorzy tacy byli od razu leczeni za pomocą sondowania, przy czem zgłębnik winien być trzymany w przełyku do 4 godzin każdorazowo.

Różniczkuje guzy żołądka, nadające się do operacji, na zasadzie ich większej lub mniejszej ruchomości.

ZIEMACKI. Wybór metody operacyjnej w kamicy żółciowej.

Zaznacza, że wszystkie podręczniki traktują do tej pory sprawę chorób dróg żółciowych bardzo naiwnie. Wymaga to rewizji tych podręczników i gruntownej zmiany. Przedewszystkiem sprawy te należy podzielić na jałowe i septyczne. Zabiegi w celu leczniczym:

1) *Cholecystotomia idealis* — winna być wykonywana bardzo rzadko.

2) *Cholecystostomia* jest najczęstszą operacją i mającą najwięcej racyi bytu, tem bardziej, że wycinanie pęcherzyka dopuszczalne jest tylko wobec znacznych w nim zmian anatomicznych.

3) *Cholecystectomy* ma ograniczone wskazania, z pomiędzy danych zabiegów

wspomina o sączkowaniu przewodu żółciowego wspólnego, wątrobowego, zespoleniu żołądka lub jelita z pęcherzykiem żółciowym etc.

Wykonał z górą 50 zabiegów na drogach żółciowych.

SZERSZYŃSKI. Cholecystoenterostomia jest kwestyą sporną ze względu na jej wpływ na drogi żółciowe.

Zpośród 7-miu psów z wykonaniem zespoleniem u czterech znaleziono *cholangitis* i *hepatitis purulenta*. Wyniki tych doświadczeń przeczą poglądom KEHRA i Mayo ROSSONA, którzy uważają zabieg ten za nieszkodliwy. W swoich doświadczeniach z kol. HUBICKIM znajdował stale w drogach żółciowych ciała obce (słomę, szersć). Z doświadczeń wynika, że żaden sposób operacyjny (nawet MONPROFITTA) nie zapobiega zakażeniu dróg żółciowych.

ROTERMUND. Badał żółć, wydzielaną przez przetoki po zespoleniach pęcherzyka, doszedł do wniosku, że często przyczyną uporczywego trwania ich jest zakażenie, gdy żółć jest jałowa — przetoka zamyka się szybko. W żółci znajdował najczęściej lasecznika okrężnicy; przygotował w pracowni Tow. Lekarskiego pod kierunkiem D-ra SERKOWSKIEGO szczepionki sposobem WRIGHTA i w ten sposób opsonizował paru chorych, w jednym przypadku bardzo uporczywym osiągnął zamknięcie przetoki wówczas, gdy żółć stała się jałową.

SAWICKI. Przytacza 6 przypadków, w których miał ciężkie powikłania: w dwóch gruźlica, w dwóch krwotoki (chwali działanie żelatyny), w dwóch zaraz po operacji zatkanie przewodu żółciowego wspólnego.

KIJEWSKI. Jest zdania, że polska statystyka operacji na drogach żółciowych jest bardzo złą, bo w ręce chirurga dostaje się chory w stanie bardzo ciężkim. Jest przeciwny *cholecystotomia idealis*, z zasady wykonywa *cholecystostomia*, gdy pęcherzyk jest bardzo zniszczony — usuwa go. Wszystkie przypadki sączkuje z zasady. Zapatruje się na wyniki badań ROTERMUNDA, aczkolwiek wykonanie na jego chorych, z pewną rezerwą, — sprawa wymaga dalszych badań. Sądzi, że

w każdym przypadku żółć należy badać na zawartość drobnoustrojów.—

POSIEDZENIE VI.

Sobota 8 października po południu.

Dalszy ciąg dyskusji w sprawie operacji kamicy żółciowej.

KRAUZE. Przy owrzodzeniach i zgrubieniach pęcherzyka żółciowego wycina pęcherzyk żółciowy, gdyż, jak to zauważył w jednym z przypadków, zgrubienia pęcherzyka żółciowego nie usunięte prowadzą później do wytworzenia się nowotworu. Co się zaś tyczy sposobu operowania, to nie wycina kikut pęcherzyka do rany, lecz zakłada sączek. Ma się rozumieć, że należy, o ile można, dążyć do idealnej cholecystostomii, co nie zawsze jest możebne z wyżej wyluszczonej względów.

BARTKIEWICZ robił 15 razy operację na drogach żółciowych u psów, łącząc pęcherzyk żółciowy z żołądkiem, dwunastnicą i miąższ wątroby z jelitami. Okazało się, że po 2 miesiącach wszystkie psy zdychały na ropienie w drogach żółciowych, w jednym przypadku askarydy wywołały ropne ostre zapalenie, które zakończyło się śmiercią w ciągu trzech dni. Najlepsze wyniki daje połączenie pęcherzyka żółciowego z żołądkiem. W każdym bądź razie należy stosować połączenie dróg żółciowych z jelitami jaknajrzadziej ze względu na wcześniejsze lub późniejsze zakażenie.

PRUSZYŃSKI. Co do wskazania do operacji, to PRUSZYŃSKI zaznacza, że nie należy z nią zwlekać. Należy zaraz po pierwszym rozpoznaniem ataku operować, namawiać na to chorego, a to ze względu na zakażenie dróg żółciowych, które zawsze jest groźne. Co się zaś tyczy powstania kamicy żółciowej, to występuje ona na tle zaburzeń przemiany materii: jest to choroba wątroby. Stan komórek żółciowych oddziałują na żółć, która choruje samoistnie, jak to wykazały badania żółci po i przed operacją; żółć jest więcej trująca, aniżeli kwasy, które ona zawiera.

SZUMAN zaznacza, że nie należy zwlekać z operacją ze względu na wcześniejsze lub późniejsze zakażenie dróg żółciowych z ich

następstwami. Należy operować zaraz po pierwszym ataku kamicy żółciowej. Potwierdza to kilkoma przypadkami. Podczas operacji zamiast sączka zakłada kateter N. 16 z dwoma otworami, jednym z boku, a drugim u dołu na 12—14 dni. Nigdy nie zauważył przetok żółciowych pooperacyjnych, z wyjątkiem jednego przypadku zropienia pęcherzyka żółciowego.

LEŚNIEWSKI. Leczenie kamicy żółciowej może być tylko operacyjne, należy operować szeroko, śmiało i doszczętnie w odpowiednich warunkach. Należy zawsze sączkować przewód żółciowy. O ile można, trzeba zachować pęcherzyk żółciowy. Sączek powinien leżeć, jak można najdłużej. Przetoka trwa czasami kilka miesięcy, ale zawsze wcześniej lub później zamyka się. Przyczyną nie zagojenia się przetoki nie jest zakażenie dróg żółciowych, lecz zamknięcie odpływu żółci do jelit przez kamień lub bliznę.

BORZYMOWSKI. Przytacza sposób wszycia sączka do pęcherzyka lub do dróg żółciowych, sposób KARCZEWSKIEGO, polega on na tem, że, zakładając sączek, zagina się ściana pęcherzyka lub dróg żółciowych w ten sposób, że sączek otacza błona surowicza—włębła się ściany wzdłuż sączka. Po wyjęciu sączka przylegają błony surowicze, pokrywające pęcherzyk, względnie drogi żółciowe, i szybko się skleją. Tym sposobem można zawsze uniknąć niezagojenia się przetok żółciowych.

ZIEMICKI. Przetoki żółciowe mogą powstać z dwóch przyczyn: albo drogi żółciowe nie są zupełnie wolne, albo są ku temu przyczyny, wywołane przez zapalenie, o ile tutaj winne jest zakażenie, nie wiadomo. Przy operacji pęcherzyka żółciowego należy zawsze sprawdzić, czy inne drogi żółciowe są wolne, czy niema gdzie drugiego kamienia, który trzeba usunąć bezwarunkowo. Gdy się to zaniedba, to wcześniej lub później trzeba będzie operować raz drugi. A operacja druga nie jest tak łatwa, jak pierwsza, ze względu na wytworzenie się zrostów.

WATTEN. Rozporządza materiałem bardzo zaniedbanym, to jest operował chorych takich, gdzie już nic nie pomogło, a operacja była *ultimum refugium*. Operował 40 kilka

przypadków. 3 razy miał przetoki z powodu ropnego zapalenia przewodów żółciowych głębszych. Podczas operacji nie przyszywa przewodu żółciowego, względnie pęcherzyka żółciowego do rany. Sączek zostawia tak długo, póki sam nie wypadnie. Pęcherzyk żółciowy usuwa [niechętnie pomimo wielkich zmian, a to ze względu na to, że może on się wcześniej lub później przydać.

Prof. KADER. Operuje każdą rozpoznaną kamicy żółciową i każde ropne i nieropne zapalenie dróg żółciowych. Wycina przytem zawsze woreczek żółciowy; zawsze sączykuje drogi żółciowe przedtem, aby się przekonać, czy są one zupełnie wolne. Co się tyczy powstawania nowotworów, to rak powstaje w 10%—20%. Najlepsze połączenie dróg żółciowych jest z żołądkiem, z jelitem nie jest dobre ze względu na łatwe bardzo zakażenie dróg żółciowych.

DEMBOWSKI. Aby unikać zagięcia się przewodu żółciowego podczas sączkowania, (zagięcie to może się w przyszłości utwalić), kol. DEMBOWSKI stosuje sączek w postaci litery T, której ramiona gumowe wprowadza do przewodu żółciowego. Tym sposobem unika zgięcia; sposób ten ułatwia też przepłukanie przewodów żółciowych.

SAWICKI. Ze względu na raka wycina pęcherzyk żółciowy, szczególnie u ludzi starszych, przytem usuwa pęcherzyk tak, że zostawia pokrywającą pęcherz otrzewną, którą przyszywa do otrzewny ściennej. Przetoki goją się tym sposobem szybko.

ROTTERMUND zwraca uwagę na lepkość żółci, która ma pewne znaczenie dla kamicy żółciowej jak to wykazał KOMURA.

ODERFELD operował 70 przypadków kamicy żółciowej, ustępuje internistom tylko przypadki z przebiegiem lekkim. Usuwa stale pęcherzyk żółciowy, który zawsze jest mniej lub więcej zakażony; przyczem zawsze sączykuje przewód wątrobowy.

FALGOWSKI (Poznań). O k o r z y ś c i a c h o p e r o w a n i a d r o g ą p o c h w o w ą.

Referent na wstępie zaznacza, że przez pochwę można wszystko usunąć z wyjątkiem gruźlicy. Sposób operowania przez pochwę ma tę ważną zaletę, że w sprawach ropnych pozwala uniknąć zakażenia otrzew-

ny. Ma to też i wielkie znaczenie ekonomiczne ze względu na to, że można operować ubogich, nie narażając ich na zbyt wielkie koszty i na stratę czasu. Operował on 108. razy, przyczem tylko w jednym przypadku umarła chora. Bardzo łatwo operacją przez pochwę wywołać sztuczną bezpłodność, wycinając jajniki. Po takich operacjach pacjentki szybko wstają, okres zdrowienia następuje szybko, odżywianie chorej może być lepsze i dogodniejsze. Opatrunek w takich razach jest łatwiejszy i mniej groźny, gdyż się unika styczności z kiszka. Podczas operacji otrzewna nie podlega działaniu powietrza, co, jak wiadomo, ujemnie na nią wpływa. Referent operował tym sposobem ciężą jajowodową z dobrym wynikiem. Mięsaکی dają się tą drogą łatwo usunąć bez najmniejszego podrażnienia macicy, jakoteż i torbiele i zagięcie ku tyłowi macicy. Nie nadaje się do operowania tą drogą rak szyi macicy, który należy zawsze usuwać *per laparotomiam* doszczętnie.

WRZEŚNIEWSKI (Częstochowa). L e c z e n i e o t w a r t e g r u ź l i c y r o p n e j s t a w ó w.

Do leczenia gruźlicy stawów autor poleca szerokie otwarcie stawów, usunięcie wszystkich zmienionych części z następczem tamponowaniem. Takie szerokie otwarcie pozwala nam dobrze obejrzeć staw chorego. Otrzymał wyniki bardzo zadawalające. Przedstawia jednego chorego, u którego w ten sposób wyleczył staw skokowy: chory chodzi zupełnie dobrze, pomimo że staw jest nieruchomy, drugi chory miał to samo zrobione ze stawem łokciowym—też z dobrym wynikiem. Przy ranach postrzałowych kości ze zmiżdżeniem referent radzi szeroko ranę otworzyć, o ile można, usunąć ułamki, pozostawiając okostną, aby kość mogła się odrodzić. Wyleczył on tym sposobem chorego z raną postrzałową kości ramieniowej. U chorego z raną postrzałową goleni otrzymał też zupełne zagojenie, chociaż pozostało skrócenie i stężenie stawu, co nie przeszkadzało choremu chodzić w szynie godzinami; wytworzenie się stężenia stawu referent przypisuje temu, że kość w tym przypadku nie odrodzi-

ła się, jak się należy. Przedstawia obydwóch chorych.

W dyskusyi zabierają głos SŁAWIŃSKI, który omawia dwa przypadki, wyleczone podobnym sposobem doszczętnego oczyszczenia kości na stopie, i STANKIEWICZ. Ostatni opowiada o 16 przypadkach ran postrzałowych stawów z r. 1863; w tych przypadkach oczyszczał rany stawowe doszczętnie, nawet rezekował części stawów — otrzymał wyniki dobre; dwoje z nich zmarło. Potem obserwował on 8 przypadków zniszczenia stawów, ale na tle gruźlicy. Tutaj wyniki były zupełnie inne, a to ze względu na ogólne zmiany w ustroju. Dobrych wyników można się spodziewać tam, gdzie ma się do czynienia z raną urazową.

Prof. KADER (Kraków). P r z y p a d e k w s z c z e p i e n i a c z ę ś c i s t a w o w e j k o ś c i u d o w e j z e ś w i ę ż y c h z w ł o k l u d z k i c h w m i e j s c e c z ę ś c i w y c i ę t e j.

Autor opisuje wyżej wymieniony przypadek. Chory po operacyi ma się zupełnie dobrze. Od operacyi upłynęło cztery miesiące.

CZAJKOWSKI (Sosnowiec). O l e c z e n i u g r u ż l i c y k o ś c i, s t a w ó w i s k ó r y.

W celu leczenia *spina ventosa* (rozdzęcie kości) autor robi małe nacięcie, usuwa tym sposobem nagromadzoną ropę, poczem nakłada opatrunek obojętny. Potem zastrzykuje własnego wyrobu szczepionkę przeciwko gruźlicy; kość powraca do normy. Autor podaje wyleczonych kilkanaście przypadków.

SKABOWSKI (Warszawa). L e c z e n i e g r u ż l i c y k o ś c i i s t a w ó w p r o m i e n i a m i X.

Referent leczył promieniami X 8 przypadków gruźlicy. Z tych w dwóch nastąpiło wyzdrowienie zupełne. *Spina ventosa* znikła zupełnie; gruźlica stawu skokowego znacznie się poprawiła, obrzęk znikł, przetoki zacinają się goić. Bóle zniknęły już po pierwszym naświetleniu. Im staw i kości są mniejsze, tem wynik jest lepszy.

SMUŻYŃSKI (Warszawa). P r z y c z y n e k d o l e c z e n i a z w i c h n i e ń n a w y k o w y c h b a r k o w y c h.

Opisuje przypadek zwichnięcia nawykowego stawu barkowego, które się powtórzało w ciągu roku dziesięć razy, szczególnie w nocy, gdy chory spał. W piśmiennictwie opisano takich przypadków 64, przyczem leczenie dało wyniki świetne. Zmiany w stawie dotyczą torebki, która bywa rozszerzona, główki, panewki i mięśni — często uszkodzonych; zmiany te zostają zwykle wywołane przy pierwszym zwichnięciu i pozostają nadal. Co się tyczy zabiegów, to HUETER radzi rezekcyę główki, RIGNARD zeszyicie torebki stawowej, HILDEBRAND pogłębienie panewki, inni radzą przyszyicie mięśni, CLERMONT i EHRlich biorą płat od tyłu mięśnia barkowego, zwężają go i tworzą tym sposobem wiązadło, które utrzymuje w swem położeniu główkę. W przypadku, podanym przez referenta, wykonano zeszyicie torebki stawowej, nałożono 8 szwów katgutowych, rana się dobrze zagoiła; lecz po 4 miesiącach nastąpił nawrót.

MIECZKOWSKI (Poznań). O p ę k n i ę c i u b ł o n y w e w n ę t r z n e j t ę t n i c y p i s z c z e l o w e j s k u t k i e m n a d m i e r n e g o w y p r o s t o w a n i a k o l a n a.

Pęknięcie błony wewnętrznej tętnicy może nastąpić i w tętnicach zdrowych, nietylko w chorych. Bliższe badania wykazały, że takie pęknięcia mogą się w zupełności wygoić. Przyczyną najczęstszą bywa nadmierne rozciągnięcie tętnicy, jakoteż i zmiany w odżywianiu (zgorzel skóry kończyny); nie mniej wywołać mogą pęknięcie błony wewnętrznej tętnicy uraz i silne napięcie. Najczęściej obserwuje się takie pęknięcie przy nastawianiu zwichnięć. Autor opisuje obserwowany przez siebie bardzo ciekawy przypadek. Chory kupiec, schodząc ze schodów, potknął się i odrazu uczuł silny ból w łydce, ból nie ustępował. Przy badaniu ukazał się wylew krwawy na wewnątrz stopy, której zginanie wywoływało silne bóle. Po 4 dniach bóle ustąpiły. Po upływie 2 — 3 tygodni wytworzyło się owrzodzenie, które się powiększało i wywołało zgorzel 4 palców. Zgorzel poszła wyżej ku górze. Po 4 miesiącach odjęto dolną kończynę z powodu nadmiernego bólu. Badanie tętnicy wykazało

zator zupełny w połowie uda i zwężenie tętnicy na dużej przestrzeni. Nastąpiło zatem rozerwanie błony wewnętrznej, które powoli po upływie 5 miesięcy, zablizniając się, wywołało zator z jego skutkami.

ZAREMRA (Husiatyn). O k i k u c i e o s t e o p l a s t y c z n y m w a m p u t a c y a c h p o d u d z i a.

W celu otrzymania dobrego nie stożkowatego kikuta po amputacji referent podaje osteoplastyczny sposób, który polega na tem, że się wycina kawałek strzałki. Tym kawałkiem przykrywa się kikut obu kości, zeszywa się najpierw okostną, potem skórę. Tym sposobem otrzymuje się kikut płaski kostny. Referent operował tym sposobem trzy razy i otrzymał wyniki bardzo zadawające.

W dyskusji zaznacza prof. CHLUMSKY, że ortopeda stoi obecnie tak wysoko, że nie potrzeba żadnych sztucznych osteoplastycznych sposobów. Potrzebny kikut jak można najdłuższy — to najważniejsze dla ortopedysty.

Prof. CHLUMSKY (Kraków). Wyniki leczenia za pomocą diatermii.

Diatermią nazywa się działanie prądu o silnem napięciu i o krótkiej fali. Działanie takiego prądu wywołuje bardzo przyjemne gorąco. Diatermia oddaje dobre usługi w leczeniu rozmaitego rodzaju zapalenia stawów, zwapnienia tętnic, skurczów neuralgicznych i kamieni nerkowych, pęcherzowych, wątrobowych. Działa tutaj gorąco, idące w głąb, rozpuszczające tym sposobem sole w tkankach. Szczególniej wrażliwe na ciepło są gonokokki, które giną po diatermii. Diatermia działa dobrze na guzy, gdyż komórka chora jest wrażliwa na ciepło nadmierne. Ilość ciepła można stopniować, mierzyć. Ten sposób le-

czenia ma wielką przyszłość przed sobą — są to zaledwie badania wstępne.

JAKIMIĄK (Warszawa). O r a n a c h p r z e p o n y. Referent zebrał z piśmiennictwa 73 przypadki ran przepony. Z tych 54 leczono za pomocą operacji przez klatkę piersiową, przytem wyzdrowiało 51, a umarło 3. 12 przypadków leczono za pomocą laparotomii, z tych 4 zmarło. Autor sam obserwował 3 przypadki ran przepony, z tych jeden chory zmarł, operowano go zapóźno. Autor przychodzi do wniosku, że należy operować przez klatkę piersiową, rozszerzywszy uprzednio ranę. W dyskusji zaznacza ZAWADZKI, że obserwował 7 przypadków ran przepony; złe wyniki otrzymuje się, gdy przystępuje się do laparotomii.

JUŃT (Warszawa). O r e n t g e n o g r a f i i j a m y b r z u s z n e j i BARSZCZEWSKI (Warszawa) R a d i o p a l p a t i o j a m y b r z u s z n e j. Demonstrują w obrazach nikonowych radiogramy, dotyczące rentgenografii jamy brzusznej.

NEUGEBAUER (Warszawa). W sprawie ciąży pozamacicznej. Przytacza kilka przypadków ciąży pozamacicznej, przytem zaznacza, że śmiertelność wynosi w tych przypadkach około 50%. Tylko szybki zabieg może uratować chorą, chociażby rozpoznanie nie było postawione ściśle — tem nie mniej należy operować.

Na tem posiedzenia zjazdowe zakończono.

— *Sprostowanie.* Skutkiem pośpiechu w sprawozdaniu ze zjazdu chirurgów mylnie podano skład prezydyum. Z lekarzy warszawskich do prezydyum należał tylko kol. Gabszewicz; pozostali, wymienieni w sprawozdaniu, byli członkami komitetu, zarządzającego zjazd.

SPROSTOWANIE Sz. Redaktorze! W Nrze 42 „Medycyny i Kroniki Lekarskiej“ na str. 982 w sprawozdaniu ze Zjazdu chirurgów znalazłem streszczenie mego przemówienia, poczynające się dosłownie, jak następuje: „Do szpitala w Suwałkach przybył chory z uwięzłą przepukliną pachwinową. Przez trzy dni felczer napróżno starał się ją wprowadzić“. Ponieważ zdania te mogą dać powód do nieporozumienia, zaznaczyć muszę, że próby wprowadzania przez felczera wiewskiego uskuteczniane były przed przywiezieniem chorego do szpitala; po przywiezieniu chory jeszcze tegoż dnia był operowany. Te parę wyrazów sprostowania do czasu wydrukowania całego wykładu mojego w jednym z pism lekarskich raczy Szanowny Redaktor w piśmie swoim umieścić.

Przy sposobności łączę wyrazy głębokiego szacunku i poważania, z jakim względem Sz. Redaktora pozostaję.

Stefan Rechniowski
lekarz szpitala św. Piotra i Pawła w Suwałkach.

Wiadomości bieżące.

— W Warszawie od 22 — 24 b. m. odbywały się obrady nad samorządem delegatów różnych stowarzyszeń właścicieli domów. Obrady zainicjowało stow. wł. domów w Warszawie. Sądząc ze sprawozdań pism codziennych, wcale nie poruszano spraw zdrowotnych i szpitalnych, które są przecież najpilniejszą potrzebą naszych miast i miasteczek.

— Pogotowie ratunkowe w Warszawie otrzymało do rozporządzenia drugi samochód, sprowadzony z Paryża, firmy Delaunay Belleville. Zastosowano w nim wszelkie nowe urządzenia, umieszczono umywalnię oraz ogrzewacz dla chorych. Karetą otwiera się z boku i tyłu.

— Przebudowa szpitala Ś-go Rocha zbliża się do końca, ambulatoryum jednak nie będzie otwarte przed połową przyszłego miesiąca.

— W Siedcach 13 b. m. odsłonięto na grobie d-ra Anastazego Sawickiego pomnik, postawiony staraniem miejscowego Towarzystwa lekarskiego. Prócz tego zbiera się fundusz na stypendya dla uczniów szkół podlaskich. Zebrano dotąd 2855 rb.

— Nakładem Kroniki dentystycznej wyszło wydawnictwo: Polskie słownictwo dentystyczne.

— W Galicyi zawiązało się towarzystwo lekarskie ruskie pod przewodnictwem d-ra Ozorkiewicza.

— W r. 1909 liczba ukąszonych przez psy wściekle w Niemczech zwiększyła się do 406 (295 w r. 1908). 374 osoby poddano szczepieniu, z tych 10 zachorowało na wściekliznę.

— W czasie rozruchów Berlińskich policja wdarła się na stację doraźnej pomocy lekarskiej, zabrała dziennik czynności i wynotowała wypadki odnośnie. Lekarze odmówili wydania dziennika, a pisma lekarskie niemieckie są przepełnione głosami oburzenia przeciwko brutalnemu wdzieraniu się policji w tajemnice lekarskie.

— W Bernie otwarto nowy instytut higieny i bakterjologii. Na czele instytutu stoi prof. W. Kolle.

— Lekarzem naczelnym szpitala Jana Bożego mianowano d-ra Dragomanowa.

Zmarli.

— Zmarł w Warszawie w 33 roku życia dr. Wł. Paszkiewicz skutkiem malleus. Chorobą zakaził się w szpitalu przy dokonywaniu zabiegu. Młody lekarz rokował jak najpiękniejsze nadzieje. Szkoda młodego życia, które dał w ofierze zawodowi.

— D-r E. Gajzler, lekarz powiatu w Sierpcu.

— D-r Józef Szymański, b. lekarz wojskowy.

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU!

HEMATOGEN D^{RA} HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.

Silnie pobudza apetyt.

Daje wysmienite wyniki w angielskiej chorobie, żółtaczce, ogólnym osłabieniu, bezkrwistości przy osłabieniu serca i nerwów i u rekonwalescentów po zapaleniu płuc, grypie i in. chorobach. Odznacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmuje 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 białkowe związki surowicy w czystej skoncentrowanej postaci bez żadnego rozkładu. Jako środek odtwarzający krew, dyetetyczny 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 przy gotowaniu 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 próbną ilość.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

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

OVO-LÉCITHINE BILLON

Pewny środek wzmacniający
w przypadkach.
Neurastenii, Anemii,
Przepracowania,
Wyczerpania po chorobach

Ovo - Lécithine Billon

natrywać można we wszystkich aptekach pod postacią pigułek à 0,05.
Przepisuje się dorosłym: 4 — 6 pigułek dziennie, dzieciom 2 — 3 pigułek dziennie.

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES
FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES · PARIS ·

Jeneralny przedstawiciel Adolf Weinstein
w Warszawie — Nowo-Jasna 6.