

NOWINY LEKARSKIE

ORGAN WYDZIAŁU LEKARSKIEGO TOWARZYSTWA PRZYJACIOŁ NAUK
POZNAŃSKIEGO

wychodzi na początku każdego miesiąca w Poznaniu
staraniem

KOMITETU REDAKCYJNEGO,

składającego się z DDr.: Chłapowskiego, Koehlera, Świderskiego, Świącickiego,
Wicherkiewicza, Zielewicz z Poznania i Dr. Szumana z Torunia.

BIURO REDAKCYJNE

znajduje się u przewodniczącego komitetu
redakcyjnego, Dr. B. Wicherkiewicza,
ul. Św. Marcina Nr. 6.

ADMINISTRACJA I EKSPEDYCJA:

w drukarni Fr. Chocieszyńskiego, Poznań,
Wodna ulica nr. 15.

Przedpłata, którą przyjmują: Drukarnia nakładowa Nowin lek., księgarnie J. K. Żupańskiego w *Poznaniu*, Gebethnera & Wolffa w *Warszawie*, jako też wszystkie urzędy pocztowe Ces. Niemieckiego, wynosi:

rocznie: w Niemczech 10 m. [z przes. 12 m.], w Austrii 6 zlr. [z przes. 7 zlr.], w Król. Pol. i Rosyi 5 rs. [z przes. 6 rs.]
we Francyi 12 fr. [z przes. 15 fr.].
półrocznie: w Niemczech 5 m. [z przes. 6 m.], w Austrii 3 zlr. [z przes. 3,50 zlr.], w Król. Pol. i Rosyi 2,50 rs. [z przes. 3 rs.]
we Francyi 6 fr. [z przes. 7,50 fr.].

A. Prace oryginalne.

I. Kilka słów o użyciu lyzolu (Lysolum purum) przy desinfekcyi ran.

Podał

Dr. Leon Szuman (z Torunia).

Nowe środki lecznicze i nowe środki przeciwważne rodzą się dzisiaj prędko, jak grzyby po deszczu, ale część ich znaczna równie krótki, jak grzyby, ma żywot i często już po kilku miesiącach znika z porządku dziennego, ginie w pomroku zapomnienia. Wartość tuberkuliny w leczeniu suchot płucnych, wartość pyoktaniny w praktyce chirurgicznej zdaje się już dzisiaj być dość wątpliwą i nie spełnia pierwotnych, może zbyt różowych, nadziei.

Ogólniejszego i trwalszego przyjęcia doznała, zdaje mi się, kreolina, mająca niezaprzeczone zalety, lecz także dość znaczne wady, jakimi są jej nierozpuszczalność, mętność zupełna jej mieszanek (emulsyi), psucie się rurek gumowych u irygatorów i innych wszelkich narzędzi gumowych pod wpływem kreoliny, zabrudzanie narzędzi, irygatorów i t. p. czarnym bardzo lepkiem osadem, trudność czyszczenia takowych i t. d. — Otóż w ubiegłym roku zjawił się także w Hamburgu poważny konkurent kreoliny, t. j. lyzol, przez firmę Schülke et Mayr wprowadzony. Środek ten. pokrewny kreolinie co do pochodzenia swego, jest związkiem mydlanym wyższych olejków dziegiowych, t. z. kresolów, mających być mniej trującymi dla człowieka, a więcej desinfekcyjnymi, więcej trującymi dla bakterii od karbolu, jak to Henle, Fraenkel i inni wykazali. Schottelius,

Engler, Simmonds zbadali lyzol pod względem działania farmakodynamicznego i dęsinfekcyjnego na bakteryje i wykazali wielkie takowego zalety. Michelsen z Wiesbadenu publikował na początku b. r. doświadczenia czynione we własnej klinice prywatnej z lyzolem¹⁾ i doszedł do przekonania, że środek ten jest jednym z najlepszych środków przeciwważających w praktyce chirurgiczno - ginekologicznej. Autor ten prorokuje lyzolowi wielką przyszłość i uważa go za środek mogący w znacznej części zastąpić inne środki przeciwważające przy operacjach i wystarczający na wszystkie potrzeby operacyjne.

Doświadczenia własne z lyzolem rozpocząłem już w minionym roku, próbując takowego najpierw w miejsce kreoliny, która z powodu zanieczyszczenia irygatora, niszczenia gumowych rurek u irygatora i tworzenia lepkich osadów smółowatych na narzędziach metalowych stała mi się niesympatyczną mimo swych dość wybitnych zalet. W bieżącym roku jednakże zachęcony publikacją Michelsena zacząłem używać lyzolu w lecznicy méj chirurgicznej konsekwentnie:

- 1) do desinfekcyi rąk operatora,
- 2) do desinfekcyi skóry przed operacją w okolicy rany,
- 3) do przestrzykiwania ran ropiejących oraz ran, robionych w tkaninie zakaźnej n. p. zakażonej gruźlami tuberkulicznymi, zgorzelą kości w skutek ostrego zapalenia kości i t. p.

W tych wszystkich razach oddawała mi desinfekcyja lyzolem równie dobre usługi, jak desinfekcyja karbolem, sublimatem, lub kreoliną. Złych skutków nie widziałem przy dwudziestu kilku dotychczas (do końca kwietnia) z takową desinfekcyją wykonanych operacjach; bolesnych wysypek, jakie po jodoformie i po sublimacie już wielokrotnie obserwowałem, dotychczas po lyzolu nie było; zatrucia jakiegokolwiek także nie zauważyłem, podczas gdy przy jodoformie i sublimacie już kilkakrotnie ogólne intoksykacje, jakkolwiek nie śmiertelne, i dość szybko przemijające, obserwowałem. W jednym wypadku miałem sposobność użyć lyzolu do przepłukania po wycięciu żebra i operacji otoku ropnego piersiowego (empyema), w którym to wypadku po otworzeniu otoku powoli około siedm litrów półprocentowego roztworu lyzolu w przegotowanej letniej wodzie przez jamę opłucną przepuszczono, dopóki wszelkie ślady cuchnącej ropy nie wypłynęły z otoku. Natychmiast po operacji poprzednio istniejąca gorączka opadła do normalnego stanu i już zgoła się nie podniosła, tak że więcej przepłukiwań nie robiono. Rana odtąd zupełnie sucha opatrywana zgoiła się w cztery tygodnie tak dalece, że chory z zabliźnioną jamą opłucną, z małą tylko jeszcze ranką skórną lecznicę mą opuścił, mimo że choroba była zastarzała, gdyż już 14 tygodni przed operacją istniała i chory strasznie wynędzniały przybył do lecznicy. Złego wpływu wielkiej ilości lyzolu na organizm chorego nie było ani śladu, chory wkrótce po operacji zaczął objawiać znakomity apetyt i nieledwie co dzień lepiej wyglądał²⁾. — W wypadku laparotomii próbnej przy gruźlicy otrzewnej przepłukanie rany brzusznej lyzolem także nie zrobiło najmniejszego objawu intoksykacji, puls silny, ciepłota normalna, objawów zapadu nie było³⁾. — Do przepłukiwania ran ropiejących lub zakaźnych (tuberculosis ossium, necrosis, tuberculosis glandularum lymphaticarum suppurativa i t. d.) używałem roztworu początkowo 20/0,

1) Michelsen, Centralblatt f. Gynaekologie 1891, Nr. 1

2) Prątków gruźliczych w płwocinie ani przed operacją, ani po operacji nie było, w ropie z opłucnej wydobytej także ich nie było.

3) Michelsen używał lyzolu przy 12 laparotomijach z dobrym skutkiem.

w ostatnich czasach 1⁰/₀, do przepłukania jamy opłucnej użyłem roztworu 1¹/₂⁰/₀ lyzolu. — Do mycia rąk własnych przed operacją i w czasie takowej, używałem także początkowo roztworu 2⁰/₀; przekonawszy się jednakże, że przy dłużej trwających operacjach i częstszym myciu rąk roztwór taki szczypie i czerwieni skórę (choć jej bynajmniej tak nie psuje i nie złuszcza jak 5⁰/₀ karbol), używałem następnie roztworu 1⁰/₀, który według zdania Schottelius'a i Michelsena¹⁾ najzupełniej wystarcza do desinfekcji i skóry nie szczypie. — Do przepłukiwania ran bezzakaźnych i nie ropiejących nie używałem od początku bieżącego roku żadnego zgoła płynu, ponieważ wszelkie wlewanie płynów do ran bezzakaźnych jest zbyt szkodliwym, jak to doświadczenia Landerer'a, Bergmanna, E. Kurz'a²⁾ i innych wykazały. W tych razach więc jedynie desinfekcję skóry chorego i rąk własnych lyzolem wykonywałem.

Do desinfekcji narzędzi w naczyniach podczas operacji leżących lyzolem zdaniem moim nie nadaje się, choć Michelsen go i tutaj używa i poleca. Roztwór lyzolu bowiem w twardej wodzie jest białawy, mętny, jak woda mydlana (choć nie taki gęsty, jak emulsja kreoliny), narzędzi więc nie widać dobrze, a po drugie trzonki narzędzi stają się w mydlanym, lyzolowym roztworze zbyt śliskie. Zamiast więc obwijać trzonki w gazę bezzakaźną, jak radzi Michelsen, lepiej narzędzia wygotować i w karbolowy roztwór po dawnemu włożyć.

W jednym wypadku próbowałem użyć słabego roztworu lyzolu (2:1000) do przepłukiwania ropnego kataru pęcherza, od dłuższego czasu trwającego i różnymi już środkami wewnętrznymi i przepłukiwaniami bez skutku leczonego. Jednakże po kilkorazowym przepłukaniu tym słabym roztworem bóle pęcherzowe i parcie przy oddawaniu moczu tak się codziennie wzmagaly, że trzeba było trzeciego dnia tych prób zaprzestać, tym bardziej, że dobrego wpływu na zmniejszenie ropienia w pęcherzu nie było widać.

Na narzędzia gumowe nie zauważyłem tego złego wpływu lyzolu, jaki wywiera kreolina. Rurki irygatorów, od czterech miesięcy codziennie przez krótszy lub dłuższy (czasami kilkogodzinny) czas lyzolem napełnianych, są dotychczas w dobrym stanie.

Pesaria i narzędzia z celuloïdu cierpią jednakże bardzo i stają się chropowate pod wpływem lyzolu według spostrzeżeń Michelsena³⁾.

Te kilka słów nie mają naturalnie na celu wyczerpująco przedstawić wszystkie właściwości, korzyści lub niekorzyści tego nowego leku przeciwzakaźnego. Obszerniejsze i szczegółowsze sprawozdanie podam dopiero, gdy będę bogatszy w doświadczenie z tym środkiem. Celem tego tymczasowego, że tak powiem, doniesienia, jest zwrócenie uwagi Kolegów na ten nowy hamburski środek desinfekcyjny, który jakkolwiek ma także niektóre wady, które go uniwersalnym, jak pragnie Michelsen, nie robią, przecież mieć się zdaje ilość zalet, przewyższającą dotychczasowe środki przeciwzakaźne, t. j. być silnym antyseptykiem, a w doзах dozwolonych nie trującym, niegroźnym środkiem.

¹⁾ L. c. str. 232. — Do przepłukiwania jamy otrzewnej używał M. tylko 1/3 procentowego roztworu, gdyż takowy już według badań Schottelius'a wystarcza.

²⁾ Porów. Nowiny lekarskie r. 1891, Nr. 1, str. 32.

³⁾ loc. cit. str. 232.

II. O nasieniotoce i jego leczeniu.

Podał

Dr. Franciszek Chłapowski.

Dając niniejsze opracowanie przedmiotu, na którego ważność dopiero przed pół wiekiem zwrócił uwagę Lallemand¹⁾ z Montpeiller, przedmiotu, który pomimo to w podręcznikach medycyny wewnętrznej po macoszemu najczęściej bywa traktowanym a staje się coraz bardziej wyłącznym polem specjalistów, nie przychodzę z przyczynkiem jakim nowym do badań nad nim ani do sposobów leczenia choroby, której uporczywość tak często zniechęca nie tylko pacjentów, ale i lekarzy. Zabierając się do tej pracy, miałem myśl inną. Od dawna śledząc piśmiennictwo odnośne i sam w ciągu lat zajmując się ze szczególnym zainteresowaniem chorymi uskarżającymi się na odpływ nasienia, przekonałem się, że i pomiędzy lekarzami u nas niestety panują dotąd i co do powstawania i co do leczenia tej choroby uprzedzenia, przeciwko którym warto głos podnieść, tém więcej, że, o ile mi wiadomo, w polskim piśmiennictwie nikt się do ich zwalczania dotąd nie zabrał. Mając więc ten zamiar głównie na celu, ograniczyłem opis własnych spostrzeżeń, aby obraz choroby był jak najtreściwszym; pozwoliłem sobie tylko tam więcej słów, gdzie mi chodziło o zabicie wzmiankowanego uprzedzenia, a pod koniec rozprawy rozszerzyłem się tylko dla tego nad jedną metodą leczenia, która mi zresztą prawdziwe oddała usługi, że o niej wzmianki²⁾ nie znalazłem w broszurach, artykułach, podręcznikach i encyklopediach niemieckich, z których najwięcej korzystamy.

Co się tyczy samej nazwy nasieniotoce *Spermatorrhoea*, to jest ona niekoniecznie dobraną. Odpowiadać ona może odpływowi nasienia przy oddawaniu stolca i moczu, w której to postaci Lallemand upatrywał najwyższy wyraz choroby, ale nie jest odpowiednią dla oznaczenia utraty nasienia przez nadmierne pollucyje nocne i dzienne, których wyleczenie jest nieraz tak trudnym.

Chcąc leczyć skutecznie chorobę, której przyczyny mogą być różne, trzeba przedewszystkiem te przyczyny poznać, aby w razie danym do właściwej dotrzeć. Otóż etjologia nasieniotoce należy dotąd do tych części w medycynie, które należałoby się jaknajenergiczniej oczyścić ze śmieci. Lallemand, choć na polu symptomatologii i terapii ogromne położył zasługi, winien temu może najbardziej, iż dotąd wielu lekarzy wierzy jeszcze w możliwość powstania *spermatorrhoea ex continentia*. Pogląd to średniowieczny, nie dający się niczem uzasadnić, a który Lallemand tylko dla tego chyba przepuścił, iż nie mógł we wszystkich znanych mu wypadkach tej choroby wytłomaczyć jej przyczyny swoją teorią, że nasieniotok jest prawie zawsze skutkiem zapalenia chronicznego tylnej części cewki moczowej w okolicy *veru montanum*. Trousseau³⁾, w którego pracy o utraty nasienia tak wymownie przedstawioną jest fałszywość teorii dopiero co przytoczonej Lallemanda, musiał chyba nie widzieć potrzeby zbijania także i tego zdania, iż one powstać mogą z samej wstrzemięźliwości płciowej; bo o tém nawet nie wspomina. Fuerbringer⁴⁾ jednak czyni z tego

¹⁾ Des pertes séminales involontaires. Paris, 1842.

²⁾ Króciutką wzmiankę znalazłem w artykule „Saamenverluste“ napisanym przez Fuerbringera w *Realencyclopedie* XVII, str. 232, ale tylko wzmiankę, bo F. środka nie wypróbował i mu niedowierza.

³⁾ Clinique médicale. II, str. 741.

⁴⁾ Realencyclopaedie XVII, str. 232. Wydanie drugie.

mocny zarzut Lallemand'owi. W istocie obecnie nikt z ludzi nauki z takim zdaniem już nie wyrwie się, wiedząc, iż przyczyny tego cierpienia szukać należy zupełnie gdzie indziej. Pomimo to jednak mniemanie to jest widocznie mocno zakorzenioném jeszcze nie tylko pomiędzy publicznością, ale i między wielu lekarzami.

Wspomniany pogląd Lallemanda przypuszczającego w każdym prawie wypadku nasieniotołu i nadmiernych pollucyi, stan zapalny w krokowej części cewki moczowej nie mógł się także utrzymać w obec postępu endoskopii (Oberlaender). Wrażliwość tej części, jaka zwykle towarzyszy tym stanom chorobowym, jest najczęściej nerwowym tylko objawem, chociaż może jęj towarzyszyć przekrwienie bierne. Z drugiej strony nie ma wątpliwości, że chroniczne zapalenie rzeżączkowe (urethritis posterior) usadowione w miejscu odpowiadającém ujściu przewodów wytryskowych może doprowadzić do niedomykalności ich (insufficiencia ductuum ejaculatoriorum) i w następstwie tego do odpływu nasienia przy wypróżnieniu i oddawaniu moczu. Badając takich chorych palcem przez odbytnicę, widzimy za najlżejszym naciskiem na gruczoł krokowy i nasienne woreczki uchodzącą kroplami ciecz zawierającą plemniki (spermatozoa). Nie tylko jednak cierpienia cewki moczowej, np. zwięzenie, ale i pęcherza, np. kamienie, a nawet odbytnicy, np. hemorroidy, szczeliny (fistulae) i pasożyty jak owsik (oxyuris) mogą przez podrażnienie, jakie sprawiają, przyczynić się do występowania nadmiernych utrat nasienia.

Najczęstszą jednak przyczyną utrat tych nie są wcale miejscowe cierpienia, ale ogólne, a mianowicie stan t. zw. neurastenii czyli wyczerpania nerwowego. Już Trousseau zaznacza, że choć częste utraty nasienia wyczerpanie to powiększają, najczęściej same są skutkiem nieprawidłowego stanu układu nerwowego. Stan ten bywa często odziedziczonym: Według Trousseau chłopcy, którzy w dziecięcym wieku cierpieli na moczocięk (incontinentia urinae), w późniejszym wieku skłonni są do utrat nasienia (incontinentia seminis).

Zazwyczaj są to dzieci rodziców, którzy sami chorowali na nerwowe cierpienia, często to dzieci zrodzone z małżeństw w pokrewieństwie. — Częściej jednak daleko neurastenija występuje nie w wieku dziecięcym, ale dopiero w późniejszym wskutek osłabiających wpływów, a więc przedewszystkiem nadużyć płciowych i samogwałtu i wtedy też pollucyje stają się coraz częstszymi. Także i w okresie wyzdrowienia z chorób ostrych, lub w suchotach, kiedy organizm jest wycieńczonym, zdarzają się te ostatnie częściej, aniżeli w stanie prawidłowym; a z powrotem do zdrowia znikają na równi ze wszystkimi innymi objawami osłabienia.

Wreszcie zaznaczyć należy, że nie bez wpływu są urazy i cierpienia organiczne rdzenia pacierzowego, że mianowicie przy wiaździe jego (Tabes dorsalis) są nadmierne pollucyje częstym objawem.

Niektórzy autorowie dotąd jeszcze tłumaczą wpływ ujemny nadmiernych utrat nasienia dobrowolnych i mimowolnych na system nerwowy w sposób przypominający poglądy szkoły humoralnej. Dawniej widziano w tém ubytek różnych nasieniu właściwych życiowych własności, obecnie mówi się o ubytku chemicznych jego składników. Pogląd ten znalazł nawet w ostatnich czasach pewne poparcie w doświadczeniach, które prof. Brown-Séquard robił na sobie samym, wstrzykując sobie emulsyję z jądra króliczego pod skórę lub *per anum*. Rozgłos, jaki przez ogłoszenie w akademii paryzkiej spostrzeżeń o ożywiającym i odmładzającym wpływie tych zastrzyknięć zyskała na pewien czas ta metoda leczenia nie tylko we Francyi, ale zwłaszcza w Rosyi, gdzie nie zabrakło naśladowców

i fabrykantów sperminy¹⁾ dla pokrzepienia wycieńczonych wiekiem i nadużyciami, jest zjawiskiem nie bardzo zaszczytnie świadczącym o zmyśle krytycznym w pewnych lekarskich kołach. Wprawdzie jest to zasada, którą już Hippokrates wypowiedział, żeby nic z góry nie odrzucać w medycynie bez wypróbowania; ale też nie trzeba nie przyjmować bez dostatecznych dowodów, że to coś warte. — Nie myślimy bynajmniej zaprzeczać, że niektórzy pacjenci doznali pewnej ulgi przy tém leczeniu; ale przekonani jesteśmy, że w tych razach działała autosugestyja. — Mając do czynienia z neurastenikami, u których najróżniejsze objawy zaburzeń funkcjonalnych po kolei się luzują, powinniśmy zawsze z góry liczyć się z tym momentem psychicznym i nie upatrywać nowej metody leczenia tam, gdzie on tylko działa; powinniśmy wykluczyć wszelkie źródła pomyłek. Kto tylko leczył kiedy ludzi oddających się samogwałtowi, ten przyzna, że nasilenie objawów nerwowych, na które cierpią, nie stosuje się do ilości utraconego nasienia, ale że odporność przeciwko skutkom tego brzydkiego nałogu jest rozmaita; u jednych nie pozostawia on prawie żadnych śladów, skoro go chorzy zaniechają; drudzy zaś w krótkim czasie stają się jego ofiarą. U takich osób z neurasteniczném usposobieniem przyłączają się wnet do dobrowolnych utrat nasiennych, mimowolne, które ich coraz więcej osłabiają. Powstaje *circulus vitiosus*, z którego wyjście nie jest łatwém. Tak samo i nie wywołane wcale samogwałtem częste pollucyje nocne osłabiają jednego rychlej, aniżeli drugiego. Nie w samej utracie nasienia przez rozpustników i onanistów widzimy najgroźniejsze niebezpieczeństwo, ale w często powtarzaném podnieceniu systemu nerwowego, zwłaszcza w chwili poprzedzającej wytrysnięcie. Wszak i kobiety onanistki ulegają także fatalnym skutkom nałogu, choć nasienia nie tracą. Przypuszczać nam raczej wypada (Eckhardt, Goltz, Budge, Fuerbringer), że skutkiem tych nadużyć ośrodki mózgowe i rdzeniowe dla erekcyi i ejakulacyi stają się siedliskiem nieustannego podrażnienia tak silnego, że z czasem najdrobniejsze nawet podniety, idące od obwodu (części płciowych) lub z ośrodka (psychiczne) wystarczają do wywołania utrat nasienia. Przypuścić to nam tém łatwiej, że części płciowe, a mianowicie część krokowa cewki moczowej u tych osób prawie zawsze jest nadmiernie wrażliwą.

Okres, w którym pollucyje tylko w nocy we śnie się zdarzają, nie jest sam przez się groźnym, zwłaszcza, jeżeli utratom tym nasienia towarzyszą jeszcze sny erotyczne, w późniejszym okresie, gdy pollucyje coraz częstszymi się stają, — co noc a nawet kilka razy w nocy, — przychodzą one bez takich snów i chory dopiero po przebudzeniu po plamach poznaje, co mu się zdarzyło. W tym okresie pollucyja nie sprawia już nigdy uczucia ulgi i dogody, jak u ludzi zdrowych a wstrzemięźliwych, ale przeciwnie uczucie niedomagania, znękania i ciężkości w krzyżach (*curbatura*), ogólnego zmęczenia, ociężałości w głowie, która ich czyni niezdolnymi do pracy umysłowej lub fizycznej.

Gdy do nocnych pollucyi przyłączają się w dalszym postępie choroby iienne, t. j. na jawie (lecz nie dobrowolne), wtedy mamy obraz cięższego jeszcze cierpienia, gdyż nasienie odchodzi niepoprzedzone zazwyczaj żadnym pobudzeniem płciowém, prawie bez erekcyi nawet. W tym okresie z mechanicznych podniet wystarczy najdrobniejsze tarcie lub dotknięcie części płciowych, jak n. p. przy siedzeniu a zwłaszcza przy jeździe konnej lub powozem; z psychicznych zaś podniet utratę nasienia natychmiastową wywoła jakiś widok, zapach, myśl, przy-

¹⁾ Cfer. *Now. lek.* 1890, str. 288 nr. 100; str. 436 nr. 160. Bynajmniej jednak nie myślimy przeto przesądzać na niekorzyść sperminy Pehla, jako środka tonicznego wogóle.

pomnienie, w ogóle wrażenie tak słabe, że ich trudno uniknąć. Odejściu nasienia w takich razach nie towarzyszy uczucie przyjemne, ale wprost dokuczliwe.

Dla takiego chorego spółkowanie jest oczywiście wprost niemożliwem; nasienie bowiem odchodzi zawsze daleko za wcześnie (*ejaculatio praecox*). Próby nieudane zniechęcają tylko chorego, który w coraz smutniejszy nastrój duchowy popada.

Symptomatologiją nasieniotoku opisał bardzo obszernie i szczegółowo ale przesadnie *Lallemant*. Treściwszy obraz objawów odnośnych podał *Trouseau*. Uważając utraty nasienne nie za chorobę samoistną, ale za wyraz ogólnej neurastenii, możemy właściwie tylko mówić o towarzyszących im objawach miejscowych i ogólnych.

Z pierwszych nie możemy podać wiele. Badając pod drobnowidzem odpływ przy zbyt częstych pollucjach w pierwszym okresie lub ten, który towarzyszy oddawaniu stolca, znajdziemy w nim zawsze w obfitości ciała nasienne, dobrze rozwinięte i ruchliwe; w późniejszym okresie ciecz ta staje się wodnistszą i coraz mniej zawiera ciałek nasiennych; takowe mniej żwawo się poruszają i mniej są wykształcone; gdy po długoletnich pollucjach w odpływie tym wcale żywych ciałek nie znajdujemy (*azoospermatorrhoe*), to już o zdolności zapłodnienia nie może być mowy. W tym okresie, a nawet jeszcze przed tém, nim on wystąpi, uderzają moszna obwisłością, same jądra małością, skóra części płciowych nieraz pewnym znieczuleniem, podczas gdy cewka moczowa jest nad wszelkie pojęcie czuła, chociaż za pomocą endoskopu można się przekonać, że anatomicznych zmian w niej nie ma; mamy więc do czynienia z nerwicą umiejscowioną, która rychło bardzo już występuje.

Co się tyczy objawów ogólnych, to nie są one bynajmniej te same u wszystkich osób, ale w najwyższy sposób rozmaite. Większość ludzi, którym nasienie przy oddawaniu stolca odchodzi, albo nawet takich, których nasieniotok powstał skutkiem zaniedbanej rzeżączki chronicznej, nie okazuje wcale objawów ogólnych, choć bywają i tacy, co im ulegają (*Tripperneurasthenie*). Najczęściej spotykamy objawy ogólne u mężczyzn cierpiących na częste pollucyje; ale występują w tak nierównym stopniu, że nie sposób skreślić jednolitego obrazu tych zaburzeń.

Aby w nich się zoryjentować, możemy je za *Curschmannem*¹⁾ podzielić na objawy nerwowe i na wtórne zaburzenia w odżywieniu ciała. Najwyraźniej da się usprawiedliwić ten podział, jeżeli się zastanowimy nad zaburzeniami ze strony trawienia. Mając od kilku lat przeważnie do czynienia z chorymi na żołądek, zanotowaliśmy cały szereg takich, co uskarżali się tylko na kurcze żołądkowe (*gastralgie*), albo téż na uporeczywe zaparcie, a od których przy wywiadach dowiedzieliśmy się, że cierpią lub cierpieli na pollucyje, że byli lub są onanistami. U niejednego pierwszym objawem osłabienia nerwowego jest niestrawność nerwowa, a przedewszystkiem dziwaczne kaprysy apetytu. Nie czując pobudki téj, bywa, iż z początku mało jedzą; skoro zaś są głodni albo naczczo, nie są zdolni do żadnej pracy umysłowej lub cielesnej, mdleją lub dostają bólów nie tylko w żołądku ale i w głowie i po całym ciele, póki nie przekąszą lub nie popiją²⁾. Wiedząc, że jedzenie, nawet nadmierne, przynosi ulgę, chorzy uciekają się do przypraw korzennych i trunków, aby tylko jeść więcej. Skutkiem takiego regulaminu, częstego przejadania się i nieustannego drażnienia żołądka, cierpienie

¹⁾ Die functionellen Störungen der männl. Genitalien. *Ziemssen's Handbuch* 1878. IX.

²⁾ Kilkakrotnie przekonałem się o nadkwasocie soku żołądkowego w tym okresie.

czynnościowe z początku może wieść do zmian organicznych, a w każdym razie do powikłań. — Chorzy ci skarżą się to na rozwolnienie, to na zatwardzenie; w końcu zaparcie staje się nawykowem, co znowu przyczyniać się może do coraz częstszych pollucyi. — Skutkiem upośledzenia apetytu i trawienia przy nieumiejętnem leczeniu cierpi ogólne odżywienie coraz bardziej; chorzy prędko chudną, mizernieją, oczy ich zapadłe i bez wyrazu, cera niezdrowa; na ich obliczu maluje się brak energii fizycznej i moralnej; skarżą się ciągle na zimno, ubierają się jak najcieplej; niezdolni do nieco przedłużonej pracy umysłowej lub cielesnej, nie umieją przytém zachować się na chwilę spokojnie, usiedzieć na miejscu, ale wciąż się poruszają. Odpowiednio do ogólnego osłabienia mięśni i oddech staje się u nich mniej głębokim, powierzchownym; a że często przytém sucho kaszłą i skarżą się na klucie w boku (nerwoból międzyżebrowy), budzą nie raz podejrzenie początkujących suchot. Nie brak i objawów ze strony serca, palpacyi — drżenia i nierówności tętna itd. itd.

Wyliczać wszystkie oznaki funkcyjnalnych zaburzeń układu nerwowego ośrodkowego t. j. mózgowej i rdzeniowej neurastenii byłoby rzeczą znużającą i zbyt długą. Odsyłamy czytelnika do opisu objawów neurastenii¹⁾. Wspomnę tylko z nich niektóre, jak zawroty, uderzenia krwi do głowy, uczucie ciśnienia i bólu głowy, utrudnienie w mowie (głos słaby, drżący, artykulacja wadliwa, pamięć osłabiona); najrozmaitsze objawy podrażnienia rdzeniowego, jako to niemoc, ból i sztywność mięśni, drżenie, uczucie mrówienia, cierpienia, przemijającego zimna, albo też gorąca zwłaszcza w krzyżach, najrozmaitsze przykre uczucia w częściach płciowych, w pęcherzu, swędzenie w odbytnicy itd. Chód takich chorych ociężały. Zmysły wzroku, słuchu itd. nieraz upośledzone. Sen coraz gorszy, przerywany, zamiast pokrzepienia przynosi uczucie zmęczenia po przebudzeniu. — Występują i zmiany w dziedzinie psychicznej: Chorzy tacy coraz bardziej stronią od ludzi, niecznośni sami dla otoczenia wskutek swój drażliwości, stają się obojętni dla swój rodziny, dla obowiązków; zajęci tylko sobą przedstawiają w końcu typowy obraz hypochondryi, nieraz też ze skłonnością do samobójstwa.

Oczywiście całej tej litanii uprzykrzających życie cierpień nie zauważymy nigdy naraz u jednego chorego; czasami dokucza mu ich wiele równocześnie, częściej jednak luzują się one po kolei. A teraz zważmy, że mamy do czynienia z ludźmi zazwyczaj wcale nie starymi. To też nie pomylimy się prawie nigdy, jeżeli mając do czynienia z młodym hypochondrykiem lub patofobem, przypuścimy z góry, że on cierpi na nasieniotokę, że był albo jest jeszcze onanistą. Prawie zawsze tacy chorzy bardzo skrętnie zapisują sobie różne swe dolegliwości i często dbają o to, by lekarz opis ten przeczytał lub wysłuchał. Potrzeba jednak dodać kilka zapytań anamnestycznych co do rodziny chorego, co do czasu, w którym pierwsze objawy wystąpiły, i co do wpływów, jakie do ich wybuchu mogły się przyczynić, aby się wśród tej gmatwaniny połapać.

Rozpoznanie chorobliwych pollucyi nie jest rzeczą trudną. Najczęściej chorzy z góry o nich mówią; przytém jednak nieraz tają, że sami są winni temu, zwłaszcza, jeżeli aż do tej chwili oddają się samogwałtowi. Wypytujac się o niektóre szczegóły, można nawet bez ich przyznania się wprost, dojść w tej mierze do prawdy. — Ponieważ uskarżają się na najrozmaitsze narządy, zawsze wypada przekonać się badaniem, czy takowe są w stanie prawidłowym. Gdy mamy do

¹⁾ Gotl. Beard. Neurastenia, jój objawy itd. Przekład Skłodowskiego Odczyty kliniczne Nr. 15, 16, 17, 1890. Warszawa.

czynienia z osobami, o których przypuszczamy, że tracą nasienie przy wypróżnianiu lub oddawaniu moczu, przekonywamy się zawsze przez zbadanie drobnowidzowe odpływu, jaki odchodzi z cewki za naciskiem gruczołu krokowego przez wprowadzony w odbytnicę palec, czy mamy do czynienia z odpływem nasienia prawdziwym, czy też z rzeżączkowym albo też z wydzieliną gruczołu krokowego lub samej cewki (urethrorrhoea ex libidine). Samo znalezienie plemników w moczu (spermaturia, Gruenfeld), nie uprawnia nas jeszcze do rozpoznania nasieniotoku, gdyż takowe mogą się dostać do moczu nawet całkiem zdrowych ludzi, jeżeli ci mieli właśnie tejże samej nocy pollucję. Dobrze jest wiedzieć, że mocz zawierający plemniki daje odczyn hemialbuminy, albo propeptonu; dla tego Posner proponuje na taki mocz nazwę *propeptonuria spuria*. (D. n.)



III. Cięcie cesarskie z powodu eklampsji przy końcu ciąży.

Podał

Dr. Heliodor Świąciecki.

Prawie wszyscy autorzy zgadzają się na to, że eklampsja występująca w czasie ciąży najgorsze daje rokowania. Tak np. podaje pragski gynecolog Schauta śmiertelność ciężarnych w 42 przypadkach eklampsji przed porodem na więcej jak 50%, śmiertelność dzieci wynosiła w tych razach prawie 42%. Na zeszłorocznym międzynarodowym kongresie w Berlinie zauważył Halbertsma z Utrechtu, że wobec tak niekorzystnego rokowania w przypadkach eklampsji należałoby częściej wykonywać cięcie cesarskie, przez którą to operacją możnaby nieraz uratować i matkę i dziecko. W Holandji wykonano dotychczas sześć razy cięcie cesarskie z powodu eklampsji. W jednym tylko przypadku, w którym zrobiono operacją prawie przed samą śmiercią ciężarnej, a nawet nie zakładano już wcale szwów macicznych, operowana umarła. Z 6 zaś dzieci jedno tylko przyszło zaraz po urodzeniu nieżywe na świat. Halbertsma nadmienia, że korzystny wpływ cięcia cesarskiego na drgawki porodowe lub w czasie ciąży jest widoczny. Na pięć przypadków, w których drgawki aż do porodu były znaczne, raz tylko jeden nastąpiły po operacji trzy mniejsze napady, operacja zaś sama nie wywołała nigdy nowych drgawek, a nawet od razu wstrzymała napady. Pytanie, czy cięcie cesarskie w czasie ciąży jest niebezpieczne, pozostawia Halbertsma bez stanowczej odpowiedzi, skłania się jednakże do zdania, że obawa taka jest nieuzasadnioną. Na 10 przypadków, w których w Holandji wykonano cięcie cesarskie w czasie ciąży, tylko dwie umarły kobiety. Ponieważ przytém w 2 tych przypadkach zachodziły pewne powikłania, nie należałoby zdaniem Halbertsmy przypadków tych brać w rachubę przy zestawieniach statystycznych nad rozwiązaniem pytania, czy cięcie cesarskie w czasie ciąży dobre lub złe daje wyniki. Jest to kwestya zupełnie jeszcze nie roztrzygnięta.

Do wykonania cięcia cesarskiego należy, jak twierdzi utrechski profesor, tylko wtenczas przystąpić, jeżeli część ponadpochwowa szyjki macicznej jest zupełnie zamknięta, a niebezpieczeństwo życia ciężarnej wielkie. Tutaj o nacięciach szyjki macicznej, pochwy i międzykrocza w myśl Dührssena mowy być nie może i jedynie cięcie cesarskie wchodzić powinno z wszelką słusnością w swe prawa. Chociażby nawet i po dokonanej operacji drgawki zaraz nie ustały, to nie ulega wątpliwości, że wydobycie płodu z macicy korzystnie na przebieg drgawek

oddziałuje. Sam Halbertsma¹⁾ wykonał u trzech pierwiastek cięcie cesarskie z powodu eklampsyi. U pierwszej operowanej (1878) było przed operacją 20 eklamptycznych napadów, nadto wyraźne oedema pulmonum, rżenie tchawiczne i śpiączka. Niebezpieczeństwo dla matki i dziecka było więc groźne. To też przystąpiono zaraz do wykonania operacyi. Dziecko uratowane, matka umarła wkrótce po operacyi. W następnych dwóch przypadkach (w marcu i lipcu 1888) operował Halbertsma o wiele wcześniej, jak w przypadku pierwszym, chcąc w ten sposób ocalić nie tylko życie dziecka ale i życie matki. Wynik był w obydwóch przypadkach pomyślny. To też sądzi Halbertsma, że w ostatnich 3 miesiącach ciąży należy zawsze zamiast próbować różnych, tak niepewnych środków leczniczych przystąpić w przypadkach drgawek do wykonania cięcia cesarskiego, gdyż w ten tylko sposób można ocalić życie matki i dziecka.

Mając powyższe zestawienia na uwadze, przechodzimy do opisu przypadku eklampsyi, w której wykonałem cięcie cesarskie.

Dnia 25 maja rb. poproszony zostałem przez kol. Grodzkiego do ciężarniej J. na ulicę Piekary No. 3. Ciężarna znajdowała się w ostatnim miesiącu ciąży a od pięciu przeszło godzin leżała w silnych drgawkach bez żadnej przytomności. Dziecko żyje. Pacjentka przechodziła sześć porodów, wszystkie dzieci przyszły (z powodu kily?) nieżywe na świat. Gdy do chorój przybyłem, znalazłem ją w stanie komatycznym, przytęm zbliżające się objawy opuchliny płucnej, nadto rżenia tchawiczne, tętno szybkie, czasem ledwo dające się domacać. Jednym słowem stan chorój przedstawiał się tak groźnie, że można się było spodziewać rychłego śmiertelnego zejścia. Badanie przez pochwę wykazało zupełne zamknięcie ponadpochwowej części szyjki macicznej. W usta maciczne za ledwie włożyć mogłem palec. W obec tak niebezpiecznego stanu postanowiłem natychmiast przystąpić w mieszkaniu chorój mimo ciasnoty i niewygody poddasza do wykonania cięcia cesarskiego, uważając w tym razie wskazanie do operacyi za wprost konieczne.

Przy łaskawém współdziałaniu kolegów Grodzkiego i Kapuścińskiego zrobiłem po dokładném oczyszczeniu opon brzusznych cięcie brzuszne i to od środka między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym aż mniej więcej 6 ctm. ponad spojeniem kości łonowej. Po otworzeniu otrzewny rozszerzyłem skalpelem między palcami nacięcie brzuszne tak daleko, że z łatwością mogłem wydobyć na zewnątrz ciężarną macicę. Kol. Kapuściński zbliżył pokrywy brzuszne tuż za macicą do siebie a jelita wstrzymywał dobrze wygotowanymi mulowemi serwetami. Założywszy prowizoryczną elastyczną podwiązkę około szyjki macicznej, otwożyłem następnie macicę na przedniej jej powierzchni, natrafiając od razu na łożysko, przyczepione do jej przedniej ściany. Łożysko wraz z płodem i nie nadwyrażonemi błonami jajecznymi odczepiłem stósunkowo z wielką łatwością od macicy a kol. Grodzki odebrał asfyktyczne dziecko, aby sznurek pępowinowy przeciąć i dziecko docerać. Mimo usilnych starań kolegi Grodzkiego nie można było dobrze rozwiniętego i donoszonego dziecka docerać z martwicy (asfyksyi). Ranę maciczną zeszyłem 22 jedwabnymi aseptycznymi szwami i to zakładając przeważnie szwy głębokie, przechodzące nie tylko przez całą warstwę mięśniową macicy ale i przez błonę doczesną. Umyślnie nie zważałem wcale na omijanie błony doczesnej przy zakładaniu szwów głębokich, jak to poleca Saenger,

¹⁾ „Eene nieuwe indicatie voor die Sectio caesarea“. *Nederl. tijdschrift voor Geneeskunde* 1889 II, No. 15. Praca ta znana mi jest tylko z referatu w *Cent. f. Gyn.* Nr. 51, 1889.

ponieważ w przeszłym moim przypadku cięcia cesarskiego¹⁾, jaki z powodu kostnej narodził się miednicy z pomyślnym skutkiem dla matki i dziecka, także w ten sam sposób Fritsch'a zeszyłem macicę a rezultat był korzystny i rana macicy dobrze się zlepiła i zrosła. W czasie szycia macicy mięśni kol. K a p u ś c i ŋ s k i raz po raz macicę a następnie odjął prowizoryczną podwiązkę elastyczną, założoną około szyjki z obawy przed możliwością krwawienia z macicy. Szyjki nie ścisnąłem podwiązką, gdyż obawiałem się porażenia nerwów naczyniowych a w skutek tego i krwawienia następczego. Było ono z macicy, względnie z szwów macicznych po ich założeniu minimalne. Macica skurczała się tak znakomicie, że po włożeniu jej w jamę otrzewnową, śmiało zeszyć mogłem pokrywy brzuszne. Po zeszyciu brzucha wyczuł każdy z nas doskonale przez ściany brzuszne skurczoną, twardą macicę i to tuż ponad spojeniem kości łonowej. Cała operacja trwała zaledwie minut 30. Po oczyszczeniu brzucha i założeniu opaski brzusznej włożyliśmy chorą do łóżka. Stan komatyczny mimo wyjęcia płodu z macicy nie ustępował, a chociaż tętno przez cały czas operacji i po operacji było pełne i napięte, chora wkrótce potem wśród objawów wzmagającego się oedema pulmonum umarła.

Przypadek nasz z kilku względów, jak sądzę, budzić może pewne zajęcie. Najpierw jest przypadek nasz, dopiero ósmym w ogóle, w którym z powodu eklampsyi wykonano cięcie cesarskie. Sześć przypadków operowano w Holandyi, siódme cięcie cesarskie wykonał z pomyślnym skutkiem docent H e r f f²⁾ w Hali. Dalej dowodzi nasz przypadek, że twierdzenie H a l b e r t s m y, jakoby uwolnienie macicy z płodu zawsze korzystnie oddziaływało na przebieg drgawek, nie jest koniecznie słuszne, gdyż tutaj np. wpływu tego wcale nie zauważyliśmy, a w przypadku H e r f f a występowały po operacji ogrócz drgawek nawet silne obłędne (maniakalne) napady. W końcu zachodzi pytanie, czy mimo śmiertelnego zejścia operowanej, wypada w przyszłości w przypadkach drgawek wykonać cięcie cesarskie. Otóż ze względu na to, że, jak wyżej nadmieniliśmy, drgawki dają zazwyczaj niekorzystne rokowania, szczególnie w czasie ciąży, ze względu na to, że dotychczasowa nasza terapia, powiedzmy sobie otwarcie, nie daje wcale gwarancyi, że chorą uratujemy, a cięcie cesarskie może, jak to przypadki holenderskie i przypadek z Hali świadczą, i matkę i dziecko zachować przy życiu, należy zdaniem naszym w przypadkach eklampsyi, jeżeli o urodzeniu się żyjącego i donoszonego dziecka per vias naturales żadną miarą mowy być nie może, czyli innemi słowy, jeżeli część ponadpochwowa szyjki macicznej zupełnie jest zamkniętą albo macica znacznie ścieśnioną, zawsze o wskazaniu do cięcia cesarskiego pomyśleć i w danym razie je też wykonać. Im prędzej przystąpimy do operacji, tém lepszy będzie wynik. Jestem przekonany, że i w naszym przypadku byłby wynik pomyślny, gdyby prędzej otoczenie chorąj zaważowało było pomocy lekarskiej. Na twierdzenie H a l b e r t s m y, że żaden lekarz nie powinien dopuścić, aby osoba eklamptyczna umarła bez poprzedniego rozwiązania, piszemy się jaknajzupełniej, tém więcej, że dzisiaj dzięki uproszczeniu zachowawczego cięcia cesarskiego i ścisłej aseptyki cięcie cesarskie, dające korzystne wyniki, nie należy już wcale do operacji „wielkich“, chociaż z drugiej co prawda strony cięcie cesarskie nie jest znów „najprostszą ze wszystkich położniczych operacji“, jakto raczył twierdzić przed 2 laty amerykańnin G r a n d i n³⁾ przy dyskusyi nad cięciem cesarskiem w ginekologicznym Towarzystwie w Nowym Yorku. Horowska „aurea mediocritas“ jest i tutaj przy ocenie jedynie słuszna i jedynie prawdziwa.

¹⁾ *Gazeta lek.* No. 51. XII. 1890. ²⁾ *Berliner Klinik* zeszyt 32, str. 10, 1891.

³⁾ *Amer. journ. of obstetr.* 1890, luty str. 185.



IV. Dwadzieścia tracheotomii wykonanych w jesieni 1890 r. w Poznaniu oraz uwagi dotyczące leczenia i przebiegu dławca i błonicy.

Podał

Dr. Tomasz Drobnik.

(Dokończenie.)

Wynik ten uważać należy jako zupełnie zadowalniający, jeżeli się rozważy, że w kilku przypadkach zakończonych śmiercią, operowałem in extremis, tylko na wyraźne życzenie rodziców.

W ogóle wyniki leczenia dławca zapomocą tracheotomii zależne są od kilku przyczyn niezależnych od operacji. Jako najważniejszą przyczynę niepomysłnych rezultatów uważać należy rodzaj dyfterytycznego zakażenia.

Każdy lekarz rozróżnia t. zw. ciężkie przypadki dyfteryi od lekkich. Nierzadko zdarza się, że powołany lekarz bywa dopiero wtenczas, gdy błonica jest już sama przez się na wyleczeniu, gdy po opadnięciu błon dyfterytycznych, widać na migdałach już tylko owrzodzenie z lekko na żółto zabarwionym spodem, których drażnienie sprawia ból przy połykaniu, dotychczas nie odczuwany. Owrzodzenia takie przy zupełnie indyferentnym leczeniu goją się szybko i łatwo. Są one powierzchowne i sprawiają tylko przemijające podniesienie ciepłoty w początkach, często nie spostrzeżone wcale. Że w tych przypadkach mamy do czynienia rzeczywiście z dyfterją, o tém przekonuje nas ostatecznie badanie bakteryjologiczne. W błonach znajdujemy bowiem oprócz innych indyferentnych drobno-ustrojów Löfflerowskie laseczniki dyfteryi.

Te same laseczniki spotykamy także i w ciężkich przypadkach dyfteryi, przedstawiających na drugi lub trzeci dzień choroby kliniczny obraz zupełnie inny od poprzedniego. Zastajemy pacjenta po większej części we wysokiej gorączce około 40° C. Czasami ciepłota nie pokazuje się jednakże większą nad 38–39°. Wargi lekko sine, tak samo i końce palców u rąk i u nóg; wstręt do jadła i napoju absolutny, oddech nieregularnie przyspieszony; puls nikły. Z nosa często wydziela się rzadki śluz, otwory nosowe i filtrum owrzodziały. Oddychanie przez nos niemożliwe, w gardle widzimy migdały, języczek, często i miękkie podniebienie i tylną ścianę gardzieli okryte grubymi błonami dyfterycznymi koloru brudno-żółtego, jakby pokładem pleśni. Błony te przy najlżejszym poruszeniu krwawią, w skutek czego miejscami nabierają barwy rudawej. Z ust rozchodzi się brzydki mdławcy zapach. Skutkiem zapalenia podniebienia miękkiego mięśnie tegoż nie funkcjonują, przez co połykanie, mowa i oddychanie staje się we wysokim stopniu utrudnionem. Oddychanie może w tym okresie choroby być do tego stopnia utrudnionem, pomimo, że krtań nie jest wcale jeszcze zajęta sprawą chorobową, li tylko przez znaczne obrzmienie gardzieli, nosa i porażenie mięśni podniebienia miękkiego, że tracheotomija staje się konieczną bez laryngostenozy. Pacjent znajduje się w stanie septycznym. W moczu znajdujemy często znaczne ilości białka. Stolec albo zupełnie zaparty, albo co rzadziej rozwolniony z przymieszką krwi i śluzu. Śledziona często znacznie powiększona, zawsze wyczuwalna; we krwi niekiedy za pomocą hodowli znaleźć można paciorkowce-streptokokki (B a b e s). Oto obraz ciężkiej infekcyi dyfterytycznej, kończącej się po największej części śmiercią.

Pomiędzy lekkimi a ciężkimi postaciami dyfteryi spotkać się można

z wielu przejściami, często początkowo lekkie postacie przechodzą w ciężkie. Jak już wyżej zauważyłem epidemie dyfteryi nie są sobie równe, jedne odznaczają się przebiegiem łagodnym, drugie nadzwyczaj złośliwym. Przyczyną złośliwych epidemii po największej części jest obecność paciorkowców komplikująca w nadzwyczaj niebezpieczny sposób czyste zakażenie lasecznikami Löfflerowskimi. Lecz i te ostatnie różnią się od siebie pod względem złośliwości. Udowodnionem jest, że laseczники dyfteryi, a przynajmniej biologicznie jemu zupełnie podobne znajdują się prawie stale w jamie ustnej nie wywierając żadnego szkodliwego wpływu na organizm. Niestety nie znamy dotąd warunków w jakich niebezpieczny ten lasecznik przechodzi ze stanu niewinnego mieszkańca jamy ustnej do roli niszczącego ustroju pasożyta. Czy to zewnętrzne warunki klimatyczne i ogólne higieniczne wpływają wprost w dodatnim lub ujemnym dla ludzi kierunku, na biologiczne czynności lasecznika, czy też te zewnętrzne wpływy zmniejszają odporność ustrojów na zakażenie i wytwarzają warunki sprzyjające rozwojowi w ustroju niebezpiecznych własności lasecznika o tém dokładnie dotychczas poinformowani nie jesteśmy. Istnieją względy przemawiające za jednym i drugim zdaniem.

To zdaje się jednak być pewnem, że zapomocą li tylko bakteriologicznego badania i jego wyników wszystkich objawów patologicznych dyfteryi wytłomaczyć sobie nie możemy. Wszakżesz fakt, że dorośli przeważnie odznaczają się odpornością przeciw lasecznikowi Löfflerowskiemu dowodzi, że ustrój u przeważnej części dorosłych znajduje się w stanie niesprzyjającym szkodliwemu rozwojowi zakażenia dyfterytycznego, i że na zmianę tego usposobienia odpornego u dorosłych nie wpływają ani warunki klimatyczne, ani sposób odżywienia, zatrudnienia itd. Fakt ten przemawiałby za tem, że lasecznik Löfflerowski ażeby mógł wywołać zakażenie, potrzebuje ustroju odpowiednio przygotowanego, i że ustrój dziecięcy wplywom higienicznym zmieniającym go na odpowiedni substrat dla lasecznika Löfflerowskiego daleko łatwiej ulega niż ustrój osób dorosłych. Co to są za warunki zewnętrzne, o tém nie mamy dotychczas prawie żadnego pojęcia. Stara szkoła higieniczna Pettenkofera dążyła do poznania tych zewnętrznych warunków za pomocą nadzwyczaj subtelnych i trudnych badań i sposobów. Przez rozwielenie się bakteriologii w higienie metody fizykalno-chemiczne zepchnięte zostały na drugi plan i niesłusznie utraciły równowagę naukową z metodą bakteriologiczną.

Z drugiej strony uczy nas bakteriologia, że drobinki w rozmaitych warunkach biologicznych nierówne posiadają własności; wiemy, że pewne bakterje tracą w pewnych warunkach własności wytwarzania substancji trujących, podczas gdy przy sprzyjających zewnętrznych okolicznościach produkcja trucizn może być bardzo znaczną. Tak tedy jeden i ten sam lasecznik, dajmy na to Löfflerowski, mógłby być raz powodem bardzo złośliwego, innym razem stósunkowo łagodnego zakażenia. Badanie tych zewnętrznych czynników, zamieniających biologiczne własności drobinek jest dopiero w początkach. Prace te ograniczają się na laboratoryjach, należy się jednak spodziewać, że intensywnie w tym kierunku badanie doprowadzi nas z czasem do lepszego zrozumienia różnych postaci chorób zakaźnych spowodowanych zakażeniem przez swoiste drobinki. Wynikiem tego będzie racjonalna prophylaxis do dzisiaj w rzeczywistości iluzoryczna.

Jasném jest, że dławcowe objawy wystąpić mogą w przebiegu błonicy łagodnej jak i złośliwej i że skutek operacji w pierwszym przypadku po największej części będzie dobrym, w drugim przeważnie niepomyślnym. W przypadkach

dławca o łagodnym przebiegu, tracheotomia jest operacją wprost ratującą życie przez to, że sprowadza w krtani zajętej sprawą chorobową warunki dogodne do wyleczenia. Otwarcie grdyki umożliwia nie tylko przystęp swobodny powietrza do płuc i ratuje od suffokacji, ale uspokaja tym samym odrazu nadmierną choć niedostateczną czynność krtani, dając tym samym tkankom zajętym przez sprawę chorobową możliwość spełnienia czynności samoleczniczej. W tych więc przypadkach tracheotomia jest operacją nie tylko usuwającą grożące niebezpieczeństwo uduszenia, ale wprost leczniczo działającą na owrzodzenia dyfterytyczne krtani.

W przypadkach dyfteryi septycznej, że się tak wyrażę, tracheotomia jest środkiem daleko mniej pomocnym. Z jej pomocą ułatwiamy tylko organizmowi walkę z chorobą przez zaopatrzenie go w konieczny do tej walki tlen, przez uspokojenie natychmiastowe pacjenta męczonego gorączką i dusznością, przez umożliwienie racjonalnego odżywiania. Łudzić się jednak doraźnym skutkiem operacji, nie powinniśmy, lecz przygotowani być na prawdopodobieństwo rychłej zwykle na drugi lub trzeci dzień po operacji przypadającej śmierci, mogącej nastąpić w napadzie kurczów uremicznych, wskutek paraliżu serca nagłego, lub zapalenia płuc, istniejącego już przed operacją. Przypadłości te wklajają w bardzo niebezpieczny sposób nieraz także przebieg pooperacyjny tracheotomowanych dzieci chorych na dyfteryę noszącą na sobie wszelkie cechy łagodnej choroby i są bardzo częstą przyczyną niepomyślnego wyniku operacji. Przeważną jednak część śmierci wskutek ostrego zapalenia nerek, porażenia nerwu błędnego, lub zapalenia płuc spotykamy u pacjentów ze znamionami ciężkiej-septycznej dyfteryi.

Przeciwdziałanie możliwości zapalenia nerek albo porażenia nerwu błędnego zdaje mi się być niemożliwem. Obronienie pacjenta od zapalenia płuc, nadzwyczaj niebezpiecznego w przebiegu dławca, we wielu razach jest jednak możliwem i wprowadzić za pomocą wczesnej tracheotomii. Rozróżniać należy bowiem dwie postacie zapalenia płuc zachodzące w przebiegu dławca. Najniebezpieczniejszem jest zapalenie płuc dyfterytyczne, powstałe przez zestapywanie sprawy błonicowej z krtani na grdykę z niej na oskrzele większe i mniejsze. Postać tę zapalenia płuc spotykamy nierzadko już po otworzeniu grdyki. Widzimy wtenczas wewnątrz grdyki zaciśnione błonami wykładającymi błonę śluzową jako grube pleśniowate pokłady. Błony te nierzadko są już, gdy przystępujemy do tracheotomii złuzowane i często bywają wyrzucone podczas gwałtownego napadu kaszlu, spowodowanego przez samo otworzenie grdyki, lub przez jej podrażnienie antyseptycznymi płynami, lub mechanicznie za pomocą szczypcy, sond, lub nadużywanych piór gęsich lub kurzych. Często jednak spotykamy błony te mocno jeszcze trzymające się błony śluzowej grdyki, niedające się oderwać nawet szczypcami. Zdarza się, że w chwili otworzenia grdyki błony dyfterytyczne sięgają tylko do oskrzeli grubszych, jeżeli są złuzowane i wyrzucone na zewnątrz podczas lub po tracheotomii cała sprawa przy pomocy odpowiednich środków może wziąć dobry obrót, zatrzymując się na błonie śluzowej grdyki lub nawet grubszych oskrzeli. Zaraz po tracheotomii widzimy uspokajające się oddychanie i zaczyna się wydzielanie krwią zabarwionego śluzu. Krwawe zabarwienie śluzu pochodzi z grdyki, której wewnętrzna ściana, po odłączeniu się błon dyfterytycznych krwawi tak samo jak podobne owrzodzenie w gardzieli. Nie należy także krwawego tego zabarwienia pomieszać z plwociną krwawą krupowego zapalenia płuc (rostfarbenes Sputum — pneumonia crouposa).

Inaczéj się rzecz ma jeżeli po otworzeniu grdyki i ewentualném jéj oczyszczeniu z błon dyfterytycznych, oddychanie nie uspokoi się jak tylko chwilowo, na czas kilku godzin. Jestto znak niezawodny, że błony dyfterytyczne zajęły już i drobniejsze oskrzele. Wydobyć ich ztamtąd jest prawie niemożliwe. Zapychają one bowiem zupełnie ciasne światło drobnych oskrzeli, wskutek czego następuje zgęszczenie odpowiednich zrazików płucnych i zupełna niemożliwość ekspektoracyi. Tracheotomija i w tych nawet razach przynosi po największej części chwilową ulgę. Przypuścić wtedy należy, że część oskrzeli jeszcze wolną jest od błon i dopuszcza potrzebną ilość powietrza do utlenienia dostatecznego tkanek i do zaspokojenia nerwowego ośrodka oddechowego. Że ulga ta jest przejściową tylko, i że wyleczenie za pomocą tracheotomii w tych razach jest niemożliwém, o tém każdy przekonany być musi, kto od tracheotomii cudów nie żąda.

Nie mogę pominąć milczeniem jeszcze jednej możliwości. Zdarza się, że podczas tracheotomii po otworzeniu grdyki znajdujemy wewnętrzną jéj ścianę zupełnie wolną od błon i tylko silnie nabrzmiałą i zaczerwienioną. Oddech po założeniu cewki staje się swobodnym zupełnie i zaczyna się pogarszać dopiero w ciągu następnego dnia. Stan ogólny pogarsza się widocznie i szybko, wstręt do jadła i napoju, wysoka gorączka, tętno nikle i ledwo dające się liczyć i stale wzmagająca się duszność, wnoszą każą, że mimo tracheotomii proces dyfterytyczny zstępuje z krtani w kierunku płuc i że śmierć skutkiem zajęcia oskrzeli staje się nieuniknioną.

Druga postać zapalenia płuc spotykana przy dławcu należy do rodzaju zapaleń płuc pozostałych wskutek dostania się ciał obcych do oskrzeli (Schluck-pneumonie).

Przez ostre zwięźenie krtani wykaszliwanie staje się niemożliwém, a przynajmniej do najwyższego stopnia utrudnioném. Wydzieliny więc nagromadzone poniżej krtani w przekrwionych wskutek duszności oskrzelach i tchawicy nie wyrzucone na zewnątrz działają jak ciała obce zapychając drobne oskrzele i prowadzą przez to sprawy zapalne w miąższu płucnym. Ta postać zapalenia płuc nie jest tak niebezpieczną jak poprzednia i zależy od tego, w jakiej rozciągłości płuca są tą sprawą zajęte i od sił dziecka, czy zapalenie takie płuc zakończy się pomyślnie, czy też niekorzystnie po zrobionej tracheotomii. Śmierć też nie następuje wśród objawów zaduszenia po największej części tylko przez osłabienie mięśnia sercowego. Samo się przez się rozumie, że jeżeli przed operacją już większa część oskrzeli zapchana została śluzem, że wtenczas objawy postępującej duszności tak samo mogą występować, jak i przy zapaleniu płuc skutkiem dyfteryi oskrzeli.

Ten sam rodzaj zapalenia płuc zdarza się niestety i po tracheotomii dającej przez kilka dni najlepsze szanse. Dzieje się to wtenczas li tylko wskutek nieumiejętnego pielegnowania lub po prostu zaniedbania pacjenta przez służbę lekarską. Do najniebezpieczniejszych instrumentów, niestety ogólnie jeszcze dzisiaj używanych do czyszczenia cewki grdykowej i ust należą pióra, szczególnie jeżeli manipulują nimi osoby nie zdające sobie dokładnie sprawy z tego, co robią. Zanieczyszczona cewka wewnętrzna powinna być za każdą razą wyjętą i wyczyszczoną. Manipulacyja ta często co godzinę powinna być powtarzana i innemi razy 3—4 razowe wyjęcie na dzień wystarcza. Zależy to od ilości i jakości wyrzucanego śluzu. Zresztą wystarcza zupełnie ocieranie wydobywającego się przez cewkę śluzu podczas napadów kaszlu za pomocą tamponików z waty zamoczonych stale w rozczyntnie sublimatu lub tp. i ustawionych pod ręką przy łóżku

chorego. Wata sucha najpierw jako nie aseptyczna powinna być wykluczona. Zresztą do waty wilgotnej służyć daleko łatwiej się przyczepia.

Leczenie pooperacyjne identyczne jest zupełnie z leczeniem dyfteryi samiej, o niem więc wypadnie mi kilka słów, zaznaczających moje stanowisko w tej kwestyi, powiedzieć.

Przeciw dyfteryi mamy mnóstwo środków i co chwilę nowe jeszcze się ukazują. Jest to najlepszym znakiem, że nie posiadamy żadnego środka zajmującego dominujące stanowisko w leczeniu tej choroby, że nie posiadamy żadnego specificum. Wszystkie starsze środki były empiryczne, a nawet wtenczas, gdy pojęcie o pasożytniczej przyrodzie choroby przyszło do przekonania ogółu lekarzy, odpowiednie środki zastosowane przeciw dyfteryi, przeważnie antyseptica, nie były dostatecznie naukowo wypróbowane. Używano kamienia piekielnego, różnych soli żywego srebra, ferrum chloratum, kwasu karbolowego, chloru, bromu, jodu, kali chloricum, kali hypermanganicum, wody wapiennej, terpentyny, chinoliny, papajoty, a nawet drożdży, ze skutkiem, zależnym od złośliwości choroby i mniej lub więcej umiejętnej aplikacji lekarstw. Dopiero po odkryciu przez Loefflera lasecznika dyfteryi zaczyna się w terapii tej choroby nowy okres. D'Espine, de Marignac, Babes, Boer z Behring'iem zabierają się do pracy doświadczalnej i starają się zapomocą czysto bakteryjologicznych metod wynaleść środki specyficznie działające wprost na lasecznik dyfteryi. Takiego specificum nie znaleziono, sprawdzono tylko, że wszystkie antyseptica w odpowiedniej koncentracji i w czasie stosownym zabójczo resp. hamująco na rozwój lasecznika dyfteryi działają. Ostatnią pracą w tym kierunku podjętą jest cenne bardzo poszukiwanie Loeffler'a ogłoszone w czasopiśmie „*Deutsche medicinische Wochenschrift* No. 10, 1891 r.“ Zasłużony ten na polu bakteryologii badacz przepróbował wszystkie możliwe tylko chemikalia, badając każdego z osobna własności w stosunku do lasecznika dyfteryi przez siebie odkrytego. Podług tych badań na szczególną uwagę zasługuje cyanid żywego srebra używany i zalecany przez Hugona Schulz'a, Erichsen'a, Rothe'go, Sellden'a i innych. Ostatni lekarz zaleca do wewnętrznego użycia następującą formułę:

Cyanat. Hydr. 0,02
Tinct. Aconiti 2,0
Mel. crud. 50,0
Aqua dest. 150,0

Co godzinę łyżkę za dnia i w nocy (dla dzieci 0,1 mg. — 0,4 mg. pro dosi). Płukać należy się podług Sellden'a dwa do czterech razy na godzinę następnym roztworem:

Cyanat. Hydrarg. 0,04
Aq. menth. pip. 400,0.

Loeffler na mocy swych bakteryjologicznych poszukiwań dochodzi do rezultatu, że sposób w jaki Sellden przez się polecanego środka używa, zdolnym jest do pewnego zatamowania dalszego rozwoju dyfteryi.

Z całej jednak pracy szanownego autora i wynalazcy lasecznika dyfteryi widać, że nie liczył on się z chorymi, ale tylko z lasecznikiem i dla tego z pomiędzy wszystkich środków polecanych przez niego mało tylko da się rzeczywiście w praktyce zastosować n. b. ze skutkiem.

Zdaniem mojem leczenie dyfteryi polegać powinno przede wszystkim na obronieniu niezajętych jeszcze przez błony dyfterytyczne części gardła krtani i nosa, a więc głównym staraniem naszym powinno być zlokalizowanie choroby. Równo-

częściej działać należy na dyfteryją samą odpowiednimi środkami, które odznaczać się powinny przedewszystkiem łagodnością w obec niezajętych jeszcze części błony śluzowej.

Od kilku lat używam przy dyfteryi „liquor aluminii acetici“ ze skutkiem co najmniej równym wszelkim innym środkom. Używam płynu tego rozrzedzonego wodą w stosunku 1:4, głównie w formie inhalacyi od samego początku leczenia. Liquor aluminii acetici jest kwaśnym antyseptykiem posiadającym w znacznym stopniu własności ściągające. Za pomocą inhalacyi środek ten dostaje się przez nos i usta do krtani w sposób, o ile mnie się zdaje najłagodniejszy i najmniej obrażający.

Inhalacyja przytém nie męczy pacjenta wcale. Dzieci broniące się przeciwko pędzlowaniu z łatwością pozwalają na puszczenie pary przez usta i przez nos. Oprócz inhalacyi używać należy w przypadkach ciężkich także energiczniejszej terapii, przy której chodzi o wyczyszczenie gardła eventualnie i nosa z grubych błon zmieszanych ze śluzem i rozkładających się w jamie gardzieliowej i ustnej. Uskuteczniam to za pomocą kłębków z waty odtuszczonej przymocowanych na długich szczypcach, lub na drążkach w kształcie ołówków. Kłębki pewno przytwierdzone maczam w roztworze liquoru alum. acet. i przytrzymując lewą ręką język wsuwam w gardło pomiędzy migdałki nie zatrzymując się aż na tylnej ścianie gardzieli. Podrażnienie gardzieli wywołuje ściągnięcie się mięśni i zcieśnienie energiczne światła jego, przez co płyn znajdujący się w kłębku wy ciśniętym bywa z niego i rozchodzi się we wszystkie szpary i zagłębienia gardzieli dokąd pędzlowaniem np. dojść niepodobna. Zatrzymawszy pierwszy kłębek kilka sekund, wyciągam go szybko, i podczas gdy dziecko głęboki oddech czyni wsuwam już przygotowany i pod ręką leżący drugi kłębek z waty umaczany w tym samym płynie. Cała sprawa odbywa się bardzo szybko. Chodzi przedewszystkiem o dobre przytrzymanie sobie języka łyżką lub odpowiednim instrumentem. Za pomocą pierwszego kłębka oczyszczam zapełnioną śluzem i błonami oddzielającymi się jamę gardzieliową, za pomocą drugiego aplikuję na wyczyszczoną już błonę śluzową gardzieli wprost lekarstwo.

Wycieranie takie robić należy kilka razy na dzień przy ciężkich przypadkach dyfteryi, aż do czasu zapewnienia się, że sprawa chorobowa nie postępuje naprzód, lecz zaczyna się zmniejszać. Później wystarcza dwu- lub trzyrazowe dzienne wycieranie, przy ciągłych codziennych inhalacyach aż do zupełnego wygojenia się owrzodzeń powstałych po odpadnięciu błon.

U dzieci większych można przy zajęciu przedniej części migdałków zamiast wycierania używać płukania, choć ono nigdy nie zdolne jest do zastąpienia pierwszego z nich. Płyn przy płukaniu zatrzymuje się przeważnie na przedniej części migdałów, tylna zaś ich część, jako też tylna ściana gardzieli nigdy albo rzadko tylko osiąganą bywa.

Z wewnętrznych środków stosowanych przy dyfteryi na uwagę zasługuje trychlorek jodu używany przez Behring'a przy leczeniu dyfteryi morskich świnek, na drodze doświadczałnej wywołanej. Badacz ten w jednym z ostatnich zeszytów czasopisma „*Zeitschrift für Hygienie*“ ogłosił pracę podjętą w celu wyznalezienia środka przeciw dyfteryi, przyczém główną uwagę zwrócił na możliwość paraliżowania jądów wytworzonych przez laseczники Loefflerowskie a wchłoniętych do ustroju. Jady te są powodem przypuszczalnym także porażen nerwowych, pokazujących się w następstwie dyfteryi.

Czy powyżej wspomniany preparat da się i u ludzi użyć z odpowiednim skutkiem, o tém tylko przyszłość i bezstronna krytyka rozstrzygnąć będą mogły.

W przebiegu dyfteryi, a więc i tracheotomii, nadzwyczaj ważną rzeczą jest utrzymywanie aseptyki jamy ustnej i z nią w bezpośrednim połączeniu będącej jamy gardzielowej i nosowej. Racyjonalne zastosowanie antyseptyków polegać powinno przy leczeniu dyfteryi nie tyle na zniszczeniu laseczników w błonach ile na ciąglem hamowaniu ich dalszego rozwoju. Cel ten najłatwiej jest do osiągnięcia za pomocą antyseptyków kwaśnych. Wiemy bowiem nie tylko, że kwaśny odczyn pożywek tamuje wszelki rozwój laseczniaka dyfteryi i przeważnej części pasożytniczych drobinek, ale także, że rozmaite antyseptica w kwaśnym odczynie daleko energiczniej działają na drobinki, niż w neutralnym.

W ogóle z antyseptykami posiadającymi we wysokim stopniu własności trujące, należy być bardzo ostrożnym przy leczeniu dyfteryi ze względu na możliwość łatwego otrucia. Do rzędu energicznie na rozwój drobinek działających preparatów, należą olejki eteryczne, a mianowicie olejek cytrynowy, pomarańczowy, eukalyptusowy i inne. Domieszka tychże do płynów, używanych bądź to do inhalacji, bądź to do płukania lub wycierania gardła, przestrzykiwania nosa podczas choroby lub profilaktycznie, jest więc bardzo racyjonalną.

Lekarz tedy wobec dyfteryi nie stoi albo przynajmniej stać nie powinien bezczynnym i składać broni z rezygnacją. Za pomocą rozmaitych środków, racyjonalnie użytych może on wstrzymać w znacznej części przypadków rozwój złośliwy choroby. Często jednak zdarzy się, że pomimo wszelkich usiłowań za późno przywołanego lekarza, lub też wskutek niedokładnie przeprowadzonej instrukcji lekarskiej dyfterya gardła powikła się z dławcem, lub że objawy laryngostenozy wystąpią najpierwsze. W tych razach jak najwcześniejsza tracheotomia, daje najwięcej widoków wyleczenia.

Znam wprawdzie przypadki, pseudokrupem zwane, w których po zadaniu emetyku dziecko duszące się wyrzuca znaczne części śluzu podczas zwracania z krtani i na drugi dzień wstaje zdrowym. Przypadki te mają jednak inny przebieg od rzeczywistego dławca. Widzimy tam dziecko bawiące się wieczorem jeszcze swobodnie, zaledwo pokaszłujące trochę, nagle zaczynające ciężko oddychać i krupowo kaszleć. Objawy duszności wzmagają się szybko, w gardle trochę przekrwienia bez śladów dyfteryi. Że w tych razach nim się zabierzemy do tracheotomii damy emeticum, i to po największej części ze skutkiem, to jest jasnym. Najlepszem z emetyków w tych razach zawsze pozostanie *cuprum sulfuricum*, nie osłabiające wcale albo bardzo mało czynności serca.

Długie kilkunastogodzinne wyczekiwanie na skutek emetyków, pogarsza z każdą chwilą szanse nieuniknionej w razach rzeczywistego dyfterytycznego dławca tracheotomii, której szczęśliwy skutek nie tyle może od operacji, ile od poprzedniego leczenia jest zależnym.



V. Przyczynek do etiologii czarnej choroby noworodków. (Melaena neonatorum).

(Wykład miany w marcu 1891 w wydziale lekarskim Tow. Przyj. N. w Poznaniu.)

Napisał

Dr. J. Pomorski.

(Ciąg dalszy.)

1) Iglę grubą lub też sztylet na 2 mm. gruby wciskaliśmy przez prawą łuskę kości skroniowej w odnogi mózdzku do ciał czworakich i do mostka.

2) Żgaliśmy prostopadle przez płytę kości potylicowej aż do dna czwartej komórki i kaleczyliśmy wprost ośrodek naczynioruchowy.

3) Naśladując Klosterhafena robiliśmy małe poprzeczne cięcia przez skrzydła popielate (ala cinerea).

Doświadczeń wykonaliśmy w ogóle 18, z tych podług sposobu 1) 9, podług 2) 5, podług 3) 4.

Pojedyncze doświadczenia są jednakże zbyt ważne, ażebyśmy je mieli pominąć ogólnikowo, każde z nich bowiem zawiera coś odrębnego; z powodu tego przytaczamy je każde z osobna z protokołem, a względnie z obdukcją.

Doświadczenie 1. 6. 4. 88. Godz. 8¹/₂ przed połudn. Królikowi średniej wielkości wkłuwamy przez skórę w prawą łuskę kości słuchowej mocną igłę w kierunku skośnym na tył wewnątrz i dół na jakie 5 mm. przed przednim brzegiem kostnego przewodu słuchowego¹⁾.

Głębokość ułknięcia odmierzyliśmy sobie wpieryw na czaszce królika. Iglę wyciągamy zaraz po ułknięciu.

Podług naszego wyrachowania powinna igła przebiegać w przestrzeni wolnej pomiędzy płatem tylnym mózgu, a mózdzkiem i utkwieć w odnodze mózdzku do mostka albo odnośnie do ciał czworakich, nie raniąc zatoki żylniej na przednim brzegu kości skalistej.

Ciepłota przed operacją 38,5, kwadrans po operacji 38,0. Oddech przed operacją 88, kwadrans po operacji 80. Zaraz po operacji traci królik siły, kładzie się na stole, zakrzywiając stos pacierzowy w lewo, powoli jednakże przychodzi do siebie i powraca do stanu prawidłowego.

Po południu o godz. 6 stan prawidłowy C. 36,5. 7/4 88, 8¹/₂ przed połudn. C. 37,7 Odd. 80. C. 37,8. Następujące dni stan zupełnie prawidłowy. Ciepłota i oddech prawidłowe.

Doświadczenie 2. 6/2 88, 8³/₄ przed poł. Operacja ta sama co w 1 przypadku. Królik średniej wielkości. Iglą trąca o wewnętrzną lisztwę kości skalistej i łamie się. Część igły pozostaje w jamie mózgowej.

C. przed op. 38,8, kwadrans po op. 37,0. Odd. przed op. 88, kwadrans po op. 88. Chwilowa utrata sił po operacji, wkrótce stan prawidłowy. Po poł., godz. 6 C. 38,8. Ruchy królika prawidłowe. W następnych dniach wacha się ciepłota pomiędzy 38,0 a 39,0, równocześnie i ilość oddechów pomiędzy 80 a 108 na minutę, zresztą stan prawidłowy.

Doświadczenie 3. 9/4 88. Godz. 9¹/₂ przed południem. Operacja ta sama. Królik średniej wielkości.

C. przed op. 38,2, kwadrans po op. 37,9. Odd. przed op. 86, kwadrans po op. 60. Po operacji oddaje królik wiele moczu, siedzi spokojnie, na skureczonych kończynach, wkrótce potem znowu się ożywia i nie przedstawia żadnego zbooczenia.

Po południu, godzina 6 C. 38,2. 10/4 88 przed poł. C. 38,0. Odd. 80. 11/4 88 przed poł. C. 39,2. Odd. 116. po połudn. C. 39,4. Odd. 100.

Pierwsze i następne dni po operacji przedstawia królik stan prawidłowy.

Doświadczenie 4. 11/4 88. 9³/₄ przed połudn. Operacja ta sama. Królik średniej wielkości. Iglą łamie się o kość przy żgnieciu, z powodu tego wciska się sztylet 2 mm. gruby tuż w pobliżu pierwszego miejsca. Sztyletem zakreśla się małe koło w celu większego okaleczenia i zmiżdżenia mózgu, a następnie go się wyciąga.

C. przed op. 37,4, 3 kwadr. po op. 36,0. Odd. przed op. 96, 3 kwadr. po op. 68.

¹⁾ Ukluwamy w większym umyślnie oddaleniu od brzegu przedniego kostnego przewodu słuchowego, aniżeli to Krause zaleca w swjej anatomii królika, gdyż łatwiej nam ominąć wystającą lisztwę kostną kości skalistej, a zarazem i tylny płat mózgu.

Królik siedzi po operacji spokojnie na brzuchu, albo czołga się powoli naprzód. przyczem spostrzega się, iż tylne kończyny są bezwładne. Z rany płynie trochę krwi, oddech bardzo utrudniony. 2—3 godzin po operacji zmiana na lepsze.

Godz. 3 $\frac{1}{2}$, po poł. C. 37,9. Odd. 70.

Godz. 8, po poł. C. 38,2. Odd. 80. Królik biega już po pokoju. Dni następne zupełne polepszenie. Stan prawidłowy.

Doświadczenie 5. Operacja ta sama. Królik wielki.

11/4 88, godz. 4 $\frac{3}{4}$ po poł. C. przed op. 39,0, kwadrans po op. 38,8.

Odd. przed op. 88, kwadrans po op. 80.

Stan prawidłowy po operacji, również i w dni następne.

Doświadczenie 6. 6. 4. 88. Godz. 9 $\frac{1}{4}$ przed poł. Królik średniej wielkości. Operacja ta sama, co w doświadczeniu 1. Koniec igły wystający ponad skórę odłamywa się a resztę pozostawia się w mózgu. Przy odłamywaniu igły nie można uniknąć małych ruchów ostrego końca igły, które z pewnością nie małe czynią spustoszenia i zmiżdżenia w mózgu.

C. przed op. 38,8. C. 5 minut po op. 38,0. C. 25 minut po op. 37,0.

Odd. przed op. 92. Odd. 5 minut po op. 92. Odd. 25 minut po op. 60.

Zaraz po operacji kładzie się królik na prawy bok, wykręca stos pacierzowy w lewą stronę a głowę w tył i na lewo, zwracając przytém twarz w górę i na prawo, a tylną część części czaszki ku lewemu ramieniu. Wkrótce zupełny upadek sił, a oddech bardzo utrudniony i bliskie konanie.

Godz. 11. Królik zatrzymuje tę samą postawę, leży nadal nieruchomie na prawym boku z głową skośną. Nieostrożnie chwytą go się za uszy i stawia ze stołu na podłogę. W tej chwili powstają silne skurcze drgawkowe i tępcowe, trwają jednakże tylko krótko. Królik uspokaja się i kładzie się znów na prawy bok. Skurcze wywołano z pewnością przez poruszenie igły, której koniec wystawał trochę po nad kość i tkwił w skórze.

Godz. 2 po poł. Królik nabiera znowu sił i w pewnych odstępach czasu robi ruchy przymusowe, skacze w lewo na jakie pół stopy, a po każdym skoku zajmuje zawsze charakterystyczną postawę. Oddech zawsze jeszcze utrudniony, 60 razy na minutę.

O godz. 3 podnosi się sam i wykonywa ruchy kołowe w lewo (Manègebewegung).

O godz. 5 $\frac{1}{2}$ polepsza się widocznie jego stan, siedzi spokojnie na czterech nogach a zawsze ze sztyją skośną. Stos pacierzowy wyprostował się teraz i ma już prawidłowe wypukłe wygięcie. Raz po raz biega trochę po pokoju.

Godz. 6. C. 36,5. — Odd. 40.

7. 4. 88, godz. 8 $\frac{1}{2}$ przed poł. Stan taki sam jak wczoraj wieczorem. Polepszenie znaczne. Raz po raz biega po izbie, to znowu siada z charakterystycznym skośnym ustawieniem głowy. Chwilami pada na lewy bok i obraca się około swój osi podłużnej. Zaraz jednakże zrywa się na równe nogi i zdaje się być dosyć silnym.

C. 35,5. — Odd. 44.

Godz. 6 po poł. Stan pokazuje mało zmiany. Od czasu operacji nie przyjmował królik żadnego pokarmu, teraz pije trochę mleka, jednakże widać, iż polykanie jest utrudnione.

8. 4. 88. W nocy nastąpiła śmierć — mniejwięcej 35 godzin po operacji. Antopsya wykonana o godz. 12 w południe wykazuje, co następuje. W klatce piersiowej w obu jamach opłucnych nie ma żadnej zawartości. Płuca mocno przekrwione z małymi plamkami krwistymi. Serce dość silnie zbite, zawiera krew płynną ciemno czerwoną. W brzuchu kiszki bardzo napężone, pęcherz niezmiernie napięty. Wątroba, nerki przekrwione. Żołądek ściągnięty fałdzysty, zawiera wiele nieprzetrawionego pokarmu. Błona śluzowa obrzęknięta. Na szczycie fałd jako też pomiędzy niemi znajdują się tu i owdzie plamki krwiste. Niektóre z nich wielkości ziarna maku przedstawiają poczynające się owrzodzenie, — w środku mieści się bowiem czarny skrzep krwi a naokół tkanka nekrotyczna, zmiekniona i trochę łupkowo zabarwiona, oddziela się od ostrego, okrągłego, opuchłego brzegu zdrowej tkanki. Błona śluzowa kiszki cienkich jest bładą i tylko bardzo mało opuchła.

Odsunawszy pokrywę kostną mózgu widzimy, jak przez twardą oponę mózgową, na granicy wielkiego i małego mózgu lśni ciemno czerwone krwiste nacieczenie. Na powierzchni twardej opony nie ma żadnego wybroczenia. Sztylet tkwi w końcu kości jarzmowej, który zwrócony jest do przewodu słuchowego, wystaje ponad skórę 4 mm., przechodzi skośnie przez łuskę kości skroniowej pomiędzy wielkim a małym mózgiem bez jakiegokolwiek kałeczenia jednego lub drugiego do odnóg mózdzka do ciał czworakich i do mostka. Na wewnętrznej ścianie twardej opony znajduje się w rowku pomiędzy wielkim a małym mózgiem mały ciemno czerwony skrzep. Powierzchnia mózdzka jest nie naruszona. Odłączając robaka dolnego (vermis inf.) od pióra (calamus scriptor) widzimy pełno skrzepłej krwi w komórce czwartej. Ten sam widok mamy podnosząc przednią część robaka. Ostro koniec igły nie naruszył wcale ciał czworakich i ułożył tylko obustronnie jądra nerwu odwodzącego (abduccus) i górną granicę jąder nerwu błędnego.

Doświadczenie 7. 19. 4. 88. godz. 4 $\frac{1}{2}$ po poł. Młody, mały królik, operacja ta sama co w 1 przypadku, igła pozostaje.

C. przed op. 38,7., kwadrans po op. 38,0. Odd. przed op. 60., kwadrans po op. 62.

Po operacji stan bardzo dobry w nocy następuje śmierć.

Sekeyja, którą robiliśmy rano dnia następnego, stwierdziła, iż igła była tuż przy tylnym brzegu oczodołu. Igła przekłówała łuskę, tylny brzeg płatu mózgu skroniowego i nie tknąwszy ciał czworakich przebiegła odnogi mózdzka do ciał czworakich i do mostka, a ostrzem wwiereła się w spód czwartej komórki. Płuca były w stanie przekrwienia, miejscami na tępych i ostrych brzegach i na powierzchni zwróconej ku sereu były małe plamki krwiste. Żebra

zaś najmniejszego nie okazywały zranienia ani zbroczenia. Żołądek ściągnięty we fałdy, na powierzchni błony śluzowej gruby pokład mętnego mlecznego śluzu. W błonie samej bardzo małe czarne skrzepy krwi wielkości główki szpilki, okalane białawo szarą, obrzmiałą prawdopodobnie nekrotyczną obwódką (nekrotyczną z powodu odczynu kwasu solnego).

Dla próby przeciwną zabito królika równie starego i równocześnie urodzonego i przeglądano narządy wewnętrzne. Te jednakowoż miały wygląd bladuróży, a żołądek miał gładką, wilgotną, szarą błonę śluzową, nie było ani śluzu ani przekrwienia, ani wybroczenia.

Doświadczenie 8. 10. 4. 80. o godz. 9³/₄ przed poł. królik wielki. Oper. ta sama, co w 1) przypadku. Igłę wklówa się głębiej niż zwykle chcąc uderzyć w jądro nerwu błędnego i nerwu dodatkowego. Przy zgnięciu dosyć silny krwotok.

C. przed op. 38,2. Odd. przed op. 100.

Zaraz po operacji staje się oddech powolniejszy i mozolniejszy. Zwierzę tacza się na lewy bok i skręca się w lewą stronę na okół swęj osi podłużnej, ściągając tylną część czaszki do lewego ramienia. Znaczny skurcz lewego mięśnia kapturowego; utracono więc widocznie jądro nerwu błędnego i nerwu dodatkowego. (Zwolnienie i utrudnienie oddychania). Krótko potem zupełny tężec tylny (opisthotonus) z powodu skurczu obu mięśni kapturowych. Królik kładzie się na prawy bok, zakrzywiając stos pacierzowy wkłęś, opada na siłach, nie odpowiada na żadne bodźce i zdycha w 10 minutach po operacji wśród drgawek skurczowych kończyn i wśród wielkiej duszności.

Sekeyja. Krwotok z zatoki poprzecznej, nasiąknięcie twardej opony. Igła przeszła tuż ponad prawym kostnym przewodem słuchowym pomiędzy wielkim a małym mózgiem odnoge mózdzka do ciała czworakich a przechodząc pod spodem czwartej komórki utkwiła w lewej odnodze mózdzka do ciała czworakich. Pomiędzy mózdzkiem a namiotem znajdują się skrzepy krwi, w czwartej komórce nie ma żadnego krwotoku. Płuca blade, tu i owdzie niektóre ciemnoczerwone plamy, które przy wydeciu płuc przedstawiają się jako gniazda bezpowietrzne a nie jako zawały, krwotoczne. W żołądku nie ma żadnej zmiany.

Doświadczenie 9. 11. 4. 88. godz. 5 po poł. Królik wielki, operacja ta sama co w 1) przypadku. Igła pozostaje.

C. przed op. 37,0, kwadrans po op. 37,1. Odd. przed op. 80, kwadrans po op. 80. Po uklóciu skacze królik na dwa metry wysoko, potem biega w największym pędzie w kółko na około pokoju (ruchy kołowe). Po trzech minutach uspokaja się zupełnie.

12. 4. 88. godz. 10 przed poł. C. 37,9. Odd. 84. Zupełna rzeźkość. Igła musiała utkwić w listwie kostnej wystającej z kości skalistej, dla tego rusza ją się i okręca w kółko. W tej chwili zrywa się królik, tarza się na okół swęj osi, potem kładzie się na prawy bok skręcając stos kregowy i kark ku grzbietowi (skurcz prawego mięśnia kapturowego). W tej postawie pozostaje spokojnie tylko raz poraz drgając kończynami. Usiłowania wszelkie, ażeby go na lewy bok położyć, są daremne, gdyż w tej chwili przewraca się na prawy bok.

13. 4. 88. C. 38,0. Odd. 70. Od wczoraj leży spokojnie na prawym boku. Powoli traci siłę, nie przyjmuje żadnego pokarmu i zakończy po południu o godz. 3-iej z ciepłotą poniżej 33,0.

Królik żył po operacji 46 godzin. Sekeyja wykonana została we dwie godziny po śmierci. Oba płuca mało przekrwione, żadnego w nich nie ma krwotoku, tu i owdzie tylko znajdują się sino czerwone gniazda bezdymne (atelectasis), nadęte zaś wyglądają blade.

Żołądek posiada bardzo wiele krwistych plam i to od wielkości łebka od szpilki aż do wielkości soczewicy. W długim a szerokim odźwierniku znajdują się krwotoczne miejsca wielkości ziarenka maku. Wszystkie leżą dosyć głęboko w błonie śluzowej, niektóre nakryte są jeszcze nabłonkiem, inne mają gładkie, inne znowu szerokie mętne obrzmiałe brzegi. Na błonie śluzowej leży gruba warstwa śluzu¹⁾.

Mózg. Igła przebiega drasnąwszy tylny płat mózgu przez tylne prawe ciało czworakie przez przewód Sylwiusza, a potem przez lewe tylne ciało czworakie, przez odnogi mózdzka i utyka czubkiem w lewej ścianie kostnej. (W tym przypadku odnogi są obustronnie trafione.)

Tylne prawe ciało czworakie prawie zupełnie zmiażdżone, również część brzegu tylnego płatu prawego mózgu. W czwartej komórce gęsta miazga i skrzepy krwi.

W celu łatwiejszego uwydatnienia różnic ciepłoty, przebiegu operacji i jej skutków zestawiamy poniżej wszystkie przypadki w jedną tabelę.

(Tu zob. tabelę na str. 252.)

Z pomiędzy 9 doświadczeń pozostało 5 królików przy życiu, z nich trzy (1, 3, 5), u których żadnego nie wykonano skaleczenia mózgu, nie pokazywały żadnego odczynu; jedno doświadczenie (2) było bez skutku, ponieważ igła ułamała się o listwę występującą z części skalistej kości skroniowej, jedno doświadczenie (4)

¹⁾ Krwotoki i owrzodzenia są w tym przypadku o wiele większe, aniżeli w przypadku 6-ym i 7-mym, widocznie z powodu tego, że królik żył dwa dni i że kwas solny żołądka mógł dłużej oddziaływać na miejsca krwotoczne. W obwódkach białawo-szarych naokół skrzepów krwotocznych udowodniono mikroskopijnie zmętnienia gruczołów.

(Tabela do str. 251.)

Doświad.	Operacja.	Ciepłota. Oddech.	Skutek.	Uwagi.
1.	Ukłócie igłą.	C. 38,5—38,0—36,5. Odd. 88—80—80.	Żaden.	Prawdopodobnie nie trafiło wcale miejsca stosownego.
2.	Ukłócie jak w nr. 1. Igła pozostaje łamiąc się o listwę.	C. 38,8—37,0. Odd. 88—88.	Żaden.	Żadnego nie ma okaleczenia.
3.	Ukłócie jak w nr. 1.	C. 38,2—37,9—38,2. Odd. 86—60—84.	Żaden.	
4.	Ukłócie jak w nr. 1. Igła łamie się. Okręcenie i wyciągnięcie igły.	C. 37,4—36,0—37,9—38,2. Odd. 96—68—70—80. Odd. mozolny.	Skutek przemijający, potem żaden.	Lekkie oddziaływanie na ciepłotę i oddech, wkrótce stan prawidłowy.
5.	Ukłócie jak w nr. 1.	C. 39,0—38,8. Odd. 88—80.	Żaden.	
6.	Ukłócie. Okręcenie igły. Igła pozostaje.	38,8—38,0—37,0—36,5—35,5. 92—92—60—40—44. †	Przekrwienie i wybroczyny w płucach. Krwotoki i owrzodzenia w żołądku.	Zgon po 35 godzinach. Opadnięcie ciepłoty i zwolnienie oddechu.
7.	Ukłócie. Igła pozostaje.	C. 38,8—38,0. Odd. 60—62.	Płuca: Przekrwienie, wybroczyny. Żołądek: Przekrwienie, wybroczyny, owrzodzenia.	Zgon po 10 godzinach. Próba przeciwna.
8.	Ukłócie głębsze aniżeli w 1 przyp.		Żadna zmiana ani w płucach ani w żołądku.	Zgon z powodu krwotoku, który powstał dla zawielkiego zranienia.
9.	Ukłócie. Igła pozostaje. W drugim dniu okręcenie.	C. 37,0—37,1—37,9. Odd. 80—80—84. Opadnięcie ciepłoty aż poniżej 33,0.	Płuca: małe przekrwienie. Żołądek: Krwotoki, wielkie owrzodzenia. Zmiażdżenie spodu czwartej komórki i skaleczenie odnóg.	Z początku nie ma żadnego skutku, ponieważ igła utknęła w listwie kości skalistej, po okręceniu igły niżenie ciepłoty. Śmierć po 46 godzinach.

miało przemijający skutek, gdyż zmiażdżono wprowadzić trochę mózgu, ale mimo tego nastąpiło rychło polepszenie. Z czterech doświadczeń, które się śmiercią królików zakończyły, nauczyliśmy się, iż igła, albo sztylecik więcej spustoszenia robią w mózgu, jeżeli je się zostawia. Prawdopodobnie już wszelkie ruchy skóry na czaszce przyczyniają się do obracania igły, co naturalnie kaleczy i pustoszy części mózgu, dotkliwiej jeszcze działa igła, jeżeli ją się dobrowolnie okręca.

Jeżeli już wdzięcznie dla nas zakończyły się dwa doświadczenia nr. 6 i 7, to jeszcze więcej budzą zajęcia doświadczenia 8 i 9. W przypadku 8, gdzie królik zakończył zaraz po operacji, nie było żadnej zmiany, tymczasem przypadek 9 stwierdza nam dobitnie, iż dopóki igła była pomiędzy małym a wielkim mózgiem, nie okazywał królik najmniejszej zmiany, a dopiero wtenczas stała się niebezpieczną, gdy przez okręcenie jej części mózgu zostały zmiażdżone. (Dok. n.)

B. Oceny i Sprawozdania.

1. Choroby nerwowe.

1) M. S. Charcot. Paraplegia diabetica. *Arch. de Neurol.* XIX. No. 57. Maj 1890 s. 305.

2) L. Bruns. O porażeniach neurotycznych w przebiegu cukrzycy.

Najpierwsi Francuzi zwrócili uwagę na szereg zaburzeń nerwowych w przebiegu cukrzycy. Przypadek przytoczony przez Charcota ma kilka punktów wspólnych z wiadomym rdzeniowym. Wprawdzie może nieraz obok cukrzycy istnieć i tabes. W tym wypadku jednakże rozwinęły się objawy paretyczne, tak jak w porażeniu alkoholizmem jako neuritis peripherica.

Jaki jest związek między cukrzycą a temi zmianami w nerwach obwodowych, trudno powiedzieć. Że nerwobóle zależą od ilości cukru w moczu, jest rzeczą prawdopodobną, bo znikają, gdy ze zmianą diety cukromocz się zmniejsza. Ale porażenia nie okazują takiej zależności. — Zwykle nie obie nogi stają się niedowładnymi, ale jedna po drugiej; najczęściej cierpi n. cruralis i n. obturatorius. — Bruns poleca w każdym wypadku neuritis przekonać się, czy nie ma cukromoczu.

H. Hochhaus. O porażeniach podyftrytycznych. *Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.* Bd. 124, H. 2, str. 226. •

Anatomiczne zmiany sprawujące porażenia w następstwie błonicy mało są dotąd zbadane. Zazwyczaj umieszczano je dotąd tylko w rdzeniu lub w nerwach. Tymczasem autor przekonał się, że porażenia te mogą być także skutkiem zapalnych zmian w mięśniach samym a zwłaszcza w tkance międzywłóknkowej. Takie zmiany w mięśniach znane są jako następstwa innych zakaźnych chorób, np. tyfusu. — Leyden wprawdzie wykazał już r. 1882, że i skutkiem dyfteryi może powstać myocarditis, ale wypadki 4 zbadane przez H. są pierwsze, w których udowodniono, że przeważnie mięśnie, a w daleko mniejszym stopniu same nerwy odnośnie ucierpiały skutkiem jadu dyfterytycznego. Były to mięśnie gardła, podniebienia i krtani. Równocześnie i serce było we wszystkich tych wypadkach osłabione, a w jednym wypadku i mięśnie kończyn dolnych i górnych. — Fakt, że wskutek zakaźnych cierpień mogą także i mięśnie być miejscem pierwszych zapalnych zmian podniósł już Senator (Cfer. referat w *Now. lek.* 1889 str. 32). — W innych znowu wypadkach zapalna sprawa dotyczy głównie nerwów lub samego rdzenia.

Chłapowski.

2. Medycyna wewnętrzna.

K. Rosenthal z Berlina. Rzadki przypadek goścca stawowego z nadmierną gorączką, a bez znacznych zaburzeń mózgowych. (Ein seltener Fall v. hyperpyretischen Gelenkrheumatismus ohne nennenswerthe cerebrale Symptome). *D. med. W.* 1891. No. 11.

Kupiec 31-letni przedtem zawsze zdrow zachorował nagle na zapalenie stawu biodrowego, później na inne. Przy sporych dawkach salicylowych przetworów nie przekraczała gorączka przez jeden tydzień 39°. 1-go dnia nagle podniosła się o 5-tę po południu do 40°; oddech 40 na minutę, duszność, poty i o 10-jej wieczór gorączka 40° C., osłabienie z przytomnością zupełną. O północy nagle przytomność stracił; ciepłota pod pachą 42,7, w kwadrans później 43,60 o 1½ w nocy 44,2° i śmierć przy oddechu przyspieszonym, tętnie przerywanym, ale do 180 szybkim, skórze suchej. Wypadki nadmiernego podwyższenia gorączki przy Polyarthritidis zdarzają się rzadko (0,50/0). Trwa ono zaledwie parę lub kilka godzin. W żadnym jednak wypadku ogłoszonym goścca sta-

wowego z przewyżką gorączki tak wysokiej ciepłoty za życia nie zauważono. To nrowadza autora do zestawienia swego wypadku ze znanymi już w literaturze wypadkami hyperpyrezy mianowicie u hysterycznych osób. W niektórych razach do baje-
cznej wysokości dochodziła temperatura. — Prócz nadmierną gorączką odznacza się ten wypadek tém, iż w 1½ godziny przed śmiercią już przy wysokiej ciepłocie chory miał całą przytomność i prócz bezsenności w ogóle nie okazywał żadnych objawów mózgowych. — Co do etiologii, to chyba tylko to można nadmienić, że chory lubił pić, a Senator zauważył, iż u pijaków cierpiących na reumatyzm stawowy najczęściej podnosi się nadmiernie ciepłota.

I. Grasset (z Montpellier). O zawrocie głowy zależnym od zmian w naczyniach, oraz o stwardnieniu tętnic w ogólności: przetłumaczył J. Skłodowski. No. 26 *Odczytów klin. wyd. przez Gaz. lek.* Warszawa, 1891 str. 56.

Sto lat już temu wypowiedział Bichat zdanie, iż od sprawności tętnic zależy liczba lat, jakich dożyjemy. „*Chacun porte l'age de ses artères.*“ Mimo to badanie tętnic aż do ostatnich czasów niestety bardzo było zaniedbanem. O początkowe zmiany w nich mało się kto troszczył, a tém mniej o poznanie towarzyszących tym zmianom początkowym objawów. Zwyródnienie ścian tętniczych miażdżycowe czyli ateromatyczne toć już końcowy okres, który poprzedziło zawsze stwardnienie (arterio-sclerosis); — ale takie same zmiany sklerotyczne w ścianach tętniczek są przecież pierwszym okresem także innych chorób trzewiowych, które zwykliśmy widzieć w pod-
ręcznikach wyliczane bądź to przy chorobach nerek, bądź to serca, bądź to układu nerwowego lub tp. Od umiejscowienia arteriosklerozy w jednym przeważnie organie zależą więc tak różne następstwa, chociaż tymi samymi w początku objawami odznaczające się cierpienia, jak choroba Brighta, jak zakrzepy w mózgu i rozmiękczenie jego, jak stwardnienie rdzenia naltowe, albo téż zmiany w mięśniu sercowym. Ateromatyczne zwyródnienie tętnic jest samo także tylko następstwem umiejscowienia sklerotycznej sprawy i to w naczyniach ścian tętniczych. Na ważność wczesnego rozpoznania początkowego okresu sklerotycznych zmian w układzie tętniczym zwrócił we Francji uwagę pierwszy Huchard. Występują one w wewnętrznej i zewnętrznej ścianie tętnic, zdaniem H., w skutek nadmiernego ich napięcia (hypertension). — Napięcie to nadmierne zaś byłoby samo według niego następstwem przemijającego z początku, później zaś coraz trwalszego skurczu drobnych tętniczek pod wpływem różnych czynników szkodliwych. Czynniki takimi są przewlekłe otrucia np. ołowiem, alkoholem, tytuniem, są zakaźne choroby ostre i przewlekłe (syphilis), reumatyzm stawowy, choroby polegające na zwolnieniu przeróbki czyli żywozmianu (*maladies bradytrophiques* według B o c h a r d'a), wreszcie starość. Najczęściej kilka naraz czynników składa się na to; jedne z nich są trwałe, drugie zaś przypadkowe, jak np. choroby zakaźne ostre, albo téż nadmierne wysilenia. — Jeżeli się wcześniej zapobieży jednemu lub drugiemu z tych czynników, jeżeli się wcześniej usuwa lub leczy, tj. póki objawy stwardnienia są rzadkie, przemijające i wykluczają umiejscowienie szczególne w jednym organie, można uchronić od dalszego postępu choroby, która w późniejszych okresach jest już całkiem nieuleczalną. Z oznak fizykalnych znamionujących najwcześniej nadmierne napięcie w układzie tętniczym, najważniejszą jest wzmocnienie drugiego tonu aorty. Ile razy z tym objawem spotkamy się, możemy być pewni stwardnienia tętnic niezależnie od tego, w jakim organie się ono umiejscowiło. Z subiektywnych zaś, czyli czynnościowych objawów wymienia autor uczucie ciężaru w piersiach, duszność przy wysiłkach i przy chodzeniu pod górę, niepokój na dołyszku, ziębienie kończyn, obumieranie palców, blednienie nagłe, bóle głowy itd. itd., ale wielki przycisk kładzie na jeden stale wczesny, a mało uwzględniony objaw, tj. na zawroty głowy.

Po wyłożeniu symptomatologii stwardnienia tętnic w okresie początkowym przechodzi autor do znamion pozwalających wcześniej rozpoznać usadowienie się téj choroby w jednym przeważnie organie. — Znamiennej cechą początku tego późniejszego już okresu choroby jest przepuszczająca (paroksyzmowa) niesprawność odnośnego organu, jego chromanie (*claudication*), czyli chwilowe zawieszenie jego czynności w skutek niedostatecznego dopływu krwi do narządu, w którym się właśnie stwardnienie

tętnie przeważnie uwydatniło. — I tak przy przepuszczającej niesprawności nerek widzimy napady mocznicowe (uremiczne), przy stwardnieniu tętnic wieńcowych serca i wynikającej ztąd przepuszczającej niesprawności sercowego mięśnia — napadowy niedoskurcz (asystolie) albo też napadową dusznicę bolesną (angina pectoris); przy przepuszczającej niesprawności w układzie mózgodzeniowym są najważniejszym objawem zawroty głowy; obok tego zaś mogą wystąpić i przemijać połowiczny niedowład (hemiparesis), zmęczenie umysłowe a nawet przemijająca amnesia lub utrata mowy (aphasia). Podobnie mogłoby stwardnienie tętnic w opuszce (bulbus) wywołać jako wyraz przepuszczającej jej niesprawności — szereg objawów zwany oddechem Cheyna Stokes'a, jak to przykładem jednym dowodzi. — Po okresie cechującym się napadowością i przemijalnością objawów następuje dopiero okres zmian anatomicznych już nie uleczalnych. Wtedy też najwcześniejsza oznaka początkowego stwardnienia tętnic, tj. zawroty głowy, traci już na znaczeniu w obec rozlicznych zaburzeń ze strony chorobliwie zmienionego trzewia.

Dawszy w poprzednim rozdziale dokładny opis różnego rodzaju i różnego pochodzenia zawrotu (epileptycznego, żołądkowego, zmysłowego) i dowiódłszy istnienia czwartego typu, często spotykać się dającego a zależnego od stwardnienia tętnic, przechodzi autor do cech rozpoznawczych tego ostatniego zawrotu, a w końcu przytacza opisy chorób na dowód, że w stwardnieniu tętnic spotykamy nie tylko zawrót prosty, ale czasami i połączony z epileptoidnymi lub też synkopalnymi napadami; przytacza wreszcie wypadek połączony nadto ze stałym zwolnieniem tętna (bradycardia), tłumacząc zbiór wymienionych objawów jako wyraz stwardnienia tętnic w sercu i w opuszce. Zwróciwszy uwagę na ważność wczesnego rozpoznania zawrotów pochodzących ze stwardnienia tętnic, przechodzi autor w czwartym rozdziale do najważniejszych środków leczenia ich przyczynowego. I w tym, jak w całej pracy opiera się na spostrzeżeniach Hucharda; poleca więc dawanie jodku sodu po 1,0 co dzień przez lata całe a obok tego lub na przemian z tym nitroglicerynę (trinitrynę) w 10/100 roztworze spirytusowym po 4 krople rano i na wieczór z wodą; wreszcie silny kładzie nacisk na zachowanie się chorego (diaeta), zabraniając takim chorym folgowanie nałogom szkodliwym w jedzeniu, piciu i paleniu, a polecając życie czynne, mleko, jarzyny a mięsa mało i tylko białe. Jeżeli zawroty łączą się z wyraźnymi napadami przypominającymi padaczkę, dodaje do jodowej soli bromową sól sodu 2—3 gramów dziennie. Tymi sposobami zdaniem, Hucharda i Grasseta, można skutecznie przeciwdziałać rozwojowi choroby w jej początkowych przejawach, tj. dopóki ona jeszcze stanowi ogólne cierpienie ustroju, bez wyraźnych umiejscowień. Późniejsza pomoc tych środków jest bardzo małą.

Oto w skróceniu treść czterech wykładów Grasseta o zawrotach głowy rozwijających się na tle chorób układu krążenia. Nie wdając się w krytykę teorii Hucharda tłumaczącej te zawroty przejściowymi skurczami drobnych tętniczek opuszkowych, polecamy czytelnikom nabycie i przeczytanie tego interesującego wykładu klinicznego, zapewniając ich, że trudno o jaśniejsze przedstawienie rzeczy i o wyższe a zarazem szersze poglądy, jak w niniejszej pracy. Z tego powodu wyrazić winniśmy wydawnictwu *Gaz. lek.* wdzięczność za dostarczenie nam wczesnego i doskonałego jej przekładu. Jesteśmy przekonani, że odczytanie jej będzie nie tylko z prawdziwą połączoną przyjemnością ale i rzeczywistym pożytkiem lekarzy.

Z obowiązku recenzenta podnosimy niektóre usterki drobne w przekładzie. Mowa jest np. raz o trzewiach, drugi raz o trzewach. *Necrobiosis* tłumaczy autor wyrazem zgorzel, co nie jest właściwem, gdyż zgorzel (gangraena, necrosis) to już dokonane zmartwiczenie, a *necrobiosis* jest sprawą do niego wiodącą, jest przymieraniem albo zwyrodnieniem; nazwalibyśmy ją raczej *nieżytem*, gdyby ten wyraz nie był niestety rozpowszechniony na oznaczenie kataru. — Również nie możemy się zgodzić na oddanie wyrazu *dystrophia* przez rozrost tkanki łącznej, chociaż przy tym tkanka ta się rozrasta albo raczej zarasta, zagłuszając tkankę pierwotną, jak chwast w polu obsianem słabe łodygi zboża. Tem mniej godzi się mówić o stwardnieniach rozrostowych (scléroses dystrophiques), na wyrażenie tego zachwaszczenia skutkiem niedostatecznego dopływu krwi tętniczej do komórek miększu. — Prędzej byśmy się zgodzili na wyraz „zarastające stwardnienie“, chociaż

i ono tylko nieudatnie odpowiada znaczeniu, jakie przywiązujemy dystroficznym zmianom, a to dla tego, że przyjąwszy wyraz „zanik“ (atropia) uwydatnilibyśmy „zarastaniem“ czynność, która mu zwykle towarzyszy.

Zresztą możemy tylko jak najpochlebniej się wyrazić o wzorowym wyrazownictwie i o doskonałym stylu, jakimi przekład niniejszy się chlubi wśród wielu innych odznacza.

Cena nader niska 30 kop., tj. 75 fen. czyni tę pożyteczną broszurę przystępną dla każdego lekarza. Powinnaby się rozpowszechnić.

1) **Fraentzel** (z Berlina). *Tachycardia paroxysmatica. Deutsche med. Woch.* 1891 No. 9.

2) **H. Kisch** (z Pragi). O biciu serca w latach zwrotu płciowego. (Ueber Tachycardie z. Zeit der Menopause.) *Prag. m. Woch.* 1891 No. 9.

1) Nazwa napadowej czyli paroksyzmowej tachykardii pochodzi od Bouvereta. Zauważył ją on u ludzi zresztą zdrowych, u których chwilami tętno do 180 się przyspieszało. Wystarcza opukiwanie klatki piersiowej, aby wywołać u takich ludzi zblednienie, szybkie tętno, rozszerzenie źrenic, poczem następują poty, zaczerwienienie twarzy i zwięźlenie źrenic. Na czym te napady polegają? czy na przemijającym porażeniu tamujących włókien nerwów błędnych, czy też na pobudzeniu przyspieszających tętno włókien n. współczulnego? Zdaniem Fraentzla pierwsze tłumaczenie częściej daje się stosować; w takich razach wystarczy nacisk na nerw błędny albo też średnia dawka naparstnicy (1,0—1,5), aby uśmierzyć tachykardię; w drugim razie tj. przy podrażnieniu n. współczulnego kojąco działa morfina. — Jak to już Bouveret twierdził, może tachycardia paroxysmatica, jeżeli napad trwa długo, być przyczyną groźnych nawet objawów w skutek zastoiny w małym krwi obiegu, a mogłaby doprowadzić do śmierci. Fraentzel opisuje wypadek taki śmiercią zakończony. Serce przy obdukcji znaleziono rozszerzone, zwłaszcza lewą komórkę, a nadto zmiany w mięśniu sercowym.

2) W obec obszernej kazuistyki dotyczącej tachykardii i zachodzenia jej w niedokrwistości, hysterii, neurastenii oraz w cierpieniach różnych narządów, jak np. żołądka, płuc, części płciowych, mózgu, rdzenia zwraca K. uwagę na względnie bynajmniej nie rzadką postać tachykardii napadowej u kobiet w latach przechodowych (climacterium). Już W. Stokes zwrócił na ten fakt uwagę, jako też Moon, W. Clément i Boerner. Otóż w Maryenbadzie często leczył K. kobiety między 40 a 50 rokiem, tj. w czasie ustawiania regularności i powracania jej w coraz dłuższych przestankach, skarżące się na kołatanie serca napadowo po kilka razy dziennie się pojawiające, czy to przy chodzeniu, czy przy siedzeniu, czy nawet we śnie. Chore czują uderzanie krwi do głowy, gorąco i bóle w głowie, czasami i zawroty, tętnienie aorty brzusznej itd. — Tętno przyspieszone (120—150) nieraz jest dwubitnym. Serca tony czyste, ale wzmocnione. Na twarzy i na ciele pojawiają się na kilka minut czerwone plamy (wypieki). Chore skarżą się na niepokój, niespokojny sen, drażliwość. — Większa część jego pacjentek były to tłuste pletoryczne osoby z podwyższoną zawartością hemoglobiny. Niektóre cierpiały na duszność, astmę sercową, obrzęk u nóg. Z 28 przypadków obserwowanych tylko 2 dotyczyły kobiet, u których miesiączkowanie było ustałe; u 26 było ono tylko nieregularnym, opóźniającym się. W 12 były zaburzenia w trawieniu (Dyspepsia uterina). W ogóle rokowanie w tej postaci tachykardiae paroxysmaticae uważa K. za pomyślne. Rzadko trwa dłużej, jak 2 lata. Prócz diety, ruchu, powietrza górskiego, zimnych obmywań i obwijań mokrych brzucha pomaga tu bardzo systematyczne używanie lekkich przeczyszczających środków lub wód, — a nadto bromu.

Przyczynę pojawienia się tachykardii w tej porze przejściowej u kobiety upatruje K. w jajnikach i to w hyperplazji tkanki łącznej, która wtedy bierze w nich górę nad zanikającym nabłonkiem. Wybujala tkanka łączna mogłaby drażnić końcówki nerwów a drogą odruchową przez podrażnienie nerwu współczulnego na serce działać. Wszak i po kastracji cierpią kobiety na bicie serca i na różne nerwowe i psychiczne zmiany (G l a v e c k e)! Zresztą i w początkach rozwoju płciowego u dziewcząt po

raz 1-szy miesięczkujących bywają podobne objawy ze strony serca (tachycardia), jak przy ustawianiu regularności. — (Polecamy czytelnikom zestawić ten referat z naszym streszczeniem pracy Grasset'a.) Chłapowski.

3. Chirurgija.

Chirurgija ośrodków nerwowych.

Piąty kongres chirurgów francuzkich od 30 marca do 4 kwietnia 1891 r. (*Progrès médical* z 4 kwietnia b. r.)

Pomiędzy kwestyjami postawionemi do dyskusyi na kongresie jedną z najważniejszych była chirurgija mózgu. Rzeczą zagał z polecenia Wiktora Horsley'a z Londynu asystent jego p. Boyce omówieniem techniki trepanacyjnej, jak ją wykonywa ten znakomity chirurg angielski w przypadkach padaczki ogniskowej i nowotworów mózgu. Wycina wielki płat skóry, oznacza linią Rolanda za pomocą osobnego, w tym celu obmyślanego przyrządu, trepanuje czaszkę w znacznej rozległości tak, że w czaszkach tych braknie nieraz czwartej części, wyjęte kości implantuje na nowo w defekt czaszki. Horsley w kilku przypadkach padaczki ogniskowej osiągnął pomyślne wyniki, w innych znaczne polepszenie. W przypadkach guzów mózgu, w których się Horsleyowi nie udało usunąć nowotworu, zauważano najczęściej mimo to ustanie niektórych objawów jak bólu głowy itd.; skutkiem zapewne zmiany w ciśnieniu śródczaszkowym. W jednym przypadku po zwykłej trepanacyi wzrost nowotworu ustał i nastąpił zanik jego.

Prof. Lannelongue mówił o kraniotomii u mikrocefalów i u dzieci umysłowo zacofanych z objawami pochodzenia mózgowego. Lan. sam wykonał w 25 przypadkach z przyczyn powyżej podanych kraniotomię i to z bardzo pomyślnym skutkiem. Wykazawszy wskazania do operacyi, wśród których najważniejszą odgrywa rolę mikrocefalia w ścisłym słowa tego znaczeniu bądź bez komplikacyi, bądź też z innymi objawami chorobowymi mózgu, jak np. z wysiękiem do komórek mózgowych, podaje Lan. sposób przez siebie wykonywanej operacyi. Używał on mianowicie dwóch rodzajów kraniotomii, t. zw. kraniotomii kreskowej (craniotomie linéaire) i kraniotomii z wytworzeniem płata. Przy pierwszym sposobie przecina się czaszkę wzdłuż górnej zatoki podłużnej mózgu, przyczem można cięcie w potrzebie przedłużyć po za szewek wieńcowy ku centrum Broki, lub w tył pomiędzy szewek potyliczno-ciemieniowy, a zatokę poboczną (sinus lateralis). Lan. używał oprócz tego w niektórych razach cięcia poprzecznego na kości czołowej. — W ogóle skłania się jednak Lan. coraz więcej do operacyi z wytworzeniem płata, przy czem płat kostny jedną stroną pozostaje przyczepiony. Twardą błonę mózgową nacinał tylko w cięższych przypadkach zapalenia. W razie nacięcia należy zawsze błonę przed zamknięciem rany zeszyć. — Operacya trwa w przecięciu 40—45 minut. Skutek był w 24 przypadkach pomyślny, w jednym nastąpiła śmierć ze zakażenia krwi gnilnego już po 48 godzinach.

Girard opisuje operacyą wykonaną na 29-letniej kobiecie, cierpiącej od 14-go roku życia na padaczkę prawdziwą. Napady następowały bardzo często po sobie i były połączone z zawrotami głowy i bezprzytomnością. Podczas ataku melancholii przestrelała sobie chora kulą rewolwerową prawą skroń. Nastąpił zupełny bezwład i głęboka śpiączka (coma). Gir. wykonał trepanacyję, otwierając czaszkę w miejscu rany i usuwając kulę i kilka odłamków kości. Śpiączka ustąpiła zaraz następnego dnia, po 7-miu dniach zagojenie per primam. Napady padaczki ustały i nie pojawiły się już od 5-ciu miesięcy. Czasami tylko pokazuje się jeszcze bezprzytomność.

Jeannele opisuje trepanacyję w przypadku padaczki Jacksona. 32-letni mężczyzna dostaje nagle napadu apoplektycznego, pozostawiającego po sobie jako ślad pewne niezupełne porażenie prawej kończyny górnej. Napady podobne powtarzają się co 2 lub 3 dni. Kuracya przeciwiłowa nie odnosi żadnego skutku. Chory dostaje bezustannie kurczowych poruszeń prawego przedbarcza i prawej dolnej części twarzy. Napady padaczkowe rozciągają się przeważnie na prawą stronę ciała; oprócz tego chory z wyjątkiem kilku wyrazów mówić nie może. Jean. stawił rozpoznanie na nowotwór resp. guz mózgowy i otworzył czaszkę w okolicy bruzdy Rolanda.

Powiększywszy otwór czaszkowy znalazł pod twardą błoną masę mięsową, zabarwioną, którą za pomocą łyżeczki wydalil, zostawiając w mózgu jamę wielkości gorzkiego migdała. Zeszyte okostny i skóry; zupełne zagojenie. — Wynik leczniczy nie zadowalnia zupełnie. Drgawki ustąpiły wprawdzie, ale poruszenia w górnej kończynie pozostały; tak samo i owe niezupełne porażenie. Po 6-ciu tygodniach napady padaczkowe wróciły; również i upośledzenie mowy nie zupełnie usunięte.

Duret wykonał trepanację czaszki w jednym przypadku urazowego krwotoku śródczaszkowego, gdzie nie przeważały tyle objawy porażenia itp., ile urazowa niemożność mówienia. — Mężczyzna, wyrzucony gwałtownie z pojazdu na ziemię, przez dni kilka zajmuje się zwykłymi zajęciami. Odczuwa jednak coraz silniejszy ból głowy w okolicy ciemieniowo-potylicowej lewej, do którego przylacza się zupełna afazyja. Inteligencyja normalna, chory rozpoznaje wszystkie przedmioty, nie umie ich jednak nazwać. Oprócz tego istnieje lekkie niezupełne porażenie połowy ciała. Dur. wykonał po rozpoznaniu wysięku krwawego w miejscu trzeciego zwoju czołowego trepanację, oznaczywszy poprzednio linię Rolanda powyżej zewnętrznego kanału usznego. Nacięta błona mózgowa wykazuje poniżej skrzep mocno przyczepiony. Wydaliwszy łyżeczką krew i przepłukawszy ranę ciepłym roztworem kwasu borowego, założył Dur. sączek, zeszywając ranę skórą. Po tygodniu następuje zagojenie, a po 10 dniach znikają dawne patologiczne objawy. Dur. kładzie główny przycisk na to, że usunięcie nadmiernego ciśnienia na mózg w podobnych razach już sprowadza wyleczenie. — W drugim przypadku padaczki urazowej u młodego żołnierza przez trepanację ból głowy, zawroty i napady padaczki usunięte zostały.

Michaux opisuje wyleczenie za pomocą trepanacji w przypadku udaru krwawego w opony mózgowe bez obrażenia. Chory, u którego nadużywanie napojów alkoholowych nie podlegało żadnej wątpliwości, po obfitej libacji dostaje ataku zupełnej apopleksji z porażeniem lewego nerwu twarzowego i prawej górnej kończyny. Po kilku dniach i dolna kończyna podlega porażeniu, do czego przylaczają się napady padaczkowate, wzmagające się z każdym dniem. Mich. trepanuje w stronie lewej linii Rolanda, nacina twardą błonę mózgową i wydobywa z pod niej przeszło 2 łyżki stołowe skrzepłej krwi. Po operacji stan chorego szybko się polepsza. Pewna niedokładność w mowie i słabość w prawym ramieniu pozostały jednak aż do chwili referatu — 5 mies. po operacji.

Reynier podaje wynik trepanacji, wykonanej u 11-letniego dziecka z powodu padaczki Jacksona. Ataki konwulsji, połączone ze znacznym skrzywieniem ust ku stronie prawej i z odpowiednim zwróceniem głowy i ocz, powtarzały się 4—5 razy dziennie. Leczenie za pomocą jodku i bromku potasu kilkomiesięczne nie przynosi żadnej ulgi. Charcot stawil diagnozę na częściową padaczkę (epilepsie partielle sensitivo-motrice), zależną od uszkodzenia środkowej i dolnej części zwojów Rolanda. Reyn. trepanuje więc czaszkę w odpowiadającym téjże lokalizacji miejscu i znajduje pod twardą błoną guz torbielowy, którego wyluszczenie okazuje się niemożliwem. Reyn. wyciął więc tylko górną jego ścianę i po zeszytciu błony ranę zamknął. Przez parę miesięcy napadów nie było, skoro jednak w dawniej sile powróciły, Reyn. ponownie w tém samym miejscu otworzył czaszkę. Podczas próby wydobycia nowotworu w całości guz pękł i trzeba było zawartość tegoż łyżeczką wyskrobać. Rana dobrze się zagoiła i od trzech miesięcy napadów nie było. — Guz ów przedstawił się anatomicznie jako t. zw. glioma cysticum.

Picqué mówi o kraniotomii, wykonanej na 19-letniej dziewczynie, która zraniła się wystrzałem rewolwerowym w prawą stronę czoła, na granicy kości czołowej i skroniowej. Przez 4—5 dni zupełna śpiączka (coma). Następnie wracają z wolna wszystkie władze umysłowe, pozostaje tylko bezustanna migrena po prawej stronie. Po stawieniu diagnozy na wrzód śródmózgowy, robi P. kraniotomię. Z głębi mózgu wylewa się znaczna ilość ropy. Po 5 tygodniach zupełne zagojenie i powrót do dawnego stanu zdrowia.

Broca poprzedza swój referat o operacjach kilku teoretycznymi uwagami nad indykacyjami do trepanowania czaszki, które dzieli na 3 większe grupy. — Do pierwszej zalicza wszystkie te przypadki, gdzie rana zewnętrzna wskazuje nam drogę do kraniotomii. Druga grupa obejmuje te choroby mózgowe, w których na mocy naszych wiadomości o lokalizacji, możemy wyszukać siedlisko chorobowe.

Tutaj wlicza wszelkie guzy i nowotwory mózgowe. W trzeciej grupie umieścić należy te przypadki, w których wprawdzie dokładne zlokalizowanie jest niemożliwem, gdzie wszakże na mocy zdobyczy anatomo-patologicznych możemy oznaczyć zwykłą siedzibę choroby. Dotąd należą wrzody śródmózgowe, wywołane przez zapalenie środkowej części ucha (otitis media), oraz przypadki puchliny mózgowej. — Następnie mówi Br. o kraniotomii, gdzie pomimo atetotycznego ściągnięcia górnej kończyny nie otworzył czaszki w miejscu ośrodka téjże, lecz wykonał punkcję prawej komórki mózgowej, uważając istniejącą puchlinę śródkomorkową za chorobę główną. Skutek okazał słusność domysłu Broki. W drugim przypadku, gdzie obok porażenia kurczowego dziecięcego górnej lewej kończyny istniały objawy padaczki Jacksona, Br. trepanował czaszkę w miejscu, odpowiadającém ośrodkom lewego palucha. Tutaj pokazał się torbiel, po którego wypróbnieniu wszystkie objawy znacznie się polepszyły. Trzeci przypadek był już przedtém z powodu złamania czaszki z zapaleniem ropném przez Terriera operowanym. Chory oprócz przetoki czaszkowej wykazywał objawy padaczki Jacksona w okolicy lewej szczęki dolnej i lewej górnej kończyny. Br. nie odkrywając mózgu usunął jedynie kawałek kości drażniący bezustannie twardą błonę. Ropienie ustało i chory, acz niezupełnie wyleczony, ma się znacznie lepiej.

Doyen mówi o świetném wyleczeniu za pomocą kraniotomii chłopca 16-letniego, który już od 7-go roku życia okazywał osłabienie władz umysłowych z porażeniem lewostronném i napadami padaczki. Czaszka wykazywała w łusce kości skroniowej lewej dość wielką szparę. Doyen stawiał diagnozę na guz mózgowy. Jakoż przy operacji znalazł się torbiel śródmózgowy, zawierający przeszło 300 gm. płynu białkowego. Wyleczenie trwa już 2 lata.

O podobnym przypadku mówił Anger. Dziewczkę 8-letnie, które już od 6 $\frac{1}{2}$ lat objawiało zastój władz umysłowych w połączeniu z częstymi napadami konwulsyi, poddał Ang. kraniotomii, otwierając czaszkę w znacznej rozciągłości w okolicy szwu węglowego (sutura lambdoidea). Po operacji mowa dziewczynki stała się wyraźniejszą i jaśniejszą i władze umysłowe znacznie się podniosły.

Maunoury przestrzega przed nadto optymistycznymi oczekiwaniami skutków świetnych kraniotomii u dzieci, z powodu zbyt wczesnego zamknięcia się ciemniaczek i szewków umysłowo zacofanych. Mianowicie zwraca uwagę na to, że po pewnym czasie pomyślne wyniki operacji znikają, a wytwarza się natomiast status qui ante. Na dowód przytacza 4-letnią dziewczynkę, u której wykonano kraniotomię podług Lannelongue'a. Bezpośrednio po operacji ogólnie stan się polepszył; dziecko zachowało się spokojnie, w miejsce bezładnych poruszeń w górnych kończynach pojawiły się pewne ruchy od woli zależne, głowa dziecka, spadająca dawniej bezwładnie na piersi, wyprostowała się itp. Po 2 lub 3 miesiącach wszakże zaczęły się pomyślne te objawy cofać i z wolna powrócił ten sam stan, co przed operacją. — W drugim przypadku przez Maun. operowanym nastąpiła 20 godzin po operacji wśród ogólnych konwulsyi śmierć.

de Larabrie referuje w zastępstwie prof. Heurteux o przebiegu kraniotomii u dziecka, liczącego 5 $\frac{1}{2}$ miesiąca, u którego ciemniaczka zupełnie była zamknięta. Dziecko od samego urodzenia miało codziennie napady konwulsyi i wymioty. Przebieg operacji był zupełnie normalny, ale skutki zawiodły nadzieje. Po 48 godzinach bowiem nie tylko że napady dawne wróciły, ale przyłączyła się jeszcze przelotna zezowatość zbieżna. Pięć tygodni po operacji dziecko umarło.

Toison zakończył rzecz, mówiąc o trepanacji czaszki z wytworzeniem płata skórno-kostnego. Podług niego zwykłe trepanacje mają wszystkie tę ujemną stronę, że pozostawiają po sobie mniejszy lub większy ubytek kości czaszkowej. Tois. wykonuje operację w sposób następujący: wycina czworoboczny lub téż podłużny płat skórny, przecinając skórę aż do okostnej. Następnie nacina okostną z trzech stron aż do kości, nie tykając strony czwartej, z której i płat skórny jest nienaruszony. Wytworzywszy sobie następnie w czterech kątach płata 4 otwory w kości, sięgające aż do twardej błony mózgowej, wprowadza przez jeden taki otwór piłkę łańcuskową, którą pomiędzy błoną a kością przesuwając aż do drugiego otworu. Tym sposobem postępując przepiłowuje z trzech stron, gdzie okostna została nacięta, kość całkowicie; z czwartej zaś strony tylko aż do $\frac{3}{4}$ grubości, załamując pozostałą blaszkę nożycami kostnemi. Teraz odkłada cały płat skórny i kostny na bok i zabiera się do operacji

śródczaszkowej. Następnie przykładła płat w dawne miejsce. Adaptacja jest zupełnie dokładną, zwłaszcza jeżeli się przy pilowaniu zważało na to, aby kość od wewnątrz ku zewnątrz skośnie była przepiłowaną. *Neyman.*

Dr. C. Sztembarth. Leczenie róży nacieraniem wysokoku (alcohol absolutus). [Z oddziału chorób kiłowo skórnych prymariusza Dra Z. Krówczyńskiego w szpitalu powszechnym we Lwowie. Urywki terapeutyczne.] *Przegl. lek.* No. 36, 1890.

Dr. B. Serkowski. Wykład o leczeniu róży i zapalenia tkanki podskórnej wysokiem bezwodnym. *Przegląd lekarski* No. 16, 1891.

Sz. i S. stosowali ze znakomitą skutkiem stary, przez Balbianiego polecony, a w ostatnich czasach z kilku stron wznowiony środek przeciw róży, a mianowicie nacieranie przestrzeni zajętej różą wysokiem bezwodnym (alcohol absol.)

Sz. radzi robić te nacierania za pomocą czopka z waty Bruns'a lub za pomocą pędzelka co 2—3 godziny dokładnie i starannie, w szczególności też nacierać brzegi róży, co łatwo uskutecznić, bo wyskok w tej formie (jeżeli skóra nie jest obrażoną) nie sprawia ani wielkiego bólu, ani innych przykrych następstw. W razie obnażenia skóry pokrywamy miejsce obnażone jakąkolwiek wysuszającą maścią n. p. Zinci oxyd., amyli puri aa 10,0, vaselini 20,0, dla ochronienia od działania wysokoku.

Sz. publikuje 12 spostrzeżeń przez siebie i prymariusza Krówczyńskiego o obserwowanych, w których w 2—3 dni po zastosowaniu nacierania wysokoku róża ustępowała. W jednym z tych przypadków stosowano poprzednio karbol, resorcyne, kreolinę bez skutku, po zastosowaniu wysokoku róża ustąpiła w 3 dni zupełnie. Przypadki te dotyczyły róży twarzy i róży kończyn, powstałej już to samodzielnie (z niewiadomej przyczyny) już to po zranieniach, przy żyłakach i t. p. — W jednym tylko z tych 12 wypadków wyzdrowienie nie nastąpiło prędzej, jak po 10-ciu dniach (skomplikowana róża poporodowa).

S. stosował nacierania wysokiem w 3 przypadkach z dobrym skutkiem.

Oprócz tego stosował S. nacierania i kilkakrotne dziennie moczenie palca w wysokoku przy zapaleniu tkanki podskórnej (phlegmone) po zakażeniu przy seceji powstałem u siebie samego, a po tygodniu palec się wygoił.

Sz. zaś stosował nacierania alkoholowe także z dobrym skutkiem w półpaścu „herpes zoster“ (2 przypadki). Wyprysk ustąpił w obu razach w pięciu dniach.

L. Szuman.

4. Położnictwo i choroby kobiece.

Pogląd na obecne metody operowania mięśniaków macicy.

Protokół z posiedzenia z dnia 27 lutego b. r. w berl. tow. gynek. Fehling. *Med. Koresp. d. Würt. aerztl. Landesver.* 1—3. 1887. Rose. *Zeitschrift f. Chir.* XXV, 4. 5. Coe. *The use of the curette for the relief of hemorrhage due to uterine fibroids* New York 1888, Trows Co 12 str. Fehling. *Corresp. Bl. f. schw. Aerzte* 1889 str. 641—648. Runge. *Petersb. med. Wochenschr.* 1887, Nr. 19—20. Rydygier. *Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 10, 1890. Albert. *Wiener med. Presse* 1888, Nr. 13. Péan. *Gaz. des hopitaux* 1886, Nr. 56 i 119. Hegar i Kaltenbach. *Operative Gynaecol.* Stuttgart 1888. Dirner. *Centralbl. f. Gynaec.* Nr. 7 i 8, 1887. Kümel. *Centr. f. Gyn.* 1888, Nr. 16. Schroeder. *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.* 1877. Zweifel. *Die Stielbehandlung in der Myomectomie.* Stuttgart 1888. Martin. *Lehrbuch etc.* 1887 i *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.* XX. 1. 1890. Bukowski. *Gazeta lekarska* 1889, str. 425, 444, 469 i 484. Chrobak. *Med. Jahrbücher.* Wien 1888, A. Hölder. Münchmeier (Leopold). *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.* 1889. Doléris.

Nouv. arch. d'obstetr et de gynec. 1887, 1. **Wehmer.** *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* XIV, 1. **Wiedow.** *Beitr. z. Geb. u. Gyn.* Książka jubil. dla Hegara Stuttgart. 1889 F. Enke. **Segond.** *Gaz. des hôpit.* 1888, Nr. 72. **Kaltenbach.** *Centr. f. Gyn.* 1888 str. 729.

Dyskusya nad wewnątrzotrzewnowém zanurzeniem szypułki przy myomotomiach, jaka się przy wykładzie Fritsch'a w Berlińskim tow. gynecologiczném dnia 27 lutego b. r. wywiązała, dobitnie wykazuje, że nie ma dotychczas wśród gynecologów jednomyślnego zdania, który i jaki sposób operowania jest jedynie w tych razach uzasadniony i racjonalny. A że sprawa operowania mięśniaków macicy staje się z dniem każdym coraz ważniejszą, sędzę, że słuszną będzie rzeczą, jeżeli w niniejszym referacie damy czytelnikowi ogólny pogląd na dotychczasowe sposoby operowania mięśniaków macicy. Czynimy to tém więcej, gdyż, o ile nam wiadomo, obszerniejszych zestawień i poglądów na ten przedmiot bez domieszki indywidualnego zapatrywania się odnośnego autora nigdzie nie znalazłem, a nadto kwestyja, jak i kiedy operować, wcale jeszcze do dzisiaj decydywnie nie rozstrzygnięta i nie ustalona.

Wskazania do operatywnego usunięcia mięśniaka macicy mogą być następujące: Szybkie stosunkowo rośnięcie narośli i wywoływane przez to mechaniczne dolegliwości, prawie nieustające obfite krwotoki, których żadnym innym środkiem usunąć nie podobna, wielkie bólesci, ascites w jamie otrzewnowej, choćby nawet chora nie miała wielkich zresztą cierpień, objawy uwięznięcia narządów miedniczych, okręcenie się szypuły i zropienie mięśniaka, przez co życie chorój narażone jest bezpośrednio na niebezpieczeństwo. Krwotoki przy mięśniakowłókniakach macicy pochodzą głównie z rozrostłej i wybijającej błony śluzowej i to podług Coego z tych części błony, które niepokrywają narośli. Błona śluzowa bowiem, która okrywa narośl, jest zazwyczaj, jak to już zresztą i Wyder zauważył, zanikłą. W niektórych przypadkach nie stoją krwotoki w żadnym odpowiednim stosunku do wielkości narośli. Fehling uważa za wskazanie do operacji także i objawy zwyrodnienia mięśnia sercowego. Dwie pacjentki jego umarły w ten sposób przed samą operacją. Rose przemawia za rychłem operowaniem przy wytworzeniu się krwistka w jajowodzie, względnie przy obawie pęknięcia jajowodu. Uratował on przypadkowo życie chorój, u której nastąpiłoby bezpośrednio pęknięcie jajowodu, chociaż nie przedtem za niebezpieczeństwem takim nie przemawiało. Runge radzi przy stawianiu wskazań do myomotomii rozróżniać między osobami biednymi a zamożnymi. U pierwszych operacja jest nieraz więcej potrzebną i uzasadnioną, jak u bogatych kobiet. Z przytoczonych powyżej wskazań są bólesci i krwotoki głównym zazwyczaj powodem, skłaniającym lekarza do wykonania operacji.

Operację z otworzeniem jamy brzusznej wykonać można w sposób trojaki: 1) Myomotomia w znaczeniu ściślejszém tj. odcięcie szypułkowatego, podsurowiczego mięśniaka po poprzednim otworzeniu jamy brzusznej. 2) Enucleatio per laparotomiam. Otworzywszy jamę brzuszną, przecina się torebkę narośli i wyłuszcza się narośl bez otworzenia jamy macicznej. 3) Amputatio uteri supravaginalis. Po otwarciu jamy otrzewnowej odcina się macicę przy wewnętrznych ustach macicznych, a więc otwierając i jamę ciała macicy i jamę szyjki.

Nie zawsze jednakże rzeczą jest konieczną przy operatywnem usuwaniu mięśniaków otwierać jamę brzuszną, to też może racjonalniejszy jest podział pojedynczych operacji na takie, które bezpośrednio usuwają narośl i na takie, które czynią to pośrednio. Do operacji bezpośrednich należą: 1) myomotomia w znaczeniu ściślejszém, 2) enucleatio per laparotomiam, 3) amputatio uteri supravaginalis, 4) enucleatio par vaginam i 5) exstirpatio uteri totalis per vaginam. Do operacji pośrednich zaliczyć należy wyjęcie jajników czyli kastracyą i metodę Rydygiera, polegającą na podwiązaniu tętnic macicznych.

Operacje z otworzeniem jamy brzusznej uważane były dawniej tj. do roku 1843 za wielce niebezpieczne. Początkowo odważali się operatorzy tylko mięśniaki o szypułkowatej podstawie (a które wówczas za torbiele jajnikowe nieraz brano) odcinać. Jeżeli się jednakże zdarzały wypadki, w których zrosty z macicą były znaczne, zaniechano operacji, a jamę brzuszną napowrót zeszyto. Z początkiem roku 1870 zaczęto dzięki

antyseptyce, więc być odważnym w operowaniu mięśniaków, otwierając w tym celu jamę otrzewnową. Ale wyniki myomotomii nie były w porównaniu do ovariotomii aż do lat prawie ostatnich zbyt korzystne. Dopiero w roku 1888 mógł prof. Albert w Wiedniu z pewną słuszością to wygłosić zdanie: „Z prawdziwym zadowoleniem zaznaczam, że różnice w wynikach myomotomii i ovariotomii coraz stają się mniejsze, tak, że zdaniem mojem niezadługo laparomyotomia nie będzie niebezpieczniejszą od ovariotomii“.

Myomotomią w znaczeniu ściślejszem robimy przedewszystkiem przy wszystkich szypułkowych podsurowiczych mięśniakach. Sposób operowania jest prawie ten sam, jak przy ovariotomii. Po utworzeniu jamy brzusznej odcinamy nożyczkami po poprzednim podwiązaniu szypułki podsurowicze ukleje a następnie zeszywamy ranę. Szypułki grube jak palec podwija się podwójnie i szypułkę zostawia się swemu losowi. Mięśniaki o podstawie szerokiej wycinają się po prowizorycznym podwiązaniu opaską elastyczną w kształcie klina. Lejek rany winien być ściśle zeszyty. Znaczne krwotoki zmuszają nieraz w takich razach do zrobienia licznych podwizań. Trudności przy operacji stają się znaczniejsze, jeżeli mięśniaki tak silnie zrosnięte są z macicą, że i ją częściowo i to zwykle ponad ujściem wewnętrznym trzeba odciąć. Ponieważ otworzona przez operację jama maciczna, pokryta błoną śluzową i przez to wrażliwa tym więcej na inwazyje drobnoustrojów, z pochwą i przedsiódkiem stoi w styczności i łączności, możliwość zakażenia szypułki i jamy otrzewnowej jest wielką. A przecież uniknięcie zakażenia, to pierwszy kardynalny warunek każdego operatora. Nadto chodzi tutaj o tkankę bardzo bogatą w naczynia. Maciczne tętnice i niasienne są przecięte a przy mięśniakach są one przy tym znacznie zwiększone. Podwiązanie ich nie jest wcale łatwe. Jeżeli za silne założymy podwiązki, to miejsce podwiązane może obumrzeć i nastąpić zropienie. Założona nie zbyt silnie podwiązka wywołuje obawę późniejszego krwotoku z miejsca podwiązanego. Zasada główną operatora powinno być tak ze szypułką mięśniaka postępować, aby i zakażenie i krwotok następczy wprost uniemożliwić. W tym celu wytworzyły się dwie metody t. zw. metoda zewnątrzotrzewnowa i metoda polegająca na zanurzeniu szypułki w jamę brzuszną po poprzednim dokładnym podwiązaniu szypułki. Péan, nowoczesny reformator laparomyotomii, podwizał w wielu przypadkach szypułkę maciczną, jaką sobie utworzył z szyjki macicznej, grubą podwiązką drucianą a następnie po przeprowadzeniu na krzyż dwóch grubych igieł przez środek szypuły przymocował ją poza otrzewną a więc w dolnym końcu rany brzusznej na oponach brzucha. Hegar i Kalténbach używali elastycznej podwiązki a szypułkę także pozaotrzewnowo umocowali, oddzielając ją od jamy otrzewnowej przez dokładne obszycie szypułki. Powierzchnią grzybkową szypułki zniszczyli termokauterem lub chlorkiem cynku. Dla uniknięcia możliwości zakażenia obłożyli naokół szypułki watę, maczaną w chlorku cynku. Metoda ta dawała dobre wyniki do tego stopnia, że Fritsch po niedobrych stosunkowo wynikach przy metodzie wewnątrzotrzewnowej przeszedł napowrót do metody zewnątrzotrzewnowej. Obecnie jednakże porzucił ją i znowu jest zwolennikiem metody wewnątrzotrzewnowej, jako téj, która bądź jak bądź najlepsze dotąd daje jeszcze wyniki. Dirner opisuje 31 przypadków myomotomii z kliniki peszteńskiej Tauffera i przemawia gorąco za umocowaniem kikuta po za otrzewną. Na 19 przypadków operowanych w ten sposób były tylko 2 przypadki śmierci, na 12 myomotomii wewnątrzotrzewnowej były 4 przypadki ze zejściem śmiertelnym. Fehling miał na 11 przypadków, w których szypułkę poza otrzewną przymocował jedno tylko zejście śmiertelne. Mimo to wypowiada Fehling zdanie, że prędzej czy później metoda wewnątrzotrzewnowa odniesie zwycięstwo. Postępowanie zewnątrzotrzewnowe wymaga dłuższego czasu leczenia, 6 do 8 tygodni, podczas gdy zanurzając szypułkę w jamę brzuszną już po 3 lub 4 tygodniach chora opuszcza zdrowe łóżko. Nadto metoda zewnątrzotrzewnowa stać się może niebezpieczną przy odpadywaniu obumarłej szypułki przez zakażenie, sprawy zatorowe i zaskrzepowe. Kümmel zrobił ciekawe zestawienie statystyczne. Na 312 przypadków myomotomii z zanurzeniem szypułki umarło 88 = 28,20%, na 262 przypadki operowane przy użyciu metody pozaotrzewnowej umarło 53 = 24,0%. Jesteśmy przekonani, że za lat kilka procent śmiertelności przy metodzie wewnątrzotrzewnowej znacznie się zmniejszy. Schroeder wykazał, że obawa krwotoku po zanurzeniu szypułki w jamę otrze-

wnową staje się wtedy zupełnie bezpodstawną, jeżeli naczynia, które do macicy dochodzą (a jest ich razem cztery) osobno podwiązemy i następnie dopiero po odcięciu narodził i macicy szypułkę piętrowym zamknieniem szwów. Podwiązkę elastyczną, którą dla uproszczenia operacji Schroeder przed odcięciem zakładał, nie pozostawiał w jamie brzusznej, lecz usuwał ją po ukończeniu zeszywania szypułki. Fritsch przeszedłszy w ostatnich miesiącach znów do metody wewnątrzożnowej robi szypułkę jak najmniejszą. Podczas gdy szypułka w metodzie Schroedera miała kształt grzybka, wycina Fritsch z szyjki tyle, aby jak najmniej tkanki pozostało. Błonę śluzową wykrawa, niszczy ściany okalające jamę szypułki kwasem karbolowym a następnie pastą składającą się z 50% kwasu karbolowego i jodoformu. Nadto robi Fritsch taką modyfikację, że po podwiązaniu szerokiego wiązadła przywiązuje takowe mocno do szyjki. Tylko płat szypułki podnosi do góry i następnie wszystko łączy szwami. Nie podobno nam w przeglądzie naszym wspominać obszerniej o pojedynczych modyfikacjach, jakie od metody Schroedera aż do dni ostatnich polecano i wykonywano. Nie mówiąc już o metodach Woelflera, Hackera, wspomniemy chyba tylko, że Zweifel robiąc ponadpochwowe odcięcie macicy podwiązuje każde szerokie wiązadło cztery razy szwami piętrowymi, używając do tego igły Brunsowskiej. Szwy dolne używa zarazem do podwiązania szypułki. Rzeczywiście szypułkę zrobioną ze szyjki Zweifel dokładnie zeszywa i zanurza na sposób Schroedera w jamę brzuszną. Kaltenbach nie widzi w tej modyfikacji żadnego postępu, bo liczne podwiązania i niebezpieczeństwo zakażenia, wychodzące z szyjki macicznej są tutaj nie wykluczone. To samo mniej więcej twierdzi także i Olshausen.

Martin tylko wyłuszcza po otwarciu jamy brzusznej narośl, przez co metoda jego jest wielce konserwatywną, bo nie usuwa macicy a nadto przewyższa ona zdaniem jego wyłuszczenie mięśniaka przez pochwę, gdyż operator ma po otwarciu jamy brzusznej wolne pole operacyjne przed sobą i nie potrzebuje operować bez światła. Po wydobyciu macicy z brzucha zakłada Martin elastyczną podwiązkę około szyjki tak, jak to czynimy za przykładem P. Müllera przy zachowawczym cięciu cesarskim, nacina następnie torebkę, wyłuszcza narośl a ściany przecięte macicy łączy ze sobą pojedynczymi szwami. Martin w ten sposób wyłuszczał nawet mięśniaki międzysciankowe i podśluzowe. Pierwszym warunkiem przed operacją jest dokładna desinfekcja pochwy i szyjki macicznej, aby tuząd nie dostały się drobnoustroje do rany. Dalsze leczenie pooperacyjne zależy od tego, czy błona śluzowa macicy jest nadwyreżoną czy też nie została nadwyreżoną. Bardzo dokładny i dobry opis metody Martina podał Bukowski w *Gazecie lek.* w r. 1889. Na pilną i sumienną pracę naszego rodaka zwracamy uwagę czytelnika, pragnącego się bliżej zapoznać z historią, wskazaniem, techniką i modyfikacjami metody Martinowskiej. Martin używa w danych razach sączkowania macicy przez pochwę, a rezultaty jego są bardzo korzystne. Fritsch uważa sączkowanie otrzewny za rzecz wprost niepotrzebną. Zdrowa otrzewna sączkuje się sama. Jeżeli mięśniak wyłuszczymy i sączkujemy wielką podotrzewnową jamę, wtenczas sączkujemy nie otrzewną, lecz ranę po za otrzewną, a jeżeli, mówi Fritsch dalej, wyrwiemy narośl z jamy Douglasa i ją następnie sączkujemy, to sączkujemy krwawą płaszczyznę a nie otrzewną. Jednym słowem sączkowanie otrzewny jest zdaniem Fritscha rzeczą zbyteczną. Przeciwwskazaniem jest wyłuszczenie, jeżeli powstały sprawy zapalne, zropienia narośli lub narośl sama przybrała złośliwy a szczególnie mięsakowy charakter. Zmiany te objawiają się zwykłą ciepłotą, chociaż i to nieraz nie wystarcza do stawienia dobrego rozpoznania. W takich razach przystępując do wyłuszczenia samego oceniamy dopiero co zrobić, czy wyłuszczenie uskutecznić lub przystąpić do ponadpochwowej amputacji macicy mięśniakowej. Jeżeli wypadnie nam zrobić tę ostatnią, to rozpoczęte przedtem wyłuszczenie może tylko ułatwić całą dalszą operację, gdyż obecnie mamy już przed sobą znacznie zmniejszoną macicę.

Za wyłuszczeniem mięśniaków przez pochwę przemawiają Péan, Chrobak i inni. Péan, chociaż sam zainaugurował laparomyotomię, wyraźnie nadmienia, że przy mięśniakach małych lub średniowielkich jest laparomyotomia w stosunku do rodzaju bólesci i niebezpieczeństwa operacją zbyt poważną. Poleca on więc w zamian niej kolpomyotomię. Rozdrabniając mięśniak (morcellements) mógł

Péan nieraz narośl dochodzącą aż do pępka przez pochwę usunąć bez względu na to, czy narośl była więcej ku jamie brzusznej lub macicznej wypukłą. W tych też razach używa Péan do ściśnienia głównych tętnic macicznych tak zwanych forcipresorów, aby w czasie operacji nie mieć znacznego krwotoku. Bliższe uwagi nasze o racjonalności forcipresora w operatywnej gynecologii znajdzie czytelnik w sprawozdaniu z ostatniego posiedzenia wydz. lek. Tow. Przyj. N. w niniejszym num. *Now. lek.*, gdzie jest także mowa o użyciu podobnych cążków przy myomotomijach per laparotomiam i przy ovariotomijach. Chrobak robi zawsze pochwowe wyluszczenie, jeżeli tylko narośl nie jest za wielką. Głębokie nacięcia jako też przedarcia, które przy tępem rozszerzeniu macicy powstają, usuwa Chrobak po operacji przez ich zeszywanie. Według niego odpowiednie do pochwowego wyluszczenia są mięśniaki podśluzowe, wnikające głęboko w jamę maciczną. Ale i podsurowicze i międzysięienne narośle w ten sam sposób przez pochwę wydobyć można. Zupełnie pisać się na to zdanie Chrobaka, gdyż i my podobny operowaliśmy przypadek, w którym mięśniak tuż pod otrzewną samą dochodził. (Cf. *Centr. für Gynaec.* Nr. 23, 1887). Nigdy nie zauważył Chrobak ani przedarcia otrzewny ani przenicowania łożyska narośli. Do wyluszczenia narośli używa Chrobak po przecięciu torebki palcy lub tępych instrumentów. Ostrzega on przeciw nagłym i silnym trakeyom i żąda, aby pochwę i srom przed rozpoczęciem operacji dobrze i dokładnie antyseptycznie oczyścić. Po dokonaniem wyluszczenia zakłada Chrobak zwykle z korzyścią knot jodoformowy, zostawiając w macicy pozostałe strzępki z resztek nie wyluszczonego mięśniaka. Nadto daje operowanej wewnątrz lub podskórnie sporysz. Nigdy też w takich wypadkach nie miał krwotoku następczego. Gazę jodoformową wyjmuję na 4 dzień, jeżeli nie nastąpiła zwyżka ciepłoty.

Leopold poleca wyluszczenie całej mięśniakowej macicy przez pochwę. Jeżeli pochwa jest wązka, należy międzykrocze i pochwę naciąć, aby tém łatwiej operacją wykonać. Chcąc zwiększoną w skutek mięśniaków macicę zmniejszyć, należy zdaniem Leopolda zrobić nacięcie torebki i narośl częściowo wyjąć i dopiero po zmniejszeniu w ten sposób macicy, takową przez pochwę wydostać. Podwiązywania muszą być nieraz liczne, gdyż naczynia są, jak to już wyżej nadmieniliśmy, w tych razach zwykle zwiększone. Doléris poleca przy całkowitych wyjęciach macicy forcypresurę Péan-Richeletowską. Jest ona bardzo praktyczna, a skracając przytém znacznie czas trwania operacji.

Martin takie w sprawie operatywnego leczenia mięśniaków macicy stawia tezy: 1) *Enucleatio pervaginum* należy w tych zastosować razach, w których narośl nie jest zbyt wielką lub jeżeli jest w akcie odłączania się (*Ausstossung*). 2) Skoro macica przerośnięta jest mięśniakami, lecz jest jeszcze poruszną w miednicy i odpowiednia w rozmiarach swych do stosunków pochwy, natenczas jest *extirpatio uteri vaginalis* metodą polecenia godną, jeżeli w ogóle w tych przypadkach operator chce do operacji przystąpić. 3) Mięśniaki większe, które trzeba per laparotomiam operować, wypada najpierw chcieć tak usunąć, aby jajników, jajowodów i macicy nie nadwyręzać. (Konserwatyzm ten Martina, który, jak wiadomo, dawniej nie był zbyt może liberalny w swych operacjach, zasługuje na uznanie!) 4) Wyluszczenie mięśniaków międzysięiennych po zrobionej poprzednio laparotomii należy i ze względów zachowawczych o ile możności często używać. 5) Jeżeli macicy zachować chorą jakąś miarą nie można, w takim razie lepiej z naroślą i macicę całą przez jamę otrzewną wyjąć, niż ją częściowo wycinać, przez co i kwestya, jaka metoda obchodzenia się z szypulką, wewnątrz czy zewnątrzotrzewnowa, jest lepszą, staje się bezpodstawną.

Wyjęcie jajników jako środek leczniczy przy mięśniakach macicy także niektórzy używają, zachwalając je nieraz gorąco. Głównie używamy kastracyi w takich przypadkach, w których chodzi o usunięcie krwotoków, które mają jeszcze typ peryodyczności, i w których wszelkie inne środki lecznicze jak najzupełniej zawiodły. Fehling dodaje do tych wskazań jeszcze przypadki nieuleczalnych mięśniaków, lub takich, które rozrosły się już w tkance miedniczej. Poleca on także robić kastracyję u mało krwistych kobiet między 30 a 40 rokiem, u których narośl prędko rośnie, lecz nie dochodzi jeszcze do pępka. Wehmer z kliniki Kaltenbacha poleca kastracyję przy międzysięiennych mięśniakach i wtenczas jeżeli z łatwością

dojść można po otworzeniu jamy brzusznej do jajników. Wiedow przytacza 66 przypadków kastracyi z powodów mięśniaków, z których 7,60% umarło. Z 37 kobiet, u których po operacyi przynajmniej 3 lata przeszły nastąpiło u 26 natychmiast, a u 15 po 1 lub kilkakrotném odejściu krwi zupełne zatrzymanie miesiączki. Co się tyczy zmniejszenia się narośli, to Wiedow w 33 przypadkach żadnej nie widział zmiany, u 8 kobiet nastąpiło widoczne zmniejszenie a u 24 kobiet przyszło do zupełnego zaniku narośli. To też poleca Wiedow kastracyą zamiast myomotomii, z wyjątkiem tych wypadków, w których mięśniaki są szypułkowato usadowione, czy to podsurowiczo czy podśluzowo, dalej w przypadkach rozmięku narośli i wreszcie przy mięśniakach olbrzymich rozmiarów. Ségon d poleca kastracyą tylko przy mięśniakach średniej wielkości. Jeżeli kastracya jest bez wyniku dodatniego, to wina jest operatora, który prawdopodobnie dokładnie jajników nie wyjął. Wszystkie te pochwały kastracyi zaciemnia tylko jedna rzecz. Oto zestawienia Glaevecke go wykazały, że kastracya nie jest bez wpływu na przyszły stan duchowy operowanej, a Coe (cf. referat w No. 19 *Centr. f. Gyn.* 1891) zauważył nawet po kastracyi w kilku przypadkach wyraźny obłęd. Odpowiedzialność operatora staje się w obec tego wielką, a decyzya nie łatwą...

O metodzie Rydygiera, polegającej na podwiązaniu tętnic macicy, aby w ten sposób wpłynąć na zanik mięśniaków, dzisiaj trudno coś decydującego orzec, gdyż za mało dotychczas jest przypadków w ten sposób operowanych. Rydygier podwiązuje wewnątrzotrzewnowo wszystkie większe doprowadzające tętnice, a więc tętnicę nasienną wewnętrzną obustronnie, dwie tętnice maciczne i gałązkę łączącą tętnicę nasienną zewnętrzną z tętnicą maciczną, a która to gałązka przechodzi przez wiązadło okrągłe. Metoda Rydygiera przewyższa zdaniem jego kastracyą Hegarowską przez to, że łatwiej ją i bezpieczniej wykonać, a wynik jest prawdopodobnie pewniejszy. Polecone przez Gubarowa podwiązanie zewnętrznotrzewnowo tętnic macicznych nie może zastąpić metody Rydygierowskiej, gdyż jak sam autor nadmienia, utrudnione być może podwiązanie takie przez nieprawidłowość w przebiegu tętnicy macicznej, nadto uniemożliwia metoda Gubarowa oryentowanie się o położeniu, o jakości mięśniaków, ich połączeniach z siatką, wszystko rzeczy, które w danych razach mogłyby wynik podwiązania zrobić iluzorycznym. W przypadku Rydygiera zmniejszyła się narośl w 4 miesiące po dokonaniem wewnątrzotrzewnowym podwiązaniu o $\frac{3}{4}$ swój objętości. Ze względu na konserwatywną zaletę powinna metoda Rydygiera w krótkie znaczniejsze znaleźć zastosowanie przy operatywnem leczeniu mięśniaków. Zachodzi tylko pytanie, czy metoda ta usunie także bolesci chorąg, które są nieraz tak dokuczliwe, iż chora domaga się à tout prix operacyi.

W tych razach, w których chcieliby przed zrobieniem radykalnej operacyi wypróbować inne metody lecznicze, używać należy energicznie sporyszu, (choć za silne używanie tego środka może podług Landaua niekorzystnie oddziaływać na serce i cały aparat krwionośny, wywołując możliwość utworzenia się szklistej sprawy zaskrzepowej [hyaline Thrombose]), wyłyżkowania macicy z następnem wstrzykiwaniem nastoiny jodowej lub spróbować wypadu elektrolyzy podług Apostolego. Zweifel, Martin, Bayer, Wells, Keith i inni widzieli w rzeczy samej przy używaniu elektrolyzy dobre i korzystne wyniki. Wreszcie zauważyć nam jeszcze dla dokładności przy końcu wypadu, że niektórzy jak Baker Brown, Max Olmtoik i Nelaton polecali dyscezyję szyjki, a Kaltenbach tępe rozszerzanie szyjki macicznej. W przypadkach mięśniaków wśródściennych i podśluzowych, które skomplikowane są z długą i wąską szyjką maciczną, jest tępe rozszerzenie przewodu szyjki zdaniem Kaltenbacha środkiem korzystnym do wstrzymania krwotoków i objawów trudnego miesiączkowania (dysmenorrhoe). W 3 przypadkach, w których narośl była wielkości główki dziecka, otrzymał Kaltenbach, używając tego środka leczniczego, dobre wyniki. Obserwował on przypadki te przez 7 do 14 miesięcy. Krwotoki ani połowy tak długo nie trwały i były bezbolesne. Kaltenbach objaśnia sobie korzystny ten wynik usunięciem zwiężenia przewodu szyjki. Wstrzymana krew działała ciągle drażniąco i wywołała tém znaczniejszy napływ krwi do macicy.

W obec radykalnych operacyi rękocezyń takie, jak co tylko przytoczona me-

toda Kaltenbacha, użycie sporyszu itp. środki lecznicze mogą mieć tylko względnie pewne znaczenie i wartość, choć z drugiej strony myomotomija należy i dzisiaj jeszcze do operacji poważnych a Auvard, widocznie entuzjazmowany wynikami dodatkami, jakie ziomek jego Apostoli przez elektrolyzę mięśniaków otrzymał, tak dalece idzie, że się nawet wyraża: „C'est (la myomotomie) là une grave opération, devant la quelle ne reculent pas les Allemands, qui en chirurgie du moins, tiennent bien plus grande compte de intérêts de la science, que ceux des malades.“ Na takie zdanie pisać się nie będziemy, bo każdy lekarz bez względu na narodowość jest, jak sądzimy, przedewszystkiem człowiekiem. Bądźmy więc sprawiedliwi!

Świącicki.

5. Choroby dzieci.

V. Hutinel i E. Deschamps (z Paryża). Gruźlica jądra u dziecka. (Etude sur la tuberculose du testicule chez les enfants.) *Arch. gén. de med.* April 1891.

Podczas gdy u dorosłego zwykle tylko przyjadrze (epididymis) bywa zajętem gruźlicą, a tylko w następstwie tego rozchodzi się na samo jądro, to u dziecka gruźlica występuje raz tam, drugi raz w ciele Highmora, trzeci raz w powłoce białej (albuginea) okołojądrowej lub tp. bez żadnej systematyzacji, a dostaje się tam albo z otrzewnej, albo też najczęściej, drogą naczyń krwionośnych lub chłonnych i to najczęściej w tkance międzykomorkowej; zwykle ogniska te gruźlicze zawierają mało prątków i dążą do stwardnienia i wyleczenia. Zawsze więc jest ona u dziecka tylko objawem ogólnego zakażenia gruźliczego i rokowanie oczywiście zależeć musi od ilości i stopnia rozwoju innych ognisk gruźliczych, chociaż lokalne cierpienie może przejść tj. się zabiżnić. Rozpoznanie jest w ogóle łatwem. Można gruźlicze ognisko, u takiego chorego dziecka przypuszczać, skoro gruczoły jądrowe, albo ich powłoki są nabrzmiałe i na dotknięcie bolesne.

Leczenie najwłaściwsze nie będzie chirurgicznem, ale ogólnem, tj. za pomocą środków wzmacniających, diety, tranu, kąpieeli solankowych, pobytom nad morzem, arsenikiem itd. Miejscowe środki same nigdy nie wystarczą. Zgodzono się obecnie z Verneulem, żeby nigdy nie robić kastracyi. Tenże ostatni poleca ignipunkturę, tj. przyżeganie ogniem w najgorszych razach, t. j. gdy zserowaciała masa zaczyna się rozpływać. Gdy grozi absces, lepiej go otworzyć galwanokauterem, aniżeli nożem; gdy jest fistuła, nie spieszyć się z jej zamknięciem.

H. Gillet (z Paryża). Uwagi o sztucznem trawieniu trzustkowym u niemowląt zdrowych i chorych. *Ann. de la polyclin. de Paris* 2/90.

Gillet wyjmował trzustkę ze świeżo zmarłych niemowląt, przez 2 godziny maczał w alkoholu a następnie wyduszał w bibule, rozsiekiwał i albo z gliceryną neutralną, albo z wodą męszał i miazdżył. Następnie robił próby, jak działają trzustkowe fermenty na krochmal, na oliwę i na sernik. Na mocy tych doświadczeń doszedł do pewnika, że w pierwszych miesiącach życia trzustka nie posiada własności diastatycznych tj. zeukrzajających mączkę, podczas gdy w późniejszych miesiącach własność ta jest bardzo znaczną. Nadto przekonał się, że u tych ostatnich, tj. starszych niemowląt katar kiszkowy znosi własność peptonizującą i cukrotwórczą trzustki, podczas gdy ona nie ginie np. w odrze, dyfteryi a nawet w tyfusie. *D. med. Ztg.* 1891, No. 21.

Chłapowski.

6. Oftalmologija.

1 Dr. H. Wagner. Gruźlica oka i skutek zastosowania tuberkuliny przeciw tejże. (Die Tuberculose des Auges und der Erfolg der Anwendung des Koch'schen Tuberkulini bei derselben). *Muench. med. Wochenschrift* No. 15 i 16, 1891.

2. M. Reich (z Tyflisu). K uczeniu erytropii i ksanthokia-

nopsii. (O czerwono widzeniu i błękitnożółto widzeniu). *Wiestnik oftalm.* marzec i kwiecień 1891, i *Rev. génér. d'ophthlm.* No. 4, 1891.

3. **Martinet.** Przypadek rozplemiennego zapalenia siatkówki. (Fall von Retinitis proliferans). *Dtsch. med. Wochenschr.* No. 9, 1891.

1, Prof. Michel w Wyreburgu starał się w swoim podręczniku wyświecić, w jakich częściach oka i w jakich postaciach występuje gruźlica, autor zaś podaje jako uzupełnienie zestawienia tego, dalsze spostrzeżenia zrobione na klinice Michla, z których wynika: że gruźlica we wszystkich częściach oka objawić się może; i tak w skórze powiek występuje, jako toczeń, a gradówka czyli chalazion zdaje się być niczem innem, jak tylko gruźlicą miejscową chrząstki.

W worku łzowym rozwinąć się mogą wrzody tuberkuliczne równocześnie z podobnymi na błonie śluzowej nosa lub spojówki, a także i błona śluzowa kanału łzowego może uciepieć wskutek gruźliczego zapalenia kości lub okostnej w obrębie ścian przewodu łzowego.

Na spojówce nie tylko wrzody tuberkuliczne powstają, ale nierzadko i typowy obraz jaglicy może polegać na tuberkulicznym zakażeniu i nabrzmieniu mieszków spojówkowych. Znane są dalej gruźlicze guziczki występujące na rogówce, na tęczówce, wiażdle grzebykować (ligumentum pechinatum). Na twardówce widzujemy gruźlicę w postaci skleritis, a rzadziej daleko wrzodu.

Najczęściej naturalnie ulega tej chorobie jagódówka (uvea) mianowicie przednia jej część, to jest tęczówka. Gruźlicze zapalenie tęczówki występuje czasem bez guzików, a nie rzadko dopiero później, przemijająco pojawiają się takowe w części rzęskowej tęczówki. Zdaje się jednakże, iż w wielu razach, dla swych małych rozmiarów nie bywają dostrzegane, (a może i powstające na błonie Descemeta większe pokłady są także natury gruźliczej. Ref.)

Niekiedy powoduje gruźlica tęczówki wystąpienie guza granulacyjnego, który zajmując znaczną część przedniej komórki występuje wśród objawów zapalenia włóknistopnego, lub włóknisto-plastycznego; wysięk wystający do ciała szklanego tworzy znaczną niekiedy wypukłość; czasami, mianowicie w młodym wieku guz tuberkuliczny toruje sobie drogę przez twardówkę na zewnątrz prowadząc do powstania wrzodu gruźliczego.

Że naczyniówka bywa siedliskiem gruźlicy tak ostrzej prosowatej (miliarniej), jako też przewlekłej, dostatecznie znaną jest rzeczą, a guziczki powstające tutaj odznaczają się tak samo, jak na tęczówce nadzwyczajnie drobnymi rozmiarami. Objawy zapalne bywają bardzo odmienne, stosownie do wielkości, ilości guziczków gruźliczych i ich umiejscowienia.

W siatkówce spostrzegano guzy granulacyjne i to w przypadkach, w których już dawniej jagódówka i nerw wzrokowy były gruźlicą zajęte. Rzadko tarcz sama jest siedliskiem guzików tuberkulicznych występujących przeważnie na brzegu jako małe żółto-białe wyniosłości, ale niekiedy także od tarczy spuszczają się gronowate nitki do ciała szklanego. Nerw wzrokowy od chiasma aż do tarczy dość często guzikami jest obsadzony, wtenczas to najróżnorodniejszy powstać może obraz kliniczny. Anatomicznie stwierdzono guziki w rozmaitych błonkach otocznych nerwu, czasami w głębszych listeczkach blaszki sitowej (lamina cribrosa) a nawet w środkowym kanale naczyniowym nerwu wzrokowego. Także i skrzyżowanie ulega zserowaceni przez tuberkuły.

Jak nerw wzrokowy, tak też i inne nerwy dochodzące do oka, mianowicie ruchowe, mogą przez zapalenie opon mózgowych na podstawie gruźlicy doznać upośledzenia, które stosownie do siedliska i rozwoju choroby sprowadza porażenia mięśni ocznych, to znowu drżenie gałek (nystagmus), połączone zboczenie (conjugate deviation) lub stały (toniczny) kurecz mięśni.

Z wyjątkiem spojówki i przewodu łzowego, do których przez proste zakażenie gruźlica przystępuje, dostaje się jad gruźliczy do oka przez krew.

Przechodząc do terapii gruźlicy oka i wspomniawszy o znanych pod tym względem zasadach, zdaje autor sprawę z 4 przypadków gruźlicy oka leczonych w klinice wyreburgskiej sposobem Kocha.

W pierwszym z nich dla tocznia powieki zastrzykiwano 0,005 powoli pod-

nosząc dawkę — a po 25 zastrzyknięciach zagoiła się sprawa — lecz po 2 tyg. powstała wznówka, która po daalszém równém leczeniu ustąpiła.

W drugim przypadku leczony był wrzód gruźliczy spojówki u 9 letniego chłopca z dobrym skutkiem; ile zastrzyknięć zrobiono, autor nie podaje.

W trzecim przypadku służyło do zastrzykiwań zapalenie twardówki występujące w postaci trzech stykających się żółtych wyniosłości, które znikły po tuberkulinie. Istota gruźlicza atoli nieczém w tym przypadku nie była udowodniona.

W czwartym przypadku gruźlica tęczówki u 21-letniej dziewczynki ustąpiła po 22 zastrzyknięciach od 0,007—0,1.

W każdym razie zastrzykiwania wywoływały i ogólny i miejscowy odczyn. Ostatni objawiał się w 2 przypadkach tém, iż z początku obraz na oku pogarszał się, i powstawały nowe guziczki, które porówno ze starymi później zginęły.

2. Nader ciekawym jest przypadek opisany przez Reicha a dotyczący przejściowej zupełnej utraty w rozpoznawania barw zielonej i czerwonej. Oto szczegóły:

40-letni maszynista kolejowy został zwolnionym ze służby dla daltonizmu, który rzekomo miał powstać dopiero przez uciążliwe zajęcie przy słońcu silném podczas zeszłego lata. Poprzednio cieszył się chory dobrém poczuciem barw. Wada obecna rozpoczęła się bólem głowy trwającym 2 tygodnie, później wszystkie kolory przedstawiały się choremu czerwono, a po kilku miesiącach nastąpiła utrata zupełna poczucia barw. Autor zbadawszy dokładnie oczy i stwierdziwszy prawidłowe zkadinań czynności oka sądził, iż daltonizm w tym przypadku musiał być wrodzonym.

Gdy w 5 miesięcy później chory przybywszy powtórnie twierdził, iż od cierpienia został uwolnionym, R. mógł się o rzeczywistości tego twierdzenia ścisłem badaniem przekonać.

Przypadek ten przejściowej ślepoty barwnej przemawia zdaniem autora za istnieniem osobnego ośrodka dla zmysłu barwnego niezależnego od ośrodka zmysłu światła. Czerwonowidzenie poprzedzające ślepotę barwną tłumaczy sobie autor odczynem siatkówki zmęczonej bardzo silném światłem.

W obec tego faktu słusznie autor radzi u urzędników kolejowych od czasu do czasu badać pocucie barw, a w razie xanthokianopsii (powiedzmy raszej emerythropsii. Ref.) nie stawiać zbyt wczesnie rokowania niekorzystnego.

3. Do nie wielu dotychczas znanych przypadków wybijania tkanki łącznej siatkówkowej do ciała szklanego, dodaje autor nowy a odznaczający się tém, iż tutaj u kobiety 52-letniej, u obu ocz zachodziły znaczne zmętnienia ciała szklanego jako następstwo krwotoków, u lewego oka zaś owe zmiany w siatkówce, które wielce przypominają w płaskorzeźbie przedstawione górzyste krajobrazy — osoba zaś cierpieniem dotknięta, miała i białko- i cukromocz. Wiadomo, iż właśnie choroba Brighta usposabia wielu do krwotoków siatkówkowych,

Bol. Wicherkiewicz.

7. Farmakologija i Toksykologija.

L. Devoto (Genua). O wydzielaniu jodowych i salicylowych przetworów w wysiękach. *Centr. f. klin. med.* 1891 No. 7.

Rosenbach i Pohl (cfr. *Nov. lek.* 1890 No. 2 str. 561) zauważyli, że w wysiękach zapalnych łatwo salicylowy kwas, ale za to rzadko tylko jod wykryć można i to tylko wtedy, jeżeli obok zapalnego wpływu działają na nagromadzenie się płynu np. w opłucnej zaburzenia w krążeniu, a więc w transsudatach. Aby się przekonać, czy to zdanie jest słuszne, badał D. płyn gromadzący się pod naskórkiem pod wpływem drażniącego działania wezykatoryi. Otóż u osób, które już przed użyciem tego przyszczydła 3—6 gm. jodku potasu dziennie używali, albo krótko przed przystawieniem wezykatoryi 2,0 wyżyli, nie wykrywał w prawdzie jodu za pomocą próby klajstrowej i dodatku kwasu saletrzanego, ale za pomocą innych metod mógł wykryć, np. spalaniem i przydaniem siarczanu ammonii znajdował, choć wiele później, jod w bąblach skórnych spowodowanych plastrem kantarydowym.

V. Ragotzi (prace z farmakol. instytutu w Wrocławiu). O działaniu jadu okularnika (*Naja tripudians*). *Virch. Arch. f. path. An.* 122 H. 2.

Nader małą jest dotąd liczba autorów, którzy poddali działanie ukąszeń węzów ściślejszemu zbadaniu. Dla tego autor wziął się do tego, mając pod ręką jad indyjskiego okularnika, znanego więcej pod mianem *Cobra de capello*. Jad ten w świeżym stanie płynny i bezbarwny. R. dostał go w stanie wyschłym, w którym tylko lokalne działanie, nie zaś ogólne się osłabia. Objawy otrucia zauważył u ciepłokrwistych zwierząt te same, co inni badacze, tj. osłabienie nagłe, zapaść i śmierć wśród drgawek tak, jak po kurarze, ale tłumaczy ich powstanie innaczej. Po wstrzyknięciu podskórnem małych dawek żabie zauważył zupełne porażenie wśródmięśniowych obwodowych zakończeń nerwów przy zachowaniu mięśniowej pobudliwości przez pewien czas jeszcze; przy większych atoli dawkach występuje jako dowód znacznego już uszkodzenia samej istoty mięśniowej także podryganie ich włókienek (fibrillair), a następnie skrzepnięcie śmiertelne (Todtenstarre). Uszkodzenie końcówek nerwowych jest większem, jak przy użyciu kurary i nie daje się usunąć tak prędko; po użyciu $\frac{1}{30}$ mg. jadu potrzeba tygodni całych sztucznego oddychania, aby wyleczyć. Uszkodzenie zakończeń mięśniowych występuje zawsze rychlej aniżeli innych nerwów.

Chłapowski.

C. Ruch w Towarzystwach.

1. Sprawozdanie z posiedzenia wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyj. Nauk w Poznaniu z dnia 1-go maja 1891 r.

Przewodniczący kol. Wicherkiewicz po zagajeniu posiedzenia odczytuje porządek obrad, który zostaje przyjętym. Nad działem chorób nagminnie panujących zabiera głos kol. Kozuszkiewicz z Jerzyca, zaznaczając obecnie błonicę ze złośliwym przebiegiem bez dalszych jednakże powikłań, tak samo kol. Kempf z Jerzyca obserwował kilka wypadków błonicy. Kol. Chachamowicz podaje kilka wypadków duru brzuszego na Górnjej Wildzie; czy pojawienie się duru spowodowanem zostało przez tegoroczną powódź, trudno rozstrzygnąć, górne części Wildy nie były bowiem zalane. — Stosownie do porządku obrad następuje wykład kol. Święcieckiego o postępowaniu z szypułką przy ovariometrii. Dawszy na wstępie pogląd historyczny na często wręcz przeciwne zapatrywania, dotyczące się racjonalności operatywnego leczenia torbieli jajnikowych i wspomniawszy o znakomitych wynikach operacyjnych Spencer-Wellsa, który do r. 1885-1139 wykonał ovariometrii, przechodzi prelegent do krytycznego ocenienia metody przymocowywania szypułki po zaotrzewną. Metoda ta pozaotrzewnowa ma wiele niedogodności, gdyż nie możliwą jest ona do zastosowania przy szypułce krótkiej, wywołuje zbyt silne naciąganie szypułki, a wskutek tego nieraz i tężec; przyczynić się dalej może do nieprawidłowego położenia macicy, do zrostów szypułki z jelitami i wywołania przeto nieraz zamknięcia jelit, nadto metoda pozaotrzewnowa wywołać może przepukliny, przetoki brzuszne i wreszcie last not least septyczne zakażenie szypułki, będącej w styczności z powietrzem.

Dokładne podwiązanie szypułki, odcięcie torbiela i zanurzenie szypułki w jamę brzuszną jest istotą metody wewnątrzotrzewnowej. Jest ona dzisiaj głównie, jeżeli nie jedynie w użyciu i stosunkowo znamienite daje wyniki. Ale i ona nie jest bez zarzutów. Krwotoki, jakie mimo dokładnego podwiązania po zanurzeniu szypułki nieraz zachodzą (w ostatnich czasach przypadki Zielewicz, Clevelanda i Rüdla z kliniki Ahlfelda) i powstające raz po raz ropienia przy eliminacji podwiązek mogą być wynikiem metody wewnątrzotrzewnowej. Na wzór całek Péan-Richeletowskich, jakich w ostatnim czasie używają przy całkowitem wyjęciu macicy przez pochwę i to tak we Francji, jak i w Niemczech (n. p. Landau) proponował Kocks z Bonny na ostatnim zjeździe lekarzy w Bremie całki własnego pomysłu do użycia ich nie tylko przy operacjach dokonywanych przez pochwę, ale i przy ovariometriach, myotomijach, salpingotomijach itd. Cażkami temi, które prelegent zebradzeniu przedkłada, zachwyca się szypułkę i pozostawia się takową w jamie

otrzewnowej przez dwa razy 24 godzin. Jest to niejako połączenie metody zewnątrzotrzewnowej z metodą wewnątrzotrzewnową. Cążki Kocksa czyli forcipresory mają skrzywienie podwójne i to górne odpowiadające osi miednicy w myśli Lerveta i dolne skrzywienie tuż przy trzymadle stosownie do osi pochwy. Francuz Doye także podobne polecił cążki, które odąd też nosić winny nazwę Doye-Kockskich. Kocks użył dotychczas forcipresury, jak to bliżej w ostatnim zeszycie tj. 21 wykładów Volkmanowskich wspomina, dwa razy to jest przy wyjęciu zrakowaconej macicy przez pochwę i przy skórzaku jajecznika wielkości pięści. Operacja ostatnia trwała 10 minut. Kocks twierdzi, że użycie forcipresora działa ściśle tamująco na krwawienie, że zmniejsza czas operacyjny, przezco jesteśmy w możności przykre nieraz skutki długotrwałej narkozy usunąć, że ułatwioną jest technika operacyjna, uniemożliwione przy tym miejscowe krwawienia i niebezpieczeństwo zakażenia przez szypulkę. Nadto możemy cążki z łatwością utrzymać aseptycznie, a wyjmując je po 48 godzinach z jamy brzusznej nie mamy już w niej żadnego obcego ciała, co przy podwiązaniach jest rzeczą wprost nie możliwą. Uwagi te Kocksa spowodowały kol. Święcickiego do użycia i wypróbowania forcypresury definitywnej w przypadku ovariometrii, jaką przed 3 dniami wykonał. Chodziło o 37-letnią pacjentkę z torbielem jajnikowym znacznych rozmiarów po lewej stronie. Po przecięciu opon brzusznych, nacięciu następnie torbiela i wypuszczeniu kilku litrów płynu galaretowego wydobył mówca narośl cążkami Spencer-Wellsa i spróbował założyć cążki Kocksa, lecz po dokładnem badaniu zauważył, że ściany torbiela tak znacznie zrosłe były z jelitami a szczególnie z okrężnicą, że o użyciu cążków dla uchwycenia szypułki mowy być nie mogło. Trzeba było cążki odłożyć, a zrosty i szypulkę podwiązać. Zrosty były tak silne i liczne, że trzeba było aż 20 założyć jedwabnych podwiązek. Tak więc druga w ogóle ovariometrija, w której chciano użyć forcypresury okazała dobitnie, że cążki Kocksa nie zawsze dają się zastosować i że operator częstokroć będzie musiał użyć metody wewnątrzotrzewnowej. W końcu nadmienia kol. Święcicki, że operował aseptycznie. Metody Bantocka, który zamiast przegotowanej, odjałowionej wody, przy operacjach używa wody zwyczajnej i to prosto z wodociągu, nie ma mówca odwagi nawet spróbować, i będzie nadal przy operacjach swych używał przegotowanej odjałowianej wody lecz z domieszką 0,6 soli kuchennej, aby tkanki nie pęczniały, jakto przy użyciu zwyczajnej wody się dzieje.

Z kolei mówi przewodniczący kol. Wicherkiewicz o gruźlicy oka przedstawiając trzech pacjentów z następującymi objawami:

Pierwszy wypadek dotyczył dziewczyny 20-kilkoletniej obciążonej dziedzicznie, która po ponownych krwotokach płucnych zaniewidziała przed kilku laty na prawe oko wśród objawów, które przemawiały za odczepieniem siatkówki. Ostatnie nie mogło jednakże być dokładnie rozpoznaniem wziernikiem z powodu bardzo znacznych zaćmień ciała szklanego.

Przed kilku tygodniami chora przybyła do kliniki prelegenta dla krwotoku, który wystąpił w przedniej komóreczce. Ścisłejsze badanie wykazało gąbczasty guz, który wyrastając dołem z ciała rzęskowego, zasłonił prawie całą źrenicę, o ile przez skrzepy krwiste można było rozeznąć.

W drugim przypadku wystąpiły liczne prosowate guziki u chłopca 13-letniego, dziedzicznie także obciążonego, częścią na tęczówce, częścią na błonie Descemeta.

W obu tych przypadkach zastosował prelegent leczenie tuberkuliną w bardzo małych dawkach, a mianowicie $\frac{1}{10}$ — $\frac{3}{10}$ mm. per dosi i to, jak się dotychczas zdaje, z dobrym skutkiem a bez znacniejszego ogólnego odczynu.

Trzeci przypadek dotyczy parobka 20-kilkoletniego, który w następstwie ostrego gościa stawowego dostał zapalenia mięsaszowego prawej rogówki. Wśród ogólnego i miejscowego leczenia, zapalenie to coraz więcej ustępowało, tylko guzik szarożółty umiejscowiony w samym środku tylniej warstwy rogówki, nie zmienił się wcale, a źrenica okrągła regularna, mimo wielokrotnego atropinizowania, nie rozszerzała się. Dwa dni przed przedstawieniem chorego na posiedzeniu, spostrzegł prelegent przy silniejszym przekrwieniu spojówki gałki liczne bardzo guziki nie tylko na błonie descemata, ale nadto na tęczówce, a mianowicie 1 większy usadowiony na dolnym brzegu źrenicy.

Obraz tak przemawia za gruźlicą, iż wątpić nie można, że doświadczenie na hodowlach i szczepieniem na królikach stwierdzi rozpoznanie.

Nad działem porządku obrad „spostreżenia z praktyki“ zajmuje głos kol. Kożuszkiewicz z Jerzyc, opisując ciekawy przypadek zatrucia chlorkiem potasu (Kali chloricum), ze zejściem śmiertelném. Powołany do chorój dowiedział się, że chora zaordynowała sobie kali chloricum wewnątrznie w dosyć wielkich dawkach. Mówca znalazł chorą bez przytomności, kończyny zimne, sinica rozwinięta, tętno słabe, mocz i stolec krwawy. Ze względu na groźny stan chorój powołał natychmiast kol. Kapuścińskiego z Poznania, lecz mimo wszelkich środków nastąpił upadek sił i chora wkrótce skończyła. Nad przypadkiem wywiązała się ożywiona dyskusja, w której brali udział Bol. Kapuściński, Wicherkiewicz, Koehler, Świeciecki i Kożuszkiewicz.

Następnie podaje kol. Krysiwicz przypadek pęcherzycy (Herpes) w którym erupcyję tę szeroko rozgałęzioną poprzedziła silna gorączka.

W końcu następuje wybór nowych członków, a mianowicie Dr. Edwarda Hulewicz z Gorzykowa, Dr. Wróblewskiego z Buku, Dr. Przybyszewskiego z Inowrocławia. Koledzy ci przyjętemi zostali tajnem głosowaniem jednomyślnie na członków wydz. lek. Tow. Przyjaciół Nauk.

Teodor Dembiński, sekr. wydz. lek.

2. Kongres towarzystwa francuskiego okulistycznego

odbył się w Paryżu zwykłym trybem w br. w czasie od 4—8 maja. Wykładów zgłoszono tyle, iż musiano jeszcze dodatkowe urządzić posiedzenia, chcąc cały materiał przygotowany zużyć, a wielu członków cofnęło jeszcze w ostatniej chwili swe odczyty, by nie zabierać czasu do dyskusyi potrzebnego.

Nie podobna nam naturalnie w miesięczniku przeznaczonym dla szerokiego zakresu ogólnej medycyny przytoczyć wszelkie zajmujące szczegóły tak tematów rozbieganych, jako też i rozpraw nieraz bardzo ciekawych, ale ograniczamy się na najważniejszych przedmiotach.

1. Szereg odczytów rozpoczął Terson z Tuluzy, który dał pogląd na *leczenie chorób przewodu łzowego*. Referent zaznacza, że choroby dróg łzowych mogą się znaczyć zwyczajnem łzawieniem, którego atoli też bardzo często niema, a w takim razie trzeba uważać za główne objawy tych chorób wzmocnienie i zmianę mniej lub więcej znaczną naturalnej wydzieliny spowodowanej zakażeniem błony śluzowej dróg łzowych. Ropienie worka łzowego i przetoka będąca tegoż następstwem, są zazwyczaj tylko powikłaniami zależnemi od tegoż zakażenia.

Leczenie łzawienia, któreby można nazwać kataralném, powinno się opierać na leczeniu pierwotnego zakażenia kanału nosołzowego, podczas kiedy łzawienie będące niezależnem od zmian chorobowych przyrzędu łzowego wymaga przyczynowego leczenia tj. uwzględnienia wad refrakcyi, chorób spojówkowych lub rogówkowych itd. Że katar dróg łzowych powstaje przez zakażenie, o tém przekonuje nas natura zmian anatomo-patologicznych błony śluzowej nosołzowej i zaraźliwość wydzieliny worka łzowego na tkankę rogówkową, pozbawioną nabłonka.

Zakażenie to nastąpić może wskutek sąsiedztwa, względnie styczności, dróg łzowych z jedną stroną ze spojówką, z drugiej z jamami nosowemi.

Zwykłą przyczyną przeszkód w przewodzie łzowym jest rodzaj zfałdzenia lub nabrzmienia błony śluzowej, a rzadko tylko zwężenie bliznowate.

Mówiąc następnie o leczeniu przewlekłego nieżyty dróg łzowych zaznacza referent, iż najpierwszem zadaniem jest zwalczenie zakażenia błony śluzowej nosołzowej i zatrzymania się płynów w rozszerzonym worku łzowym.

Ganiać nie bez słuszności stosowanie grubych zgłębiaczy, przemawia prelegent za uwzględnianiem anatomicznych warunków i używaniem sond cienkich, dających się wprowadzić bez rozcięcia kanalików łzowych. Ze sondowaniem łączy się wystrzykiwanie przewodu przydłuższe za pomocą rozmaitych środków odkażających. W ciężkich przypadkach może postępowanie Stillinga, polegające na szerokim rozcięciu górnego punktu łzowego, przecięciu wiązadła wewnętrznego i rozszerzeniu nożem całego kanału, oddać usługi tam, gdzie chory nie chce lub nie może poddać się dłu-

giemu leczeniu. Także i zastosowanie sond à demeure nie zasługuje na ogólne poparcie.

Skoro drogi łzowe są wolne, nie ma powodu ciągle sondować i przestrykiwać, choćby oko mocno się łzawiło; w takich razach wypada nam raczej zmniejszyć *wydzielanie łez*.

Lubo wyluszczenie części oczodołowej gruczołu łzowego może zupełnie usunąć łzawienie, to jednak więcej jest polecenia godnym wyluszczenie części powiekowej tegoż gruczołu, a tylko gdyby to nie wystarczyło, można uciec się do usunięcia także głównej części.

Leczenie powikłań przewlekłego nieżytu dróg łzowych polega głównie na tem, ażeby czasami wstrzykiwać do worka łzowego, gdy wydzielina tegoż staje się ropiastą, płyny zmieniające szybko stan błony np. silniejszy roztwór saletrzanu srebra; w razie ropienia worka, wypada zrobić silne rozcięcie górnego kanalikula a równocześnie i wiązadła powiekowego wewnętrznego. Przetoka łzowa ustępuje szybko, jeżeli nie jest spowodowaną pruchnieniem kości, po szerokim rozcięciu wiązadła powiekowego wewnętrznego; w razie powikłania ze zmianami kości powodującego nawroty, wypada worek zniszczyć, tak samo jeżeli nie można przywrócić dolnego otworu kanału nosowego. Rozszerzony worek winien niekiedy być wyciętym zupełnie lub częściowo.

W końcu zaznacza prelegent, iż uwzględnić wypada przyczyny ogólne, jako to: gruźlicę i kiłę.

W rozprawie zaznacza Dr. Despagne, iż nie rzadko środki wstrzykiwane do worka łzowego nie skutkują, ponieważ do rozmaitych fałd nabrzmiałej błony śluzowej płyny nie mogą dochodzić. W takich razach robi cięcie w przedniej ścianie worka, by rozszerzywszy wargi rany, wypłukać i wyskrobać wnętrze worka. Jeżeli worek zbyt jest wielkim wycina zarazem część tegoż. D. jest przeciwnym wycinaniu gruczołu łzowego.

Trousseau podnosi ważność dokładnego rozpoznania i zaznacza, że zbyt często zaniedbujemy poznanie wad punktów i kanalików łzowych. Punktikom łzowym trzeba nadać właściwe położenie według zasad Critchetta. Nie zdaje się Dr. Tr., ażeby zapalenia worka łzowego u noworodków miały, jak to Terson twierdzi, podstawę syfilityczną; mają one raczej pochodzenie swoje w nosie, którego zmiany chorobowe trzeba należyście leczyć.

Parinaud z Paryża zachwala przy rozszerzeniu worka łzowego stosowanie wiedeńskiej pasty.

Grandclément z Paryża zachwala w uporczywych przypadkach ponowne i energiczne naciskanie worka łzowego 20—30 razy dziennie, które poleca robić pacjentowi samemu.

Wecker z Paryża zachwala dla usunięcia łzawienia wycięcie dodatkowego gruczołu łzowego i opisuje sposób operacji.

Gałęzowski z Paryża zwraca na to uwagę, że bardzo często rozmaite objawy oczne, dla których chorzy, nie mający łzawienia, zasięgają rady, ustępują po należytym leczeniu równocześnie odkrytego zwężenia przewodów łzowych. Niekiedy zachodzi prawdziwy kurcz włókienek mięśnia okrężnego (orbicularis), otaczających kanał łzowy, a w takich razach rozszerzenie grubymi sondami błogie daje wyniki.

Chevallereau (z Paryża) spostrzegł kilka przypadków przyrodzonego zapalenia worka łzowego u kilkomiesięcznych dzieci, a w wszystkich tych przypadkach leczono dzieci dla rzekomej rzeżączki noworodków. Przypadki te dopiero wtenczas zostały wyleczone, gdy Drowi Ch. udało się usunąć za pomocą sondy zwężenie, które się znajdowało w dolnej części przewodu łzowego.

Wicherkiewicz (z Poznania) zaznacza, iż kiła dziedziczna częścię bywa przyczyną zapaleń worka łzowego, aniżeli by się to zdawało i opowiada przypadek niedawno przez siebie leczony, w którym dopiero zapalenie mięszone rogówki (ker. parenchymaton) naprowadziło na ślad etyologiczny ropienia worka łzowego, które u czteroletniej dziewczynki zdrowo wyglądającej przeszło rok najrozmaitszymi środkami bezskutecznie prawie było leczonem. Kuracja antisyfilityczna zwrócona przeciwko zapaleniu rogówki usunęła względnie w dość krótkim czasie nie tylko ostatnie, ale także i cierpienie łzowe drugiego oka.

Daléj twierdzi *Wicherkie wicz*, iż łzawienie ma często swój powód w kurczowém zwężeniu samego punktu łzowego lub téż kanału. W takich razach jednokrotne zagłębienie miernie grubych sond nie rzadko radykalnie usuwa cierpienie.

Coppé z Brukseli pouczony postępowaniem pewnej dozorczyńi, która u dziecka mającego guz łzowy wysysała płyn z nosa i w ten sposób ułatwiała zupełne odpłygnięcie zawartości guza, posługiwał się z dobrym skutkiem metodycznym naciskiem na przewody łzowe.

Motaïs z Paryża bierze w obronę trwałe sondy i to dla takich przypadków, w których bądź to sposób leczenia, bądź to sprawa chorobowa spowodowała zwężenie przewodu.

Panas z Paryża daje krótkie ale bardzo pouczające zestawienie dawnego i nowego sposobu leczenia guzów łzowych.

Suarez de Mendoza mniema, że, jeżeli zboczenie punkcików łzowych jest powodem łzawienia, nie można się obyć bez nacięcia punktu łzowego, ale nacięcie to powinno dojść aż do spojówki gałki, inaczej operacja zamiast pomódz, zaszkodzi.

2. *Gillet de Grandmont z* Paryża mówił o operacyi wrodzonego zwieszenia powieki. W postępowaniu przez siebie wprowadzoném, stara się obok usunięcia zupełnego wady wrodzonej, także o uniknięciu blizny widocznej. Dla dokładnego ocenienia, o ile powieka winna być podniesioną, oznacza, gdy chodzi o jednostronne zwieszenie, różnicę pomiędzy zwieszeniem jednej i drugiej powieki w ten sposób, iż każe wpatrywać się choremu w daleki przedmiot, i mierzy u obu ocz różnicę odległości wolnych brzegów powieki od górnych brzegów oczodołowych. Prelegent wykonuje operacyją swoją jak następuje:

Przeciąwszy skórę powieki w odległości 3—4 mm. od wolnego brzegu i równolegle do tegoż i odłączwszy ją ku górze i dołowi, wycina mięsień a okrężny obnażywszy chrząstkę całą, nacina ją w całej grubości równolegle do wolnego brzegu powiekowego, a w odległość 2—4 mm. od tegoż. Z końcami tego cięcia łączy drugie wypukłe ku górze, a wysokość płata objętego dwoma temi cięciami winna stosować się do stopnia zwieszenia powieki. Płat tak opisany wycina wraz ze spojówką przylegającą. W końcu trzema nitkami katgutowemi zeszywa górny brzeg rany, czyli oczodołowo - powiekowy z dolnym czyli chrząstkowym. Szwami tymi nie obejmuje skóry, gdyż brzegi rany skórnej przylegają dostatecznie bez szwów. Cała operacyja polega na wycięciu chrząstko-mięśniowém.

Prelegent na jedném z późniejszych posiedzeń przedstawił przypadek ten na swój sposób operowany z skutkiem bardzo dobrym.

W dyskusyi przypomina *A. Dehenné* postępowanie *Dransarta* polegające na przeniesieniu działania mięśnia czołowego na powiekę za pomocą sztucznych ścięgień. *Wicherkie wicz* zauważa, iż postępowanie to było właściwie już wprzód poleconém przez *Pagenstechera* w r. 1881 na kongresie międzynarodowym w Londynie.

Boucheron zaznacza w kilku słowach swój sposób operowania zwieszenia powieki polegający na tém, iż po wywróceniu powieki przecina pasek chrząstki przylegający do mięśnia unoszącego powiekę i odłącza prawie całą chrząstkę z wyjątkiem brzegu rzęсового, a wyciąwszy jeszcze część mięśnia okrężnego kilku szwami, zbliża pozostałe paski chrząstkowe do siebie.

3. *Trousseau* chwali w krótkim odczycie znakomite własności nafty surowej w leczeniu zapaleń spojówkowych. Podnosi mianowicie to, iż nawet najwięcej chore oko doskonale środek ten znosi i w żadnym razie nie odczuwa po nim bólu. *Tr.* stosuje środek ten zapomocą pędzla lub téż szczoteczki na powierzchnię spojówki dobrze przewróconej i to 3—4 razy dziennie. Na zapalenie nieżytowe, spojówkowe przedewszystkiem korzystnie środek ten działa. Daléj zapalenie mieszkowe zmienia się szybko pod tym wpływem. W innych postaciach skutek okazuje się bardzo rozmaitym. *Dr. Tr.* przypomina iż, *Dr. Dubief* robił doświadczenia nad własnościami antyseptycznemi nafty i przekonał się, iż środek ten powstrzymuje rozwój drobinek powietrznych, a doświadczenia kliniczne wykazały, iż bardzo skutecznie działa przeciwko gonokokkom.

Millée z Paryża w części potwierdza z własnego doświadczenia orzecz-

nie prelegenta; także i Meyer, który od 2 miesięcy ze skutkiem stosuje naftę surową przeciwko nieżyłom spojówki.

Audibert przypomina, że nafta używana jest ze skutkiem pod nazwą oleju Gabiana w cierpieniach kataralnych dróg oddechowych i podnosi, że w celach leczniczych używać trzeba nafty surowej, a nie nafty handlowej, która oczyszczona kwasem siarczanym, zawiera części tegoż. (C. d. n.)



D. Feljeton.

Pogląd na stan sztuki lekarskiej w Indjach starożytnych.

Napisał

Dr. Wacław Zaremba (Pierzchno pod Środą).

(Ciąg dalszy.)

Lecz wróćmy teraz do płodu. Jak wszelkie inne ciało ludzkie, tak i płód zawierał w sobie cząsteczki pięciu głównych pierwiastków w odpowiedniej ilości do swej wielkości i wieku. One są pierwszą podstawą na której się ciało płodu rozwija, ogrzane i oświecone przez wstępującą duszę, która działa w nim na podobieństwo światła przez szkło pałace. Połączenie zaś wzajemne nasienia męskiego z krwią regularności, wywołuje w organizmie ciepło, potrzebne do dalszego rozwoju. Urodzenie bliźniąt, lub trójniąt, przypisowano działaniu wiatru wewnętrznego, który rozdziela czasami cząsteczki nasienia męskiego.

Niektóre choroby miały dziedzicznie przechodzić na dzień jak n. p. trąd, który zanieczyszczając nasienie i krew kobiety, wywoływał cierpienie rodziców u nowonarodzonych.

Stan płodu w macicy jest zupełnie podobny do krzaka na ziemi, naczynia bowiem płodu stoją w połączeniu ze ścianami macicznymi, przez które krew matki przepływając, żywi go i utrzymuje. Ponieważ zaś Hindowie peppek uważali za centrum ognia żywotnego, mniemali zatem, że dziecko pozostając w pobliżu owego centrum życiodajnego, tam ztąd czerpie potrzebny ogień i wiatr, który rozchodząc się w rozmaite strony jego ciała, przyczynia się także do formacji naczyń i wzrostu pojedynczych części i członków.

W pierwszym miesiącu ciąży mieszanka z nasienia i krwi, pozostaje w stanie płynnym i nieprzechodzi co do wielkości objętości ziarnka grochu polnego. W sześć dni po zapłodnieniu mieszanka ta przybiera kształt nadętego woreczka lub bańki, dziesiątego dnia pojawia się barwa czerwona, a w pięć dni później jest już podobnym płód, do kawałka okrągłego i czerwonego mięsa. Dalszy rozwój postępuje powoli i nieznacznie, tak jak księżyc gdy przybiera.

Drugi miesiąc wpływa na ukształtowanie się delikatnych niteczek czyli włosków i życie samodzielne objawiać się zaczyna. W trzecim miesiącu można już poznać płeć płodu przyszłą, który jeżeli ma być męskim jest okrągłym, jeżeli zaś żeńskim przybiera kształt więcej podłużny. Kształt przyszłego hermafrodyty jest zupełnie nieregularnym. W tymże miesiącu pokazuje się pięć wyrostków, jako zawiązki kończyn tj. nóg, rąk i głowy; powoli przyjmują one zwykłe swe kształty. Inne zaś części pod ten czas małeńkie tylko zaczątki okazują.

Czwarty miesiąc okazuje już serce płodu zupełnie ukształcone i członki pojedyncze wyraźnie się przedstawiające. Serce całkowicie wyrobione udziela siły i pewnego uczucia, powoli zaś pojawiają się także i pierwsze powroty umysłu a z niemi siły czynne, jak kurczenie się i wyciąganie i inne poruszenia. Warunki życia pozostają te same co i dawniej.

W piątym miesiącu siły umysłu wzmacniają się coraz więcej, życie staje się coraz silniejszym i więcej samodzielnym, usta, nos, oczy, przełyk i brzuch dokładnie ukształtowanymi się przedstawiają.

W szóstym miesiącu wszystko już jest ukończonym, a nawet jeżeli jeszcze nie sam rozum, to przynajmniej pewien zmysł rozpoznawczy płodowi się udziela.

W siódmym członki dochodzą do tego stopnia ukończenia, że funkcje swe są w stanie wykonywać, dziecko zaś posiada całkowite życie, umysł i rozpoznanie. Siła żywotna organizmu całego pomimo to, jest jeszcze niedokładną, co jeszcze i w ósmym miesiącu się uwydatnia i z tej też przyczyny mniemano, że dzieci zrodzone w siódmym lub ósmym miesiącu muszą koniecznie umierać.

Ósmy miesiąc był głównie przeznaczony na uformowanie się zupełne stawów, gdyż części żywszym ruchem wtenczas się odznaczają, a płód już potrzebuje znaczniejszego pożywienia. Siła jego jest podtrzymywana ciepłem nadanem mu przez matkę.

Dziewiąty przyczynia się jeszcze do wyrobienia umysłu i pamięci, którą dziecko wtenczas ma podobno posiadać. Ruchy wszelkie są zupełne, pokarm jeszcze od matki odbiera. Teoryja żywienia dziecka w żywocie matki była dwojaka; jedni utrzymywali że żywność dochodzi do dziecka za pomocą kanałów czyli naczyń z piersi matki które w tym celu są utworzone i aż do ust dziecięcia się ciągną, drudzy zaś trzymali się teorii, jaką i my obecnie jeszcze mamy, tj. że przez sznur pępkowy krew matki płynie do płodu i na tej drodze życie i siłę jego podtrzymywała. W dziewiątym miesiącu kobieta już się udać powinna, do umyślnie na ten cel pobudowanych domków, gdzie rozwiązania oczekiwać należy. Dziewiąty miesiąc jest najważniejszym dla płodu, gdyż w nim nabiera rozpoznania a nawet modli się już do Boga, ogląda siedem niebios, ziemię i części jej rozmaite pod nią położone (czy piekło?? przyp. Autora) Zapowiedzią blizkiego rozwiązania jest opuszczanie się całej ciężarnej macicy i zwiększona miękkość brzucha, to samo dzieje się z piersiami, które się zmniejszają i mięknią. Boleści porodowe zaczynają się w krzyżach, na wewnętrznej stronie nogi górnej i w lędźwiach, a następnie w bokach, przyczem płyn śluzowaty z pochwy wypływa.

Ciało rodzącej namaszczyć się winno oliwą i obmyć lub wykąpać w ciepłej wodzie. Za napój dawano odwar owsiany. Kobieta następnie kładzie się na wznak ze zgiętymi nogami w kolanach, Do pomocy cztery starsze i doświadczone kobiety się przybierają, które dobrze z obsługą około rodzących obznajmione być muszą, u rąk krótko obcięte paznokcie mieć mają.

Pochwa i całe przyległe części smaruje się rodzącej oliwą. Wydymanie podczas bóli porodowych było zalecanem i ztąd to urosło mniemanie u lekarzy indyjskich, że siła wypędzająca płód z miednicy na zewnątrz, jest wiatr organiczny matki — ten sprawia to samo, co cięciwa u łuku; której siłą strzała wyrzucana z wolna ku ziemi opada. Dziecię skoro tylko na świat przychodzi, zapomina wszelkie swe widzenia poprzednie, rozpoznanie niknie i wszelkie cudowne sny, jakie poprzednio prześniło w żywocie matki rozwiewają się zupełnie — to też jakby się obudziło z miłego snu, dziecko za swym pierwszym wstępem na świat, żal za minioną piękną przeszłością, płaczem zaraz objawia.

Według rachuby zatem szastrów, ciążarność dziesięć miesięcy trwać mogła i to zwyczajnych słonecznych czyli 300 dni. Powątpiewać jednakże należy, aby rzeczywiście tak długo trwać miała prawdopodobnie pochodziło to z niedokładnej rachuby, lub też z niedokładnego pojęcia o czasie i sposobie zapłodnienia.

Że płód pomimo odbieranego pożywienia w macicy, żadnych odchodów z siebie nie wydaje jak moczu i kału, przypisywano to brakowi wiatru organicznego, który przez cały czas ciąży we wnętrzościach dziecka się nie znajduje. Tak samo dziecko przed urodzeniem ani płakać, ani krzyczeć nie jest w stanie, mając usta założone skórą, w których przebywa i mając cały przewód oddechowy zamulony flegmą, która powietrza niedopuszcza. W macicy płód śpi, wszystkie zaś funkcje jego ważniejsze, przez matkę się odbywają.

Położenie dziecka w macicy jest skurczone, główka ku górze skierowana ustami zwrócona ku słupowi kręgowemu matki, ręce i nogi zgięte. Przy samym przodzie dopiero, wiatr stając się czynnym, przewraca płód do góry nogami, a tym sposobem główka naprzód postępować zaczyna.

Macica sama była wedle pojęć Hindów miejscem pobytu nader nieprzyjemnym, z powodu swej ciasnoty i ciemności wiecznie panującej. Bramini nawet uważali ją za rodzaj przedwstępnego czyścica.

Znaki zapowiadające płęć mającego się narodzić dziecka były rozmaite, pomiędzy innemi uważano, w której piersi najpierw pokarm się ukaże, jeżeli w prawej, dziecko będzie męskie, jeżeli w lewej żeńskie. Tak samo oko ciężarnej kobiety, prawe się powiększało na płęć męską, lewe na żeńską. Obok tego kobieta więcej okazywała pociągu do pożywienia silnego męskiego, śniło jej się często o liljach wodnych, a usta jej, jeżeli nosiła w sobie płód męski, i powieki nabierały ładnej czerwonej barwy. Dalej kształt macicy dozwalał wnioskować i tak był więcej owalnym z żeńskim płodem, więcej zaś okrągłym z męskim. Bliźnięta poznawano po lekkim wyżłobieniu, idącym przez środek brzucha. Jeżeli zaś obadwa boki brzucha były więcej wciągnięte, lub spłaszczone, dolna zaś część więcej wystająca ze spłaszczenia w samym środku, natenczas prorokowano hermapodytę. Części kostne, twarde, miały wszystkie pochodzić z nasienia męskiego, do tych zaliczano kości, zęby, naczynia, paznokcie, włosy i wiązadła, kształtem swym już w dziecku przypominają, lub są podobne bardzo do ojcowskich. Części zaś miękkie, jak krew, mięśnie, tłuszcz, wnętrzości, mózg i szpik w kościach, pępek, śledziona, wątroba, serce, głównie z cząstek krwi matczynęj się składają, biorąc z nięj materyjał potrzebny do swego rozwoju i wzrostu. Porost włosami na ciele, przypisywano naturalnemu położeniu dziecka w macicy, uważano bowiem, że w razie nienaturalnego położenia, włosy także na innych, aniżeli zazwyczaj częściach ciała ukazywać się mogą. Wielki wpływ na całą przyszłość dziecka wywiera stan moralny, w jakim się matka w czasie ciąży znajduje, od tego bowiem należą wszelkie późniejsze dobre lub złe skłonności i czyny, tak n. p. jeżeli kobieta jest szczęśliwą, dziecko jej w późniejszym wieku również szczęśliwem i tylko dobru przymiotami odznaczać się będzie.

Wpływ duszy na płód jest dość znaczny, od nięj zależy znajomość nauki i sztuki w przeszłości, od nięj szczęście lub nędza w życiu, to zaś znowu jest bardzo zależnem od dobrych lub złych czynów rodziców, nawet przed poczęciem dziecięcia.

Sila zaś cielesna, rozwój organizmu, kolor ciała i długość życia, zależało głównie od pożywienia, jakie matka przyjmuje, z tego bowiem tworzy się sok żywotny, odpowiadający naszemu „chylus“ limfie, którą zmieniając swą ilość i jakość wedle gatunku i masy pożywienia, rozmaite także skutki na płód wywiera.

W embryjonie pięć elementów pierwiastkowych t. j. ogień, woda, powietrze, ziemia i para ważne mają znaczenie. Za pomocą wiatru czyli powietrza pojedyncze członki się rozdzielają i są niejako wypychane z całości; ogień przygotowuje pojedyncze części składowe, do ukonstytuowania się; woda je zwilża i służy do nadania im pewnego kształtu; ziemia tam gdzie potrzeba wzmacnia i w twarde zamienia; para zaś względnie eter (akasza) powiększa całość.

Jakkolwiek kształt płodu jest zupełnie nieforemny z początku i podobnym jest, jak wyżej powiedzieliśmy, do kawałka surowego mięsa, to przecież już w tym niekształtnym zawiązku są ukryte pierwiastki tak samo władz duchowych jak i cielesnych człowieka. Które części płodu najpierw się urabiają, Hindowie dobrze osądzić nie mogli, a ztąd też pochodzi wielka rozmaitość zdań pod tym względem. Brak wszelkich wiadomości pozytywnych z embryjologii jest tego przyczyną. Teoryi co do rozwoju płodu było bardzo wiele i tak *Danwantari* w *Susrucie* utrzymuje, że właściwie wszystkie części i członki organizmu w jednym czasie się rozwijają, pomimo, że są bardzo małe i powoli tylko w swym rozwoju postępują. *Susruta* przyrównuje wzrost płodu do młodocianej lodygi bambusu, który nosi na sobie wszelkie zawiązki, chociaż bardzo małe przyszłej rośliny. *Saunaka* powiada, że najpierw formuje się głowa, jako część najważniejsza całego ciała. *Kritabirya* utrzymuje, że serce jako siedlisko duszy i zmysłów. *Parasary* że pępek jako centrum, z którego wszelkie inne części się rozrastają. *Markandeya*, *Subhuta*, *Gautana*, twierdzili, że kadłub cały, ponieważ z niego dopiero reszta członków wyrasta. Oprócz wymienionych, inni znowu mniemali, że ręce i nogi, jako czynne członki i t. p. By jednakże czytelnikom dać pogląd na wyobrażenia o embryjologii, jakie ogólnie u lekarzy w Hindostanie panowały, podamy głównejsze ich punkta.

Najpierw gdy płód dojdzie w początkach swych do pewnego stopnia rozwoju, formuje się punkcik krwi i ten staje się zaczątkiem najpierwszym naczyń krwionośnych. Naczynia te rozchodzą się, zanim cała ich sieć istniejąca w ustroju się rozwinie, w trzy strony, na prawo, na lewo i na ukos. Krew w naczyniach krążąca jest materyjałem, z którego się wykształcają mięśnie, z tych znowu formuje się tkanka komórkowata i tłuszcz, z tkanki téj kości, z kości w nich zawarty szpik, a z tego dopiero na ostatku, u mężczyzny nasienie (sperma). Z części organizmu płodu głowa najpierw się ukształca, przyczém włosy na niej długo na siebie czekać nie dają. Rozwój głowy następuje również w pewnym przepisany porządku, ten zaś jest następujący: czoło, brwi, gałki oczne, a w nich źrenica i białko, potem powieki razem z dolnemi częściami naokoło oka. Następują potem uszy, których rozwój postępuje od środka, tak, że na końcu dopiero ucho zewnętrzne się ukazuje. Dalej idą nos, wargi razem z ustami, zębami, podniebieniem, policzkami, górną i dolną szczęką i brodą. Po ukształceniu się głowy idą części pod nią położone, najpierw kark jako podstawa głowy, dalej barki razem z rękoma i palcami, potem piersi a wreszcie brzuch i tak dalej do samego końca.

Ten jest ogólny zarys rozwoju płodu, rozwój zaś szczegółowy pojedynczych części był następujący: Z istniejącego już tłuszczu, mięśni i krwi, tworzą się piersi i tłuszcz w brzuchu zawarty. Pierwsze naczynia, o których poprzednio mówiliśmy, obiera sobie pierwsze swe siedlisko w pępku i w miednicy, a u kobiet w zewnętrznych wargach wstydlivych. Pierwiastki ciała już nagromadzone w płodzie, przyczyniają się w rychłym czasie do rozwoju zmysłów. Z wewnętrznych organów tworzą się najpierw wątroba i śledziona z krwi, ze szumowin krwi wyrabiają się płuca, wnętrzności zaś brzuszne jak żołądek i t. d. z nieczystości jakie krew z siebie wydziela. W brzuchu więcej ku prawej stronie, rozwija się pęcherz moczowy, korzeń naczyń moczowych i siedlisko pragnienia.

Tak samo z krwi formuje się pęcherz żółciowy, który z razu napelnia się wiatrem. Tworzenie się zaś wnętrzności brzusznych, wystawiano sobie, przychodzące do skutku przez zetknięcie się krwi nieczystej i flegmy, które przez ogień wewnętrzny zgęszczone nabierają stalszej formy, w to wchodzi wiatr i ten ostatecznie wyrabia jelita, kiszkę odchodową i pęcherz moczowy. Język zawiera w sobie cząstki krwi, flegmy i mięsa i z nich się wytwarza. Tak samo i jądra u mężczyzny z tychże samych pierwiastków się składają z dodatkiem tłuszczu, one są podstawą i punktem wyjścia dla wszystkich naczyń i kanalików przeznaczonych do wyrobienia nasienia i przeprowadzenia go przez prącie na zewnątrz.

Serce tworzy się z części treściwszych krwi i flegmy, jest centrum wszelkich żył tamże się schodzących, a zarazem i siedliskiem duszy i inteligencji; podobieństwo ma do lilii wodnej, która swój kielich ku dołowi zwraca. Podczas czuwania, serce rozwija pełną swą czynność, we śnie powoli się porusza i staje ociężałem.

W rozwoju reszty części ciała główną wiatr gra rolę. On w połączeniu stosownem z gorącym wewnętrznym, rozdziela części miękkie, tworzy tym sposobem kanały i przyczynia się do odłączenia jednych mięśni od drugich. Kanałki potworzone napelniają się szpikiem, a z tego później powstają nerwy. Dodać tu musimy, że mózg i mlecz pacierzowy, nie były wcale uważane przez pierwotnych mędrców indyjskich, jako samodzielne organy, lub téż, iżby miały jakiekolwiek wielkie przeznaczenie w organizmie, przeciwnie mniemali, że mózg i mlecz nie są niczem innem jak tylko szpikiem kości, głowy i słupu kręgowego. Wszelkie jamy wewnątrz ciała położone także przychodzą do skutku przez wiatr, on przez rozdzielenie miękkich części je tworzy.

Ten jest mniejwięcej obraz jaki Hindowie o rozwoju ciała sobie utworzyli. Jakże mieli dane, by ten obraz nakreślić, trudnem jest teraz odgadnąć. Najpewniej nie samodzielne badanie i nie oko pilnego spostrzegacza ich wiodło, lecz dawna tradycja, która z małemi zmianami wszędzie w szastrach się zachowała.

Wszelkie warunki późniejszego swego życia cnotliwego, lub niemoralnego, dziecie z sobą już na świat przynosiło. Dusza dziecka miała jedynie wpływ na jego wiedzę, na szczęście lub nieszczęście i na bystrość zmysłów; reszta zaś, jak siła, zdrowie, pamięć, zależała od zachowania się rodziców pod względem duchowym.

wym i cielesnym i od pożywienia przez nich używanego. Ponieważ zaś Hindowie przypuszczali, że dusza dziecka niepotrzebuje być pierwotnie od bóstwa mu nadaną, lecz że może dawniej w jakim inném stworzeniu już istniała, mniemali zatem, że długość życia, nabycie bogactw i innych warunków zewnętrznego szczęśliwego życia, zależą także od złych lub dobrych postępów i czynności, jakie tu dusza podczas pierwszego swego wcielenia się popelniała. (C. d. n.)

E. Zapiski lecznicze.

87. **Cortex monesiae.** Rosanow z Moskwy stara się w swój dyssertacyi zwrócić uwagę na zaniebany w farmakologii nowoczesnej środek z Brazylii, w handlu pod nazwą *guaranhem*, w aptece pod nazwą „Cort. i Extr. Monesiae“, dawniej bardzo cieszący się powodzeniem. (Zaniebanie tłumaczy się tém, że dotąd nie wiemy, z jakiej rośliny pochodzi. — W *Dictionnaire de medecine* Littrégo i Robina podano, że prawdopodobnie pochodzi z gatunku mydlenicy, (*Chrysophyllum glycyphleum*) [Przyp. ref.]. Autor podnosi własności wykrztaszające i ściągające (expectorans et adstringens) jego składników (monesyiny i saponiny) w cierpieniach kataralnych dróg oddechowych i kiszek, w rozwolnieniach itd. Używał na dzień 2,0 Extr. Monesiae z dobrym skutkiem. (O zewnętrznym użytku tego środka, bardzo do tego celu zachwalonego, nie podaje własnych spostrzeżeń). *Wracz* 1890, No. 49.

88. **Jaja w enemkach odżywczych** (Naehrklustiere) mogą być wessane, jeżeli się dobrze mięsza i do powstałej w ten sposób zawiesiny doda 1.0 soli kachennej na 1 jajo. -- Spół sposób ten podawany już przez Voita, Eichorsta i Bauera. Obecnie Armin Huber (*Deutsch. Arch. f. kl. Med.* Bd. 47, 5—6 Heft) sprawdził jego wartość w pracy bardzo gruntownej. Wody letniej dodaje się na 3 jaja 100 do 200. Taka enemka nie drażni mimo dodatku soli. Rurki używa się długiej, miękkiej a wlewa się bardzo powoli.

89. **Podwiązanie żyły odgoleniowej podskórnej** (venae saphenae), ten w starożytności już znany, lecz zaniechany sposób leczenia żyłaków i owrzodzeń na goleniu, wskrzesił F. Trendelenburg (*Beitr. z. kl. Chir.* Bd. VII 2 H.) Tłumaczy on doskonale a zadziwiająco prędkie skutki tego sposobu leczenia tém, że przy niedomykalności zastawek w tej żyły, a braku ich zupełnym w wyższym dośrodkowym biegu żył nadmierne ciśnienie krwi w rozgałęzieniach żylnych golenia w położeniu stojącym chorego jest przyczyną niegojących się niezłom owrzodzeń. Sama operacyja jest łatwą i nie niebezpieczną. Od 10 lat Trendelenburg w ten sposób w wielu wypadkach stanowczo wyleczył.

90. **Leukoplakia oris.** Miller (*Verhandl. d. odontol. Ges.* Bd. 2) usunął to uporeczywe cierpienie w jednym wypadku zakazem palenia cygar; w ciągu $\frac{1}{2}$ roku znikło cierpienie zupełnie. W innym wypadku pomogło obok tego zakazu pędzlowanie alunem 1, tanniną 2 i gliceryną 50. Rosenberg polecił pędzlowanie balsamem peruwiańskim chorych części 1—3 razy dziennie przez 3—5 minut. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1891, No. 16.)

91. **Enteroklyzy Cantaniego** polecane na X międzynarod. kongresie 1890, do leczenia kiszek powinny być używane przy wielkim ciśnieniu (2—4 m. nad łóżkiem) i wtedy przechodzi woda nawet przez zastawkę Bauchina i może się dostać aż do żołądka. Można wypłukać cały trakt kiszkowy z produktów fermentacyi, ptomainów. Z wszystkich antyseptyków dla kiszek najważniejszym kw. garbnikowy ($\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{10}$), który ptomainy czyni nieszkodliwymi, a bakteryi czynność tamuje (np. cholerycznych). Poleca on te irygacyje garbnikowe w cholerze, katarach i biegunkach w dysenteryi dodaje gum. arabic., a przy bolesności wielkiej daje 1— $1\frac{1}{2}$ oliwy zamiast wody. Na tyfus abdom. można w początkach działać abortywnie. — Dawał 10.—50.0 Acid. carbol i 1,0 chin. mor. na 2000. wody zimnej. — W późniejszych okresach nie daje tego.

92. **Pigulki na krwioplucie.** Guéneau de Mussy daje: Extr. Hyoseyami 0,3, Pulv. Digitalis 0,7, Ergotini, Extr. Ratanh. ana 5,0 i f. pil. No 40. S codzień 4—6 pigulek. *D. med. Wochenschr.* No. 11.

93. **Fluoroform.** Chemik francuzki, Meolaus znalazł sposób wyrabiania tego związku analogicznego do chloroformu. Jest to bezbarwny gaz miłego zapachu (*Monthly journal of. pharmac. D. med. Ztg.*) Jakiej są jego własności, nie wiemy. Prawdopodobnie silny to przeciwnieślny środek.

94. **Phenocollum hydrochloricum**, nowy środek przeciwgorączkowy i przeciwgośćcowy czyli chlorek amidoacetoparafenydyny czyli fenokolu jest białym proszkiem słono - gorzkiego smaku w wodzie łatwo się rozpuszczającym. Dany w dawce 1,0 obniża ciepłotę o $1-1\frac{1}{2}^{\circ}$ w paru godzinach na 2 godzinę. Dając 5,0 w ciągu dnia, można gorączkę cały dzień obniżyć. Używany w tej samej dawce (5,0) na dzień w gościec stawowym zmniejszał bolesność w stawach. W ciężkim wypadku rzeżączkowego gościa nie działał ani na cierpienie stawowe ani na gorączkę. Mocz zwykle wtedy staje się ciemnym i ciemnieje na powietrzu jeszcze bardziej, ale zresztą nerki od tego nie cierpiały. Robione przez J. Hertla w klinice Gerhardta doświadczenia zachęcają do dalszych prób. *D. med. Wochenschr.* No. 15.

95. **Skutki dłuższego żywienia pokarmem mało białka zawierającym** przedstawił J. Munk w fizyol. tow. berlińskim. Jeżeli żywione w ten sposób zwierzęta otrzymywały dostateczną ilość innego pokarmu, odpowiadającą więc całkiem ilości kalorii im potrzebnych, wyglądały i miały się dobrze przez 4—5 tygodni. W ciągu 6-go jednak występowały już zmiany później coraz mocniejsze. Wyzyskanie pokarmu, mianowicie tłuszczów, stawalo się coraz mniejszym, trawienie coraz gorszym. Równowaga wymiany azotu upadała; ilość wydalonego z moczem azotu stawala się większą; zwierzę chudło a w 9-ym tygodniu zaczęły występować porażenia, które jednak znikły, skoro przeszedł do pożywniejszego, tj. więcej białka zawierającego pokarmu. Podobne doświadczenia zrobił T. Rosenheim. Psy podobnie pasione przez 8 tygodni były w zupełnej równowadze wymiany azotu, dopiero 9-go tygodnia zaczęły słabnąć, przestały trawić tłuszcze, a 11-go zdychały na zagłodzenie.

Przy sekcji zauważył stłuszczenie gruczołów wzdłuż kanału pokarmowego i raz stłuszczenie wątroby. — Pierwsze dostatecznie nami tłomaczy upośledzenie trawienia, drugie może było skutkiem jakiejś przyplątanej zakaźnej choroby(?) niedostrzeżonej. To pewna, że odporność organizmu niedostatecznie białko otrzymującego zmniejsza się. Doświadczenia te są bardzo ważne ze względu na ich znaczenie społeczne. I ludzie długi czas pozbawieni żywności dostatecznie białka zawierającej zapadają na zdrowiu, a pierwszym zwykle objawem tego charłactwa jest niemożność przyswajania tłuszczów, podczas gdy węglowodany dłużej bywają przez takich ludzi znoszone i stawają się wyłączną strawą takich zagłodzonych. Gdy jednak dość wcześnie powrócą do obfitującej w białko żywności, wtedy wnet i assimilacja tłuszczów się poprawia. (*D. med. Wochenschr.* No. 15.)

96. **Którego z nowych środków przeciwgorączkowych najlepiej używać u dzieci?** Prof. Demme z Berna (w Szwajcaryi) jest zdania, że przy gorączkach kilkodniowych między $38,5^{\circ}$ a $39,5^{\circ}$ C. najlepiej nie używać wcale żadnego z nich a zadawałniać się po prostu obwijaniem dzieci mokrém prześcieradłem co godzinę lub dwie i że kąpielami $26-28^{\circ}$ R. po 5—10 minut (raz lub dwa razy na dobę) najlepiej się zwalcza niepokój i bezsenność średnio gorączkujących dzieci. Tylko przy wyższych ciepłotach ucieka się do aptecznych antypyretyków, stosuje nie tyle wedle wysokości gorączki, ile wedle charakteru choroby i sił chorego. Podług Demmego najlepiej jeszcze znoszą leczenie obniżającymi gorączkę lekami chorzy na tyfus brzuszny, na gościec stawowy (Polyarthritus rheumatica acuta) i na uporeczywie postępującą bronchopneumonię, podczas gdy stanowczo lepiej zazwyczaj zaniechać całkiem w dyfteryi, w wysypkach ostrych (szkarlatynie, odrze) i przy prostém zapaleniu płuc włóknikowém (pneumonia crouposa). U takich chorych nigdy prawie nie używa on kąpiei właściwie ochładzających, ale za to z zupełnie dostatecznym skutkiem polecał kąpiele letnie (26° R.); w wypadkach zaś śpiączki i sinicy twarzy przydaje do tego przerywane polewanie wodą, o $3-4^{\circ}$ C. chłodniejszą, głowy i karku chorego dziecka.

Co się tyczy najwłaściwszego leku aptecznego, to przy polyarthritus rheumatica, o ile żołądek na to pozwala, stosuje D. najchętniej salicylan sodu i to dając dzieciom 2—4-letnim 0,5—1,0 na dzień, 5—10-letnim 1,0—2,0, starszym zaś (do 15 r.) 2,5—3,0 dziennie; jeżeli zaś dziecko nie znosi tego środka, np. wymiotuje po nim, lub okazuje skłonność do rozwolnienia, w takim razie daje zamiast niego salol: dzieciom 2—4-letnim 3 razy na dzień 0,25—0,35; dzieciom 5—10-letnim 0,5—0,75 3—4 dziennie; dzieciom zaś starszym po 0,75—1,0 tyleż razy.

W tyfusie brzuszny najlepsze jeszcze widział skutki po stosowaniu „thallini sulfurici.“ Dawał ten środek sposobem Erlicha i Laquera co dwie godziny: dzieciom 3—4 letnim 0,01, dzieciom 5—10-letnim 0,02, starszym 0,03—0,05.

W bronchopneumoniach przewlekających się i tak często zaostrzających się w pierwszym okresie aż do 41° C. ciepłoty najodpowiedniejszą wydała mu się antipyryna w wodzie z koniakiem i cukrem. Środek ten prawie nigdy go nie zawodził, — choć nigdy więcej nie dawał naraz, jak 0,2—0,4 dzieciom 2—4-letnim, 0,5—0,75 5—10-letnim, a starszym 0,8—1,0

co godzinę, kilka proszków (2—3) z rzędu. Większe dawki antypyryny są zbyt szkodliwe dla trawienia. W dalszym zaś przebiegu bronchopneumonii dziecięcych, gdy gorączka przybiera postać już hektyki (rano opada znacznie, a pod wieczór zwyżka), najpożyteczniejszą okazała się chinina i to w dawce 0,2—0,4 dla dzieci 2—4-letnich, 0,5 dla 5—10-letnich, 0,75 do 1,0 dla starszych naraz.

Antifebryny używał D. mniej w bronchopneumonii, ale za to okazała mu się najskuteczniejszą u gorączkujących mocno suchotniczych dzieci; dawał jej 0,05—0,075 dzieciom 2—4-letnim, 0,1—0,2 dzieciom 5—10-letnim, a starszym 0,2—0,3. Po antifebrynie mniej zauważył wysypianie się osutek polekowych (Arzenei-exantheme), aniżeli po antypyrynie.

97. **Salol w praktyce dziecięcej** przeciwko rozwojowi najrozmaitszym (cholera infantum, tuberculosis, typhus, malaria itd.) można używać bezpiecznie w następujących dawkach: dla ssących niemowląt dając 0,0015—0,002; dla dzieci niżej 2 lat 0,0025—0,005 kilka razy dziennie, starszym dzieciom do 1,0 na dzień. U dorosłych wypada dawkę nieraz powiększyć do 3,0. — Najlepiej dawać salol w miészance kleikowej; a dobrze jest połączyć to leczenie z irygacjami kiszek antyseptycznymi, n. p. 1% resorecyny, 3,0 kw. borowego, 1% kreoliny, 1—2% naftolu.

98. **Teoryje leczenia blednicy żelazem mimo niewessalności jego soli.** Na wytiomaczenie niezawodnego faktu skuteczności dużych dawek żelaza i jego soli w blednicy, t. j. chorobie odznaczającej się ubytkiem hemoglobiny — mamy obecnie już aż trzy teoryje. Jedna Bungego przypuszcza u chorych na blednicę siarkowodor (SH₂), przez co się w alkalicznym soku kiszek strąca hematogena pokarmów w postaci siarku żelaza. Zadanie soli żelaznych w wodach mineralnych i aptecznych lekach zadawanych byłoby nie inne, jak wiązanie siarkowodoru, przezco się chroni hematogena od niszczenia i wessanie jej się ułatwia. Landweher znów przypuszcza w blednicy nadmierne wytwarzanie się mucyny; powleczone nią błona śluzowa kiszek nie zdoła wessać pokarmów należycie. Przetwory żelaziste łącząc się z mucyną, usuwałyby ją z kiszek wraz z kałem, przezco hematogena w pokarmie przyjmowana łatwiejby została wessana. Kobert postawił inną teoryję „farmakologiczną.“ W blednicy przeszkadzałoby wessaniu hematogeny pokarmowej niedostateczne ukrwienie śluzowej kiszek. Pobudzające napływ krwi do niej działanie przetworów soli żelaznych lub manganowych usuwałyby tę niedokrwistość śluzowej kiszek na pewien czas i ułatwiałoby wessanie pokarmów. Która z teorii jest najbliższą prawdy? Trudno powiedzieć. Może we wszystkich trzech coś się jej mieści.

Bywają wypadki, na które Hoesslin zwłaszcza zwrócił uwagę, utraty krwi wskutek erozji i owrzodzeń na niedokrwistej śluzowej kiszek. W tych wypadkach należy unikać przetworów mogących nadto drażnić błonę kiszgową. W tych razach przydadzą się albuminaty lub peptonaty żelaza lub manganu, albo też amara (cetrarna 0,1). Według Koberta nigdy alkaliscencyja krwi w blednicy nie była powiększoną (a Graber?). Wobec poleconych znowu świeżo krwi upustów w blednicy (Wilhelmi) przypuszcza Kobert u bledniczych we krwi obecność składnika niszczącego hemoglobinę lub niedozwalającego wyrabiania się nowej. W takim razie upust krwi, uprowadzając część tej trucizny pomagałby tak długo, póki się znowu nie nagromadzi.

99. **Do miejscowego znieczulenia** używa Dobisch, rozpylając przez 1 minutę na skórę, gdzie operacja ma być zrobioną, następującego rozczynu: Chloroformii 16,0, Aeth. 15,0, Menthol. 1,0.

100. **Zasady leczenia racyjonalnego nowotworów złośliwych.** Pod tym tytułem ogłosił w *Przegl. lek.* No. 14 prof. A. Adamkiewicz dalszy ciąg swoich spostrzeżeń nad jadowitością raków oraz wynik swych obserwacji 4 wypadków raka wargowego w których swoim nie ogłoszonym dotąd sposobem leczył. Obserwacje te robił na oddziale prof. Obalińskiego i w klinice prof. Korczyńskiego. Z ogłoszenia tego wynikałoby, że pod wpływem tego „racyjonalnego“ leczenia nie tylko przerzuty (w gruczołach limfatycznych) znikają, ale że i w samych pierwotnych nowotworach zanikają komórki rakowe; a że wyleczenie ostateczne jest tylko kwestyją czasu. — Szkoda tylko, że wymienieni dwaj profesorowie, którzy mu materiały do spostrzeżeń udzielili, w No. 15 „Przegl. lek.“ wymawiają się od wszelkiej odpowiedzialności za wnioski z tych doświadczeń wysnute. — Tymczasem wszystkie prawie niemieckie gazety lekarskie przedrukowały według sprawozdania akad. umiej. w Wiedniu komunikat tymczasowy Adamkiewicza. Oby tylko nie za wcześnie!

101. **Wstrzykiwania surowicy psiej w tchawicę.** Pisaliśmy już (Nr. 3, str. 130) o wstrzykiwaniach tych pod skórę suchotnikom. Wyniki nie były zadowalniające. Saint-Hilaire i Coupard spróbowali wstrzykiwać surowicę z psiej krwi w tchawicę, najprzód na

królikach, i to do 4 kbem. w ciągu 2 minut. Nie zauważywszy złych następstw, zastosowali wstrzykiwania te u ludzi w tej samej dawce: a mianowicie u młodego suchotnika, którego stan ogólny przytęm się poprawił, a owrzodzenie w krtani zgoiły. Prątków gruźliczych w płwoci nie udało się jeszcze usunąć. *Le semaine méd.* 1891, No. 6.

102. **Antituberculinum depuratum.** Pod tą nazwą zachwala prof. Klebs preparat zresztą całkiem ten sam, co polecany przez Kocha, ale przesączony staranniej, a więc wolny całkiem od wszelkich prątków zabitych ogrzewaniem, w nadziei, że da lepsze wyniki leczenia, a mniej przykrych niespodzianek, aniżeli tamten.

F. Rozmaitości.

Od przewodniczącego komitetu wystawowego VI. zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie odbieramy następujące pismo:

Wielmożny Panie Redaktorze!

Proszę uprzejmie o łaskawe zamieszczenie w kronice Swego Szanownego pisma następującej odezwy:

Wystawa prac literackich, przyrodniczych i lekarskich. Pierwszy oddział na wystawie przyrodniczo-lekarskiej, która się odbędzie podczas zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w lipcu rb. ma objąć według uchwalonego przez komitet programu, pisma peryjodyczne przyrodnicze, lekarskie, technologiczne i techniczne w rocznikach i numerach pojedynczych, wydawnictwa książkowe peryjodyczne ilustrowane i nieilustrowane, dzieła traktujące o jakiegokolwiek gałęzi z nauk przyrodniczych lub lekarskich, jakoteż rozprawy większe i mniejsze z tychże nauk i wszystkich z nimi związek mających a w ostatniem dziesięcioleciu t. j. od roku 1881 włącznie, aż do dni dzisiejszych wydane. Gdy w obec ogromu przedmiotu mającego się zestawić i braku adresów pojedynczych autorów lub wydawców, niepodobną jest rzeczą wysłać osobiste zaproszenia do obślania tego działu wystawy, uprasza komitet wystawowy na tej drodze wszystkich tych przyrodników i lekarzy, którzy w okresie wspomnianym drukiem prace swoje ogłaszali, aby je zechcieli do dnia 20 czerwca rb. do komitetu wystawowego (Dr. Sliwiński, Mikołajska 4) zgłosić, a do dnia 10 lipca rb. na wystawę nadesłać, gdyż w ten tylko sposób będzie ich można umieścić w katalogu wystawy, który ma być dokładnym obrazem literackiej działalności polskich lekarzy i przyrodników. Nadesłanie zgłoszeń w tym dziale wystawy leży więc najwięcej w interesie autorów, nie powinni się też, zdaniem komitetu od obślania wystawy ociągać, gdy do wspólnego dzieła przykładając, dają tem samem sposobność do zrobienia obrachunku wielkiej dla naszej literatury doniosłości.

Wszystkie pisma polskie prosimy o powtórzenie niniejszej odezwy.

Przewodniczący komitetu wystawowego.

Dr. Michał Sliwiński.

Poniżej umieszczamy uchwałę komitetu gospodarczego tegoż zjazdu zapadłą na jednym z ostatnich posiedzeń, zachęcając szanownych czytelników naszych, ażeby nie tylko sami, ile możności do uświetnienia wystawy przyczynili się, ale nadto strony interesowane o znaczeniu tej wystawy pouczyli i do obślania jej zachęcili. Oto:

Program Wystawy Przyrodniczo-lekarskiej w Krakowie w r. 1891.

Celem wystawy jest przedstawić ogółowi publiczności a zebranym na Zjeździe lekarzom i przyrodnikom w szczególności ruch naukowy w piśmiennictwie przyrodniczem i lekarskiem, owoce badań umiędzynarodowionych, środki naukowe pomocnicze, jakimi obecnie się posługujemy, tudzież wszystko, co z gałęzi przemysłu i rękodzielnictwa z naukami przyrodniczymi i lekarskimi w związku pozostaje, co się w kraju wyrabia, a więc nie potrzebuje być z zagranicy sprowadzane. W ten sposób mamy się rozpatrzeć, czego nam jeszcze brakuje, a jakie są zalety i niedostatki w tém, co już posiadamy.

Przedmioty więc kwalifikujące się do wystawy są następującego rodzaju:

I. Pisma peryjodyczne przyrodnicze, lekarskie, technologiczne i techniczne

w rocznikach i numerach pojedynczych, wydawnictwa książkowe peryjodyczne ilustrowane i nieilustrowane. Dzieła traktujące o jakiegokolwiek gałęzi z nauk przyrodniczych lub lekarskich, jakoteż rozprawy większe i mniejsze z tychże nauk i wszystkich z niemi związek mających. (Wystawione być mogą tylko rzeczy wydane w ostatnim dziesięcioleciu t. j. od roku 1881 włącznie.) Diagramy, kartogramy i mapy z zakresu demografii, fizjografii, statystyki zdrowotnej, higienicznej i zdrojowej, plany szkół, łazienek, rzeźni, szpitalów, rozmaitych zakładów dobroczynnych, higienicznych urzędzeń w fabrykach i pracowniach rękodzielniczych. Drzeworyty, litografie, sztychy, fotografie i inne sposoby odwzorowywania przedmiotów, mających związek z naukami przyrodniczymi i lekarskimi.

II. Wszelkiego rodzaju przyrządy fizyczne, matematyczne, mechaniczne itp. modele, plany: rysunki lub opisy, będące owocem samodzielnej pracy wynalazczej polskiej, zdolne przyczynić się do wytworzenia obrazu, o ile można zupełnego, historii działalności wynalazczej Polaków.

III. Środki naukowe pomocnicze, okazy flory, fauny, skamielin rozmaitych pokładów. Górnictwo. Hutnictwo. Preparaty anatomiczne i anatomopatologiczne sztucznie przechowywane. Zbiory preparatów mikroskopowych. Okazy przyrodnicze i wyroby anatomiczne sztuczne z różnych materyjałów (masa, воск, gips etc.). Okazy i modele z zakresu techniki naukowej różnych gałęzi umiejętności przyrodniczych i lekarskich, higieny i technologii.

IV. Przetwory chemiczne. Wyroby chemiczno-technologiczne. Leki surowe krajowe. Wyroby farmaceutyczne fabryczne, jako to: czekolady lekarskie, kapsułki, kołaczyki i t. p. Wyroby wchodzące w zakres „Pharmacopea elegans”. Przemysł aptekarski. Kosmetyki, o ile skład ich znany urzędowi zdrowia. Wyroby przemysłu zdrojowego, jako to: Wody mineralne polskie, ługi, sole i wszystkie inne przetwory z takowych wyrabiane.

V. Pokarmy i napoje świeże, surowe i przerabiane. Konserwy. Jarzyny suszone z przedstawieniem sposobów suszenia i konserwowania. Napoje i trunki zdrowotne. Zestawienia fałszowań potraw i napojów. Środki desinfekcyjne. Przyrządy gimnastyczne i wszystkie inne służące do utrzymania i poprawy wzrostu i siły.

VI. Narzędzia anatomiczne, chirurgiczne, okulistyczne, położnicze i semiotyczne. Opaski. Przyrządy ortopedyczne, elektrolekarskie, balneotechniczne, higieniczne. Narzędzia weterynaryjne. Przyrządy chemiczne, fizyczne, optyczne, meteorologiczne i astronomiczne.

VII. Przyrządy i materyjały do pielęgnowania chorych. Nosze, wózki, namioty, baraki, wozy szpitalne, wagony, jakoteż przyrządy i materyjały do ratowania publicznego.

VIII. Wszystkie inne przedmioty, które się nie dały pomieścić w powyższych działach, a mające związek z naukami przyrodniczymi i lekarskimi.

Uchwały komitetu gospodarczego zjazdu obowiązujące obustronnie, tak komitet wystawowy jak i wystawców:

1. Wystawa przyrodniczo-lekarska i wynalazków naukowych polskich odbędzie się w Krakowie w lipcu r. b. w salach szkolnych gimnazjum św. Anny.

2. Uroczyste otwarcie wystawy nastąpi 17 lipca, t. j. w dniu otwarcia zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, zamknięcie dnia 26 lipca t. r. Rozdanie nagród dnia 20 lipca podczas ostatniego publicznego posiedzenia zjazdu.

3. Jako nagrody przeznaczył komitet: Dyplomy honorowe, medale srebrne, medale brązowe i listy pochwalne.

4. W wystawie mogą brać udział tylko przemysłowcy polscy.

5. Sędziowie (Jury) wybrani zostaną większością głosów członków obecnych na pierwszym publicznym posiedzeniu zjazdu z grona członków, uczestników, lub z poza grona stosownie do uchwały, jaka zapadnie na tym posiedzeniu.

6. Za okazy wystawione, będące przedmiotem handlu, opłacać należy za metr kwadratowy powierzchni, bez względu na wysokość, na stole i ścianie po 4 fl., na podłodze po 2 fl., na gankach i podworcu po 1 fl. w. a.

Przedmioty te mają być wystawione we własnych szafach, witrynach lub na podwyższeniach, a dekoracje pojedynczych szaf i witryn należą również do wystawcy.

Przy przedmiotach wystawionych mogą być dołączone specjalne katalogi wystawy, cenniki, ogłoszenia, adresy itp., które według życzenia wystawcy mogą być także rozdane zwiedzającym.

7. Wystawcy zbiorów naukowych, nie będących przedmiotem handlu, nie opłacają za zajmowane miejsca.

Bardzo jest pożądanem, aby i zbiory naukowe wystawione były we własnych witrynach właścicieli, gdyby jednak to być nie mogło, wystawca powinien wcześniej porozumieć się z komitetem wystawowym, który będzie się starał poczynić wszelkie ułatwienia do stosownego umieszczenia zbiorów pod osłoną szkła, o ile na to pozwolą środki materyjalne wystawy.

8. Gdyby który z wystawców opłacających za miejsce życzył sobie, aby komitet zajął się dostarczeniem mu odpowiedniej szafy, witryny lub podwyższenia, powinien się zawczasu porozumieć z komitetem w tym kierunku, a zarazem w karcie zgłoszenia się życzenie to swoje uwidocznic w rubryce „Uwaga“.

9. Przy wszelkich przedmiotach przesyłanych na wystawę, należy napisać ich cenę szacunkową w karcie ogłoszenia, a to celem asekuracji, której komitet dokona.

10. Przedmiotów wystawionych nie wolno przed zamknięciem wystawy bez osobnego pisemnego upoważnienia komitetu z wystawy usuwać.

11. Od sprzedanych na wystawie przedmiotów komitet pobiera 5% na rzecz wystawy.

12. Komitet ręczy za całość przedmiotów na wystawę przesyłanych od chwili odebrania przesłanki, jeżeli karta zgłoszenia we wszystkich rubrykach dokładnie wypełniona w oznaczonym czasie komitetowi doręczoną została, a także oświadcza, że tylko te przedmioty w katalogu wystawy umieszczone będą, które w karcie zgłoszenia się wymienione zostaną, a odpowiednia karta zgłoszenia się w terminie oznaczonym komitetowi doręczoną została.

13. Celem reklamowania skutecznego firm przemysłowców, ustanowił komitet przy katalogu dział osobny *in s e r a t ó w* po cenie następującej: za całą stronicę 10 złr., za pół stronicę 5 złr., a za $\frac{1}{4}$ stronicę 3 złr. Leży w interesie przemysłowców, aby o swych zakładach o ile możności jak najdokładniejsze podali publiczności uwiadomienia a firmy swe rozgłosili, co wobec rozdawania katalogów za darmo członkom, uczestnikom zjazdu i wystawcom, rozsprzedawania katalogów poniżej kosztów druku publiczności, w końcu w obec okoliczności, że członkowie i uczestnicy zjazdu przedstawiają tę część publiczności, która z firmami na wystawie reprezentowanymi najwięcej stykać się musi już z natury swojego fachu, zdaniem komitetu tym sposobem najskuteczniej poprze przemysł, dla którego wystawa nasza ustanowiona.

14. Gdyby który z wystawców życzył sobie co do swego przedmiotu, na wystawie się znajdującego, dawać publiczne ustne wyjaśnienia, lub wykonywać eksperymenta, powinien uprzedzić o tém komitet, a to celem oznaczenia dnia i godziny, jakoteż poczynienia dla takiego wystawcy możebnych ułatwień.

15. Wszelkie korespondencje mają być przesyłane franco pod adresem: Dr. Michał Śliwiński w Krakowie, wszelkie zaś przedmioty na wystawę pod adresem: Na wystawę przyrodniczo-lekarską w gimnazjum św. Anny w Krakowie.

16. Ostateczny termin zgłaszania się jest dzień 20-ty czerwiec b. r. Ostateczny termin przysyłania przedmiotów na wystawę jest 10-ty lipiec b. r.

Po tym terminie tylko za osobnem porozumieniem się z komitetem i to wyjątkowo mogą być przesyłki przedmiotów przyjęte na wystawę.

17. Przedmioty mają być uprzątnięte zaraz po zamknięciu wystawy, najpóźniej w 14 dni potem. Przedmioty do tego czasu nie usunięte sprzedane zostaną na ryzyko wystawcy, a pieniądze złożone u przewodniczącego komitetu, gdzie przez miesiąc będą do rozporządzenia wystawcy, poczem obrócone zostaną na cel, jaki komitet uzna za właściwy.

Zakład wodolecznicy w Niekłaniu. Dowiadujemy się, iż wodolecznica na stacyi drogi żelaznej Iwangrodzko-Dombrowskiej Niekłan w willach hr. L. Platera jeszcze w bieżącym sezonie letnim otworzoną zostanie.

Wszystkie teoryje immunizacyi t. j. tłumaczące sposób, w jaki organizm na moey przyrodzonej własności lub nabytej opiera się zakażeniu, podzielił L u b a r s c h na 6 kategorii:

1) postawiona przez Pasteura i przez pewien czas także przez Klebsa i Bronia, to teoria „wyczerpania” składników potrzebnych do powtórnego zakażenia w ustroju, który raz przez tę chorobę przeszedł. — Do tej samej kategorii należy i „asymilacyjna”, której bronił Baumgarten i Petruschky.

2) kategorię stanowią teorie lokalistyczne, (Eichhorn, Buchner i Woffberg.)

3) teoria leukocytów; a więc i fagocytyzmu (Miecznikow) i obszaczania (Ribbert).

4) teoria przyzwyczajania się komórek tkankowych do energicznej asymilacyjnej zdolności pasożytów (Grawitz).

5) Teoria cellularnochemiczna, przypuszczająca wzmożenie się przeciwbakteryjnych własności w komórkach skutkiem pierwszego osiedlenia się mikrobów (Fluegge, Sahli, Buchner, Routh itd.).

6) teoria retencyjna (Chauveau) t. j. tkwienie w ciele raz zakażonym jądów wydzielanych przez bakterie, utrudniających późniejsze niemi zakażenia. *Zeitschr. f. kl. Med.* str. 421, r. 1891.

Pobudka do szerzenia wstrzemięźliwości, organ towarzystwa szerzenia wstrzemięźliwości pod redakcją Dr. Z. Celichowskiego i Fr. Krysiaka, nakładem księgarni J. K. Żupańskiego, wychodzi co miesiąc za prenumeratą roczną 1 mk. a dla członków Towarzystwa bezpłatnie.

Doskonale to małe czasopismo najgoręcej polecamy szan. kolegom do rozszerzenia wśród ludności polskiej swęj okolicy. Artykuły w *Pobudce* umieszczone są bardzo pouczające i ładnie napisane. W numerze marcowym znajdujemy np. przekład ustępu z broszury prof. Bungego „die Alkoholfrage”, artykuł p. t. „jak Europa cywilizuje Afrykę” i wzmiankę o pierwszym polskim czasopiśmie poświęconem sprawie wstrzemięźliwości, wychodzącem w Poznaniu r. 1843—45 p. t. *Zwiastun wstrzemięźliwości we W. Ks. Poznańskiem*. W rozmaitych spotykamy wiadomość „o belgijskiej lidze patryotycznej przeciwko alkoholizmowi i odczynie stałego tej ligi sekretarza” a ziomka naszego, literata Henryka Merzbacha p. t.: „O alkoholizmie ze stanowiska ekonomicznego i socyalnego”. W odczynie jest taki ustęp: „Na 20000 alkoholistów umiera 16000 na suchoty. Liga przeto nie mniejsze odda ludzkości usługi, jak Dr. Koch.”

Życzymy powodzenia nowemu wydawnictwu p. dr. Celichowskiego i rozszerzenia się jego wpływu nie tylko wśród ludności polskiej w pruskiej monarchii, ale i w austriackim i rosyjskim zaborze. Papier, na którym *Pobudka* jest drukowana, jest tak mocnym, jak w drukach XVI wieku.

Lekarze w Rosyi. Dr. Grebenezkyow podaje we *Wraczu* No. 3, 1891 interesujące szczegóły statystyczne dotyczące stanu lekarskiego w tym kraju. Na 12112 mężczyzn lekarzy jest kobiet 409. Z pierwszych 21% jest w służbie wojskowej, tylko 79% cywilną zawodnia się praktyką; do tych ostatnich należą profesorowie, prosekotorowie itd. przy uniwersytetach (1,94%); inspektorowie lekarscy i ich pomocnicy (1,35%); lekarze powiatowi i cyrkułskrypcyjni (5,55%); lekarze przy ziemstwach 14,29%; lekarze miejscy (4,56%); lekarze szpitalowi i zakładowi (10,39); lekarze szkólni 2,19%; lekarze fabryczni 2,32%; lekarze praktykę wolną posiadający po miastach 25,34%; posiadający wiejską praktykę wyłącznie, na wsi mieszkający 2,04%, nie praktykujący wcale 2,43%. W ogóle w Rosyi przypada 8,4 lekarzy na 100.000 mieszkańców, w Rosyi europejskiej 9,2. Wyłączywszy miasta z uniwersytetem Petersburg, Moskwę, Warszawę, Odesę, Kiew, Kazań, Charków, Dorpat, oraz Rygę, przypada w Rosyi tylko 6,5 lekarzy na 100.000 ludności. Na Kaukazie i Syberyi 3,8. — We wspomnianych 9 miastach mieszka 1/3 wszystkich cywilnych lekarzy w Rosyi; najwięcej posiada ich Petersburg, Moskwa i Odessa. Wolnopraktykujący lekarze osiedlają się przeważnie w guberniach nie podlegających ziemstwom. Z lekarzy mężczyzn 22% są specjalistami, terapeutami 10%, chirurgami 3,6%, akuszerami i gynecologami 7,9%, okulistami 2%, neuropatologami i psychiatrami 3%, syfilidologami 3,1%. Prawie połowa wszystkich specjalistów mieszka w miastach z uniwersytetem. Z kobiet lekarzy 1/4 mieszka w Petersburgu, Moskwie lub Odessie, reszta zajęta przy ziemstwach. Zajmują się wyłącznie gynecologią i chorobami wewnętrznymi oraz dziecinnymi. Z całej liczby lekarzy 54,33% są słowiańskiego pochodzenia, z tych 14,3% sami Polacy. Żydzi stanowią 1/8, Niemcy 1/13 część ogólnej liczby.

Polscy lekarze cywilni osiedlają się przeważnie w guberniach zachodnich, gdzie tworzą 51,8% ogólnej liczby lekarzy nie wojskowych; w prowincjach nadbałtyckich 75,3% lekarzy jest Niemców. Żydzi mieszkają w tych samych guberniach co Polacy i w południowej Rosyi. Na Kaukazie są i Armeńczycy. W ogóle w Rosyi Armeńczyków lekarzy jest 1,09%.

Mężczyźni kończą przecięciowo nauki lekarskie mając lat 25,9; kobiety mając lat 26,8. Najstarszy lekarz w Rosyi ma lat 84, najmłodszy 23. — Najwięcej ich w wieku między 30 a 40, bo 43,7%; od 40—50 tylko 17,8%; od 50—59 14%; od 60—70 4,4%; przed 70 lat tylko 1,8%. Tylko $\frac{1}{25}$ część lekarzy w Rosyi jest nieożenionych wcale; $\frac{2}{3}$ lekarzy jest żonatych. — Lekarze niezależni (wolnopraktykujący) żenią się w stosunku 62%; lekarze przy ziemstwach w większym stosunku, a w największym wojskowi.

Pomiędzy żonatymi bezdzietnych jest 36,2%. — Znaczna większość ojców ma tylko 1 dziecko, 4% ma ich więcej jak 6. Tylko 615 lekarzy mężczyzn i 31 kobiet ma wogóle jakąkolwiek własność nieruchomą; to samo tyczy się kapitałów. Lekarze czynownicy pobierają pensyje od 200 do 1000 rubli. 53% lekarzy w urzędzie pobierają od 900 do 1500 rubli, — tylko 2% więcej jak 3000 rubli. Z pośród liczby urzędowych lekarzy jest 8,4% kumulujących 3—4 urzędy płatne; mianowicie tyczy się to inspektorów lekarzy, profesorów, lekarzy szkolnych, powiatowych, ziemskich itd. Lekarze niezależni zarabiają w Petersburgu 2200 rubli, w Moskwie 1700, w Odessie 3,600, w Warszawie tylko 1500 rubli.

Przeciętnie umierają w Rosyi lekarze w 51 r. życia na choroby zakaźne (włącznie gruźlicę) umiera ich 42,3% na choroby narządów oddechowych 9%, na choroby serca i naczyń 6,5%, na choroby narządów trawienia 7,3%, na choroby układu nerwowego 14,6%, na nowotwory złośliwe 5,7%, na charłactwo starcze 4%, na samobójstwo 3,2%.

Nowa specjalność lekarska w Ameryce. Ci specjaliści „*oriphsicians*“ zajmują się się tylko otworami ciała, przez nie chcąc oddziaływać na wewnętrzne organa. Dzielą się oni między sobą na różne podgałęzie według tego czy gardło, czy zęby czy uszy, czy kiszka odychodowa i t. p. jest ich specjalnością. W r. 1890 odbyli zjazd swój w Chicago. *Figaro* o nich wspomina p. t.: *Le comble de la specialité*.

Mały przyrost ludności we Francyi wskutek zwyczaju ograniczania liczby dzieci dobrowolnego i wskutek wadliwości prawodawstwa (kodeksu Napoleona) obecnie zajmuje nawet czasopisma lekarskie, bo stał się przedmiotem obrad akademii medycznej w Paryżu. Osobna w jej łonie wybrana komisja wygotowała cały szereg projektów do wniosków mających ograniczyć śmiertelność (n. p. przymus szczepienia ospy itd.). Ale te projekta są czysto higienicznej natury, podczas gdy przyczyna tego społecznego zanikania we Francyi jest moralną, jak to wykazał F. Le Play. Coraz więcej lekarzy we Francyi zaczyna to pojmować. Świeżo np. przystąpił do stowarzyszenia *Reforme Sociale*, którego założycielem był śp. Le Play, znakomity prof. fakultetu paryzkiego Karol Richet. Pomiędzy projektami, które akademija poprze, najprawdopodobniej będzie jeden zaradczy, ale dowodzący niemocy społeczeństwa, projekt ułatwiania obcokrajowcom naturalizowania się na Francuzów. W r. 1890 w ten sposób przybyło Francyi 18679 nowych obywateli w braku noworodków.

Hemometryczne studia robił w pracowni prof. Łukjanowa w Warszawie Raun za pomocą przyrządu Fleischla na królikach i psach głodzonych (*Arch. f. experim. Pathol* 28. B. 1. H.) i przekonał się że zarówno u roślinożerczych jak u mięsożerczych przy zupełnym poście zmienia się barwność (Faerbekraft) krwi, coraz mocniejszą się stając. Równocześnie mierzył co dzień ciepłotę u głodzonych tych zwierząt. Ciepłota o głodzie opada raptowniej u królików aniżeli u psów.

Wiadomości osobowe.

Prof. nadzw. Dr. Tschirsch w Bernie został prof. zwyczaj. farmakologii tamże. — Doc. Dr. Schultze w Wyrcburgu mian. został tamże zwyczaj. prof. anatomii. — Docent Kabrhel zwyczaj. prof. higieny, a Dr. Helloch docentem psychiatrii przy czeskim wydziale lek. w Pradze. — Prof. nadzw. Dr. Vischer w Gandawie mian. tamże prof. zwyczaj. dla sądowej medycyny. — Docenci Minkowski, Pfizner i Ulrich w Strasburgu mian. nadzw. profesorami. — Prof. Alb. Fränkel w Berlinie, prof. Uhthoff w Marburgu i doc. Dr. Edm. Lesser w Lipsku mianowani członkami c. akademii Leopolda Karola w Halli n/S. — Prof. Billroth w Wiedniu ustępuje dla choroby z katedry chirurgii, na którą uczeń jego prof. Woelfler z Gracu ma być powołanym, tymczasowo zastępuje go doc. Dr. Eiselsberg. — Dr. G. Secondi hab. się jako doc. okulistyki w Turynie. — Na katedrę po zmarłym prof. Braunie w Wiedniu proponował senat ministerstwu DDr. Pawlika, Rokitanskiego i Schaute. — Prof. nadzw. farmakologii Fortunatow w Tomsku pow. został na prof. anatomii w Kazaniu, a jego miejsce zajmie doc. akad. wojskowej medycyny Dr. Barszyński.

Kronika żałobna.

† W Atenach prof. anat. Papaivannu. — † W Filadelfii prof. fizyjol. Dr. J. Leidy. — † W Mnichowie prof. botaniki Dr. Nägeli.

Nadesłano Redakcyi:

1. **Zakład zdrojowo-kąpielowy Zegiestów** ze sprawozdaniem z. r. 1890.
2. **Barącz.** Nowy sposób operowania polipów nosogardziowych. (Zjazd chirurgów polskich w Krakowie 1890.)
3. **Tenże.** Zur Operationsmethode von Nasenrachenpolypen. (Centralbl. f. Chirurgie No. 16, 1890.)
4. **Tenże.** Przyczynek do nauki o promienicy. Dziewięć przypadków promienicy ludzkiej. Przegl. lek. No. 18, 19, 20, 21, 22, r. 1890.)
5. **Tenże.** Ueber neun Fälle der menschlichen Actinomycose. Ein Beitrag zur Lehre von der Actinomycose. (Wien. klin. Wochenschr. 1890, No. 26—28.)
6. **Tenże.** O pięciu resekcjach Jelit. Dalsze przyczynki do chirurgii Jelit. Przegl. lek. No. 44, 46, 48, 49, 51, r. 1890.)
7. **Tenże.** Tracheocele Mediana. (Gaz. lek. No. 8, r. 1891.)
8. **Babiński.** De la Migraine ophthalmique hystérique. (Extrait des Arch. de Neurologie No. 60.)
9. **Tenże.** Paraplégie flasque par compression de la moelle. (Arch. de med. experim. — 1. Maerz 1891, No. 2.)
10. **Protokoł i soobszczenie** zasiedania. S. petersburgskawo medicinskawo obszczestwa 26. Febr. 1891 „o spermie“.
11. **Poehl.** Chemiczeskia i bakteriologiczeskia isledowania po woprosam wodosnabżenia i filtrowania wody.
12. **Tenże.** Wasserversorgung St. Petersburgs nebst einem Beitrag zur Biologie der Mikroorganismen. 1884.
13. **Tenże.** Untersuchungen über die Fäulniss des Roggenmehles unter Einwirkung von Mutterkorn zur Erklärung einiger Erscheinungen des Ergotismus. (Bericht d. d. chem. Gesellschaft, Jahrgang XVI, Heft 13.)
14. **Tenże.** Ueber einige biologisch-chemische Eigenschaften der Mikroorganismen und über die Bildung der Ptomaine durch die Choleraabaccillen im Speciellen. (St. Petersburg. Med. Wochenschrift No. 40, 1886.)
15. **Tenże.** Ueber das Vorkommen und die Bildung des Peptons ausserhalb des Verdauungsapparates und über die Rückverwandlung des Peptons in Eiweiss.
16. **Tenże.** Die Asepsis und Antisepsis im Dienste der pharmaceutischen Praxis. (St. Petersburg. Med. Wochenschr. No. 13, 1886.)
17. **M. Eck.** Opyt obrabotki statisticzeskich dannych o smertnosti w Rossyi. 1888.
18. **Baranowski.** Sprawozdanie z posiedzenia Towarzystwa lek. Warsz. z d. 27/1 91.
19. **Smoleński.** Nowoje medicinskoje uczreżdenie 1890.
20. **Wagner.** K' uczeniu o roli temperatury w zaraznych zaboliewanijach. 1890.
21. **Tenże.** Contribution a l'étude de l'immunité le Charbon des Poules. (Travail du laboratoire de M. E. Metschnikoff, a l'institut Pasteur.)
22. **Tenże.** O sposobie predłożennom Winterom dla analiza zeludocznowo soka. 1891.
23. **Buzdygan.** Myxoedema. Dwa przypadki z klin. chorób wewnętrznych prof. Dr. Korczyńskiego w Krakowie. 1891.
24. **Zieleniewski.** Słownik bibliograficzno-balneologiczny krajowych i niektórych obcych zakładów zdrojowo-kąpielowych, hydropatycznych, klimatycznych i galaktoterapeutycznych wydanie. Kraków, 1891.
25. **Szneider.** Leczenija stanija i morskija kupanija w Pernowi na pribrezi baltijskako morija.
26. **Filipkiiewicz.** Cieplice Tęczyńskie na górnych Węgrzech. Zakład zdrojowo-leczniczy wód siarczanych ciepłych i gorących.
27. **Mintz.** Przypadek Gastritidis Phlegmonosae diffusae w przebiegu raka żołądka. (Gazeta Lek. 1891.)

Od Redakcyi.

Rękopisy nadsyłać należy na ręce **Dr. Bol. Wicherkiewicza, Poznania, Śty Marcin Nr. 6.** Równocześnie uprasza się o oznaczenie pożądaney ilości odbitek na pierwszej stronnicy nad tytułem pracy.

Honorarium za **prace oryginalne** wynosi 40 mrk., za **krytyczne zestawienia i streszczenia** ważniejszych prac 20 mrk. od arkusza druku.

Sprawy abonamentu, anonsów i w ogóle **administracyi i ekspedycyi** „Nowin Lekarskich“ załatwia drukarnia **Fr. Chocieszyńskiego**, Wodna ulica 15.

Wszelkie reklamacye dotyczące abonamentu „Nowin“ prosimy przesyłać wprost nakładcy i drukarzowi naszego pisma p. **Chocieszyńskiemu**, Wodna ulica 15.

Za Redakcyją odpowiada sekretarz Kom. red. **Dr. Fr. Chłapowski.**

Nakładem i drukiem **Fr. Chocieszyńskiego** w Poznaniu, ulica Wodna nr. 15.

Lekarz katolik

znajdzie natychmiast korzystną praktykę w Zachodnich Niemczech (za Renem). Bliższych wiadomości pod **S. S. 100** przez exp. Now. lek.

Antypyryna Prof. Dr. Knorra.

„Znaczek lwi.“



Przez powagi naukowe jako znakomity środek uznany przy chorobach gorączkowych, bólach głowy, nerwobólach, dławcu, reumatyzmie stawowym, tańcu św. Wita, porażeniach influenzy, febrze Dengue itd. Preparat powyższy wyrabia jedynie pod kontrolą wynalazcy samego:

Farbwerke dawniej Meister Lucius & Brüning,
w **Hoechst a. M.**

Prosimy wyraźnie żądać w aptekach

Dra Knorra Antypyrynę, Loewenmarke,

przez **Farbwerke dawniej Meister Lucius & Brüning.** Etykiety na pudełkach winny nosić koniecznie podobiznę własnoręcznego podpisu „**Dr. Knorr.**“

(Dra Knorra Antypyryna rozpuszcza się łatwo
i zupełnie w wodzie.)

Oberbrunnen

Woda mineralna znana od r. 1601. Szczególnie skuteczna w chorobach narządów oddechowych i żołądka, przy skrofulach, w cierpieniach nerek i pęcherza, w dnacie krwawnicach i cukromoczu.

Rozsyłka książęcych wód mineralnych
Obersalzbrunnen:

Furbach et Striebold.

Skład we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych.

SALZBRUNN

miejsowość lecznicza na Ślązku pruskim.

Sezon trwa od 1 maja do końca Września.

Tölz-

zakład leczniczy pod Mnichowem. Miejsce kuracyjne powietrzem górskim ze źródłami zaw. jod. Wskazania: choroby kobiece, zolzy, chron. choroby skórne, kila. — Bl. wiad. udz. Dr. Letzel (w zimie w Mnichowie, w lecie w Tölz).

Zakład wodoleczniczy

Dr. J. Kołaczkowskiego

w Szczawnicy na Miedziusiu,

otwarty od 20 maja do 30-go września 1891 r., został ponownie rozszerzony i ulepszony podług systemu prof. Winternitza. Kierować zakładem będzie Dr. Kołaczkowski, który uzupełnił swoje wiadomości w dziedzinie hydroterapii i chorób nerwowych w Wiedniu i Berlinie. — Prospekta na żądanie wysyła Zarząd.

J. Żochowski,
zarządca.

Dr. Kołaczkowski,
właściciel i kierownik Zakładu.

Perła tatrzańska
Stacja klimatyczna

ZAKOPANE

Na miejscu apteka,
poczta i telegraf.

ZAKŁAD WODOLECZNICZY Dr. CHRAMCA

otwarty cały rok i mieści około 100 pokoi. — Do końca czerwca ceny niższe, a to dziennie od 3 złr. 50 ct. poczynawszy, za pokój kompletnie urządzony z pościelą, pożywienie i kąpiele. — Goście korzystają **bezpłatnie** z zakładowej biblioteki, bilardu, fortepianu, czytelni, kregielni i gimnastyki. — Prospekta na żądanie gratis i franko. — Z powodu liczego zjazdu gości w sezonie letnim, uprasza administracja zakładu o listowne lub telegraficzne poinformowanie się przed przybyciem, czy pokój na razie jest do dyspozycji.

M. Jaroszyński,
administrator.

Dr. A. Chramiec,
Dyrektor i właściciel zakładu
wodoleczniczego na Chramcówkach.