

NOWINY LEKARSKIE

ORGAN WYDZIAŁU LEKARSKIEGO TOWARZYSTWA PRZYJACIÓŁ NAUK
POZNAŃSKIEGO

wychodzi na początku każdego miesiąca w Poznaniu

staraniem

KOMITETU REDAKCYJNEGO,

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

BIURO REDAKCYJNE

znajduje się u przewodniczącego komitetu redakcyjnego, radcy 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., tj. Fr. Chocieszyński Wodna ul. 15, w *Poznaniu*; księgarnie: Krzyżanowskiego w *Krakowie*; Gebethnera & Wolffa w *Warszawie*, jako też wszystkie urzędy pocztowe Ces. Niemieckiego wynosi:

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

A. Prace oryginalne.

Z oddziału chirurgicznego kobiecego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

I. Wycięcie żyły podskórnej odgoleniowej przy żylakach i wrzodach goleni.

Z 2 rysunkami.

Podał

Dr. Władysław Matlakowski.

Nie brak jest oddzielnych artykułów, rozproszonych w mnożącym się nad miarę dziennikarstwie lekarskim, zajmujących się powyższym przedmiotem; prace te jednak nie zdołały przetorować sobie drogi do ogólnej praktyki, a sposoby i myśli w nich rzucone, zawsze jeszcze ubocznie tylko napomykane bez gorętszego zalecania; przeważnie w praktyce ograniczają się do środków paljatywnych¹⁾ jak bandażowanie opaskami flanelowymi, kauczukowymi, noszenie pończoch sprężystych, nakolanników itp.; u nas niewidziałem, aby wążono się na zabieg operacyjny. Zdaje mi się wszelakoż, iż najkrytyczniej nawet zapatrując się na proponowane operacje, nie można odmówić im w pewnych razach skuteczności, że zatem zasługują na szersze zastosowanie.

Nie mam zamiaru wdawać się w literaturę żylaków, przedmiot to bardzo stary; zresztą z okresu przedlisterowskiego nauczyłyby nas jedynie, że wszelkie

¹⁾ Np. John Wueth. *Affections chirurgicales du système vasculaire u. Encyclopédie Internationale de chirurgie*. 1884. T. III. S. 485, lub *A manuel of surgerg. Bryant*. 1889. d. 1. 3. 504.

pokuszenia operacyjne na żyłach prowadziły do ciężkich następstw, a nieraz kończyły się śmiercią. Szczególniej fatalne następstwa widywano przy wstrzykiwaniach środków krew ścinających do żyłaków. Pomijamy sposób Rigaud, który zalecał obnażenie żyły, aby w ten sposób wywołać w niej skrzep, — niewątpliwie polega on na trafnej obserwacji, iż traumatyzme — a jeszcze prędzej, jak to dziś musimy sobie objaśnić, związane z niem wtargnięcie zarazków prowadzi do zakrzepu, i że wywołane zapalenie może spowodować zupełne wyzdrowienie. Widziałem tego dwa następujące przykłady. Pierwszy dotyczył znanego w Warszawie muzyka, który, radząc się mnie z powodu splotu żyłaków grubych jak palec w okolicy rzepki, nie mógł się zdecydować na wycięcie; nosił więc nakolannik — gdy przypadkowo silnie uderzył się kolanem o ławkę w sankach; od starcia naskórka przyłączyło się zapalenie żyłaków (periphlebitis) z zakrzepem, rezultatem czego było, wprawdzie po paru miesiącach zupełne wyzdrowienie. Podobny przypadek widziałem u matki lekarza. Zarysowały się one w mojej pamięci, choć niewątpliwie w szpitalu więcej podobnych spostrzegałem, owrzodzenie przy żyłakach i zapalenie około żył i naczyń chłonnych należy do najzwyczajniejszych chorób w oddziałach chirurgicznych. Tu jednak droga wyzdrowienia jest bardzo niebezpieczną, doprowadzić bowiem może równie dobrze do rozległego ropienia, flegmon, a nawet co gorsza do zapalenia płuc przerzutowego, lub ropnicy, na co także niestety patrzeć przychodzi wśród ludności brudnej, a ciemnej, podążającej do szpitalu, gdy już śmierć dłoń na życie kładzie.

Również niebezpiecznym jest podwiązywanie żyłaków przez skórę, łatwo bowiem prowadzi do zakażenia, ograniczonej zgorzeli, szczególnież za czasów przedlisterowskich.

Autorowie niemieccy¹⁾ zazwyczaj przytaczają Schede'go, który jakoby pierwszy umiał dowieść, że pod ochroną opatrunku Listerowego można przycinać kawałki żył z całém bezpieczeństwem. — Istotnie jest Schede'go zasługą, iż zwrócił uwagę na operacyjne leczenie żyłaków kończyny dolnej; sposób użyty przezzeń polega na obnażeniu za pomocą małych cięć skórnych rozszerzonych żył, podwójnem podwiązaniu i przecięciu żył między podwiązkami, lub nawet wycięciu całych kawałków, przy zachowaniu ściśłém środków przeciwniejących. Właściwie jednak wycięcie kawałków żyły było stosowane z pożytkiem znacznie dawniej. I tak Steele²⁾ przy istniejącym wrzodzie goleni zaleca wycinać żyłaki znajdujące się powyżej nad owrzodzeniem; za pomocą cięcia prostopadłego do kierunku żyły obnaża ją i wycina kawałek równający się calowi; ranki zeszywa włósiem. W całym szeregu przypadków nie widział on żadnych złych następstw; wrzody goiły się bardzo szybko, a chód stawał się lepszym i swobodniejszym niż poprzednio. — W tymże czasie Davies Colley³⁾ ogłosił dwa przypadki żyłaków kończyny dolnej wyleczone za pomocą wycięcia żyły pod ochroną metody przeciwniejącej; uważa on, iż operacja jest zupełnie wolną od niebezpieczeństwa, a samo przez się ma wyższość nad wszelkimi innemi sposobami wymyślonemi przeciw tej chorobie. I druga modyfikacja operacyjna: podwiązanie przez skórę żył, które z powodu cienkości ścian wśród modzelowato twardej i grubej nacieczonej tkanki podskórnej i skóry, wycinać trudno, znalazła również przed Schede'm zwolenników w Mars-

¹⁾ Koenig. *Lehrbuch der spec. Chir.* 4. wydanie 1886. T. III. s. 538.

²⁾ An operation for the destruction of varicose veins. *British. med. Journal* Jan. 30. 1875.

³⁾ Przytoczony w Virchow'a *Jahresbericht*, 1875.

hall'u¹⁾, który podwiązuje przez skórę żyłę do- i odprowadzającą, poczem sam zwitek żyłakowy wycina pod osłoną antyseptyki. Wycięcie zaleca dalej jako środek najpewniejszy a wolny od niebezpieczeństwa H o w s e²⁾. D ü n n³⁾, który radzi wycinać kawałki długości cala, żyły nie podwiązuje, gdyż nacisk wystarcza do powstrzymania krwotoku. F r y⁴⁾ w sześciu przypadkach, z dobrym skutkiem wycinał kawałki nie długie w różnych miejscach za pomocą cięć najmniej cal długości mających. Operacje zalecają również K. F r a n k s⁵⁾ i J o h n D u n c a n⁶⁾.

W przeciwstawieniu do tych operacji znajduje się wycinanie całej żyły żyłakowato zmienionej. A n n a n d a l e⁷⁾ ogłosił przypadek, w którym wyciął 16 cali żyły rozszerzonej z pomyślnym skutkiem; żyłak był pojedynczy i powstał po silném naprężeniu kończyny. Rozległe wycięcia zaleca za Madelungiem K o e n i g przy wielkiej bolesności owrzodzeń i powracającej ciągle ekcemie; daje on téj metodzie pierwszeństwo przed wycinaniem kawałków żyły, skuteczniej bowiem prowadzi do wyzdrowienia. Operację zaleca również P e a r c e G o u l d⁸⁾.

W dwóch przypadkach, w których dokonałem wycięcia żyłaków na nodze otrzymałem wynik doskonały i wyleczenie trwałe. Oto opis ich w streszeniu:

I. K. M a r y j a n n a, 50 lat. przybyła do mojego oddziału d. 13. XI. 1886; przed dziewięciu laty odbyła ostatni, ósmy z rzędu poród, po którym w pewien czas zaczęło pojawiać się rozszerzanie żył na nogach; przed 1½ laty powstało nieznaczne owrzodzenie, zwolna się powiększające; chora przybyła do szpitala właśnie z powodu krwotoku z tego owrzodzenia. Na lewej goleni widoczne przez skórę żyłaki, na prawej owrzodzenie wielkości rubla, charakteru zgorzelinowego, śmierdzące i głębokie, nadzwyczaj bolesne, tak, że chora stęka przy dotykaniu i opatrywaniu. Powyżej na goleni i na udzie skręty rozszerzonych żył i żyłaków wielkości śliwki i orzecha, pokrytych ścięnczałą skórą. Rozszerzoną żyłę podskórną (v. saphena) widać aż do okolicy pachwinowej. Skóra otaczająca owrzodzenie szyfrowo zabarwiona, a rozszerzone żyły dochodzą do samego brzegu. Poniżej wrzodu liczne rozszerzone drobne żyły w skórze przegubu oraz stopy nabrzmiałej i twardej. 19. XI. pod chloroformem podwiązałem na 4—5 ctm. poniżej miejsca wiania się do żyły udowej, poczem wyluszczyłem jęj rozszerzone odcinki i żyłaki na udzie, w okolicy kolanowej i górnej goleniowej, tam zaś, gdzie ścięnczona skóra była za ściśle zrosłą ze skórą wycinałem z żyłakami i tę ostatnią; całe owrzodzenie okroiłem i wyciąłem; ponieważ jedno cięcie poniżej wrzodu nie wystarczało poprowadziłem drugie, i co się dało przez nie dosięgnąć z rozszerzonych żył wyluszczyłem lub wyciąłem. Przytęm podwiązałem około sto żył wlewających się do wycinanego pnia lub jego gałęzi; ranę zeszyłem starannie, z wyjątkiem miejsca po wycięciu wrzodu, gdzie brzegów rany zbliżyć się nie dało w całości, ta część zarosła przez ziarninowanie, pozostała przez I a intent. Opatrunek wówczas (1886) składał się silk protect. + gaza jodoformowa z kwasu karbolowego.

¹⁾ Ibidem. 1875 r. streszczenia z *Lancet'a* Jan. 23. *Chinical lecture on a case of varicose veins treated by a new operation.*

²⁾ Wzmianka w *Jahresbericht'e* Virchowa 1877.

³⁾ Tamże 1879.

⁴⁾ Cure of varices by excision. *Brith. med. Journal* 1885. Sept. 5. s. 445.

⁵⁾ On varicose veins and their treatment by operation.

⁶⁾ Observations on the surgery of the vascular system, obaj przytoczeni w *Schmidt's Jahrbücher* 211. s. 177 i 212 s. 167.

⁷⁾ Case in which sixteen inches of a varicose vein of the leg were excised with antis precautions. *Brit. med Journal.* 1879. June 21.

⁸⁾ Dictionary of practical Surgery. 1887. T. II. s. 781.

Nogę przez cały czas operacji polewano roztworem sublimatu. Przebieg jak najpomyślniejszy.

Przypadek ten był powodem sporu między mną a nieboszczykiem śp. Orłowskim, ordynatorem Szp. Dz. Jezus; twierdził on, że operacja, acz w początku póki chory pozostaje w szpitalu pozornie dobry daje rezultat, później jednak, skoro chory chodźć pocznie, złe wraca na nowo; wtedy dla przekonania go i siebie zdjąłem po kilku miesiącach fotogram, który tu obok obrazu stanu nogi przed operacją załączam.

Z nich lepiej niż z opisu czytelnik przekonać się może, jak doskonały był rezultat, pomimo że chora, jako biedna wyrobница, zmuszona była ciężko pracować, i nogi nie oszczędzała bynajmniej.

II. H. Maryjanna, l. 24, służąca przybyła do oddziału d. 28 VI. 1887 r. z owrzodzeniem na prawej goleni wielkości dłoni, powstałem przed rokiem z pęknięcia rozszerzonej żyły; obecnie krwotok, i zapalenie naczyń chłonnych całej goleni zmusiły ją do szukania pomocy; silne opuchnięcie goleni i stopy. — Gdy objawy zapalne ustąpiły i kończyna, oraz owrzodzenie doprowadzone zostały do należytej czystości dn. 11. VII. 1887 pod chlороformem wyciąłem podobnie jak w poprzedzającym przypadku żyłę zaskórną (Saphena) w granicach goleni i kolana, wyskrobałem wrzód i okroiłem jego brzegi, przyczem ranę zeszyłem. Chora wyszła zupełnie zdrową d. 30. VIII. 1887.

Wyluszczenie żyłaków i rozszerzonych żył nie przedstawia żadnej trudności w tkankach, które nie uległy zapaleniu i jego następstwom. W opasce Esmarcha posiadamy przepyszny środek pozwalający separować żyły tak jak na trupie; wyluszczenie jest nadzwyczaj łatwe z luźnej tkanki łącznej i tłuszczowej zwłaszcza na udzie i w okolicy kolanowej. W miarę jak się zstępuje niżej, powiększa się liczba gałęzi wlewających się do wyluszczanego pnia; gałęzie te

powinny być starannie podwiązane. Przez jedno i to samo cięcie przy pewnym odlus-

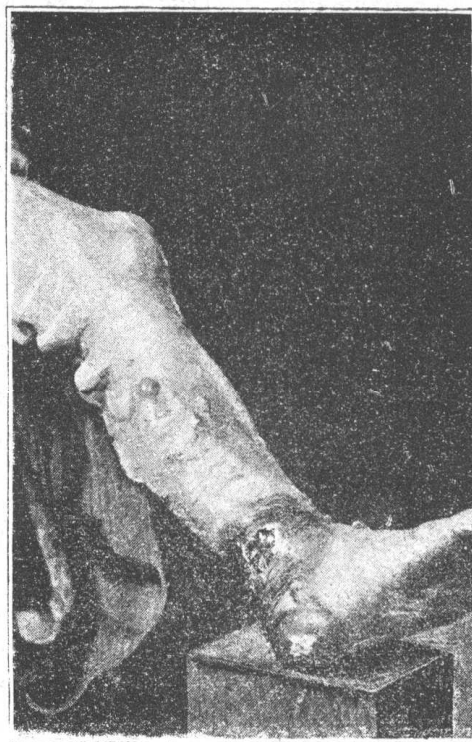


Fig. 1.

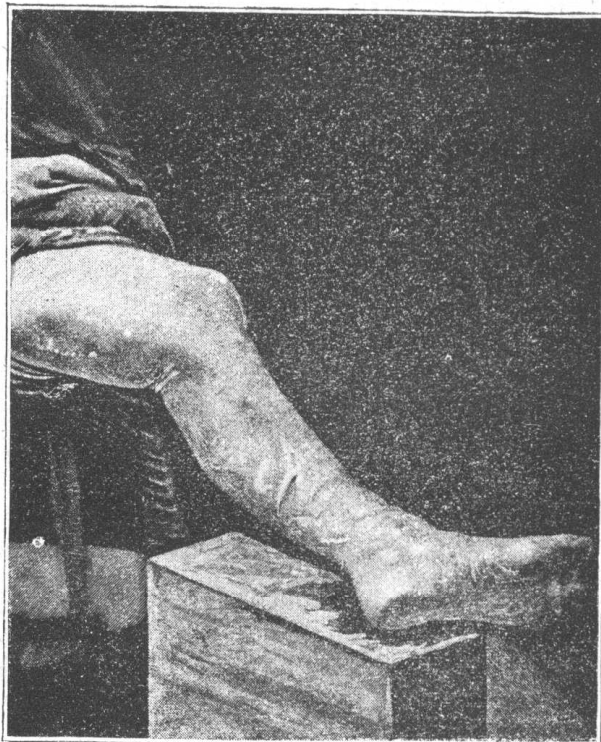


Fig. 2.

czeniu skóry na prawo i na lewo można wyciąć nie tylko żyłę na której cięcie zostało poprowadzone, lecz także i żyłaki równoległe sąsiednie nieco nawet obok pnia biegnące. Dopiero na goleni w okolicy wrzodu lub blizn ponim pozostałych separowanie żył staje się trudniejszym zarówno z powodu, iż wzrasta liczba gałęzi rozszerzonych i gałęzie te rozbiegają się na znaczniejsze teorytoryjum, jak i z tego względu, że istnieją tęgie i ściśle zrosty między ścianą żyły i otaczającej jej tkanki i tutaj wyluszczenie ustępu z łożyska jest niemożliwem i trzeba wycinać żyłę; przytém nie stanowi nic, jeżeli nawet zostanie tu i owdzie pokiereszowana, także po zostanie miejscami część jej ściany i po zeszytciu; mimo to udaje się rychłozrost. Na goleni wypadnie nieraz poprowadzić dwa i trzy cięcia ukośne na przebiegu głównych smug żyłakowych. Za niektórymi żyłami można dojść aż do owrzodzenia i dyssekowac wprost jak żyła zatkana skrzepem otwiera się na brzegu wrzodu.

Zadziwiająca jest rzecz, jak szybko owrzodzenia goją się po operacyi, gdy wiadomo, iż zagojenie się wrzodu żyłakowego w warunkach nawet sprzyjających np. u kobiet klasy zamożnej postępuje bardzo wolno mimo starannego i akuratnego opatrywania i leczenia choréj i przypominam sobie żonę pewnego lekarza, osobę dość otyłą, którą sam starannie opatrywałem, a mimo to owrzodzenie wielkości wiśni, nie chciało zagoić się w przeciągu kwartału, ciągle sącząc krew w małej ilości. W takich razach wycięcie owrzodzenia i zeszytanie rany prowadzi najkróć do celu, jednak publiczność i lekarze praktycy tak mało przyzwyczajeni są do idei jakiegokolwiek operacyi z powodu wrzodu na goleni, że trudno wymóć zgodę ze strony chorego.

Operacyja, o której mowa, nie może znaleźć zastosowania we wszystkich przypadkach żyłaków goleni z powodu, że w praktyce bardzo często spotyka się przykłady żyłaków drobnych a tak gęstych, że cała skóra dolnej podeszwy goleni a w części i stopy zwyrodniona jest żyłakowato; tutaj nie może nic pomódz ani wycięcie v. Saphenae magnae, ani podwiązanie kilkunastu choćby gałęzek; i dla tych przypadków powstają w odwodzie jedynie środki paliatywne. Natomiast operacyja zasługuje na zastosowanie w każdym przypadku, gdzie istnieją duże sploty rozszerzonych żył lub pęki żyłaków z owrzodzeniem lub bez niego. Szczególniej gorąco można polecić ją w praktyce wśród biednej klasy, która nie ma środków na zmianę kosztownych pończoch i bandaży, a przez dłuższe użycie brudnych wywołuje pocenie, maceracyję ścieńczonej skóry, zapalenie naczyń chłonnych i owrzodzenia trwające całe życie. Samo zagojenie owrzodzenia nie tu nie pomoże, dopóki pozostaną warunki doń usposabiające: żyłaki.

Wreszcie do wycięcia nadają się duże konwoluty żyłaków na udzie w górnej części, i w dole podkolanowym, jakich kilka przykładów widziałem; noszenie opasek elastycznych tutaj jest przykrém, a u osób tłustych wprost niewygodném.



II. Krótki pogląd na operacyjne leczenie jaglicy z szczególném uwzględnieniem własnego postępowania.

Podał

Dr. Bol. Wicherkiewicz.

(Dokończenie.)

Przedewszystkiem winienem zaznaczyć, że przy ostrym stanie zajęcia jaglicowego wstrzymuję się od wszelkich drażniących rękoczynów, jako też od stósowa-

nia środków przyżegających. Pierwszém naszym zadaniem winno być, łagodzić sprawę zapalną przez częste zapuszczanie w słabych roztworach środków odkażających (acid. bor.; sublimat, $\frac{1}{2}\%$ lysol) i jeżeli stan rogówki zezwala tj. gdy nie ma tutaj żadnych nacieków, przez chłodzenie za pomocą okładów zimnych¹⁾.

W ogóle więc stan ostry rozwoju jaglicowego nie nadaje się nigdy do rękoczynu, a to tym mniej, iż zapalny pierwszy okres przy stosowném leczeniu środkami i tak może ustąpić bez śladów, bez blizn — po co więc takowe sztucznie wytwarzać.

Inaczej się rzecz ma, jeżeli zapalny ostry okres jaglicy przeszedł w przewlekły lub też jeżeli, co najczęściej bywa, z samego początku jaglica w postaci przewlekłej występuje.

Skoro uważam, iż przez miesiące, po włożeniu do worka spojówkowego stósownej maści rtęciowej, sprawa nie ustępuje, stosuję przy pojedynczo umiejscowionych jagielkach żegadło galwaniczne bardzo cienkie, by środek każdej pojedynczej jagielki przypalić po należytem rozumie się znieczuleniu spojówki kokainą. Nigdy na jednym posiedzeniu nie usiłuję przyżegać wszystkich granulacji, ale czynię to w kilku lub kilkunastu posiedzeniach. Niekiedy ograniczam się w ogóle na przyżeganiu wybitniejszych tylko granulacji w rozmaitych worka spojówkowego miejscach, i to w tém przekonaniu, że otworzywszy żegadłem dostatecznie dla środków chemicznych drogę do podnabłonkowych przestworów spojówki, środkami leczniczymi na drobinki chorobotwórcze dziś jeszcze nie znane, lecz niewątpliwie istniejące, korzystnie wpływać mogę.

Nie rzadko cała spojówka powiek, najwięcej oczywiście na załamkach, ale i chrząstkowa część spojówki, gdzie dla braku podkładki luźnej trudniej się granulacje usadawiają, pokryta jest ściśle do siebie przylegającymi jagielkami. Cała powierzchnia podobna do figi świeżo przekrojonej (palpebra fcosa, Plenck). W tym stanie stosowanie żegadła wniżej nastrecza korzyści, gdyż zbyt rozległem musiałoby być zniszczenie powierzchni spojówkowej, co niewątpliwie nie mogłoby pozostać bez szkody na przyszłość dla tej błony. Więcej korzystnem wydaje mi się tutaj systematyczne nakłówanie, które w następujący wykonywam sposób: Po kilkorazowém zapuszczeniu 5% roztworu kokainy i staranném przemyciu powiek wywracam takowe jaknajsilniej, tak by cały załamek wystąpił na jaw, oplukuję błonę roztworem sublimatu 1‰ i za pomocą przyrządiku, który kazałem sobie u fabrykanta Haertela we Wrocławiu zbudować, a który w stósownej rękojeści obejmuje na długich cienkich trzonach umieszczone maleńkie nożyki (8—10), szybko nakłóвам całą spojówkę. Po uśmierzeniu krwotoku, który swą drogą przy silniejszym przekrwieniu spojówki nie mało do zagojenia się sprawy przyczynia, oplukuję powierzchnię spojówki powtórnie sublimatem i wkładam do worka spojówkowego albo maść żółtą rtęciową (hydrarg. oxyd. rubr. via hum. par. 0,25 : 15) albo maść sublimatową 1 : 3000. Następnie zakładam opaskę. Czasami przepisuję okłady zimne, jeżeli podrażnienie po rękoczynie nieco silniejszym być się zdaje, lub operowany na ból narzeka.

I w następnym czasie stósowanie wkraplań odkażających lub wkładanie maści powyżej przytoczonych jest koniecznem aż do chwili, gdy sprawa jaglicowa

¹⁾ Nie może to być mojem zadaniem, w niniejszej pracy, gdzie mowa o sposobach operacyjnych, przejść wszystkie środki lecznicze i sposoby leczenia jaglicy, uczynić to zamierzam przy innej sposobności, trudno mi atoli było pominąć powyższą uwagę, której treść uważam jako podstawę każdego prawie leczenia operacyjnego.

przejdzie w zagojenie z nieznacznymi bliznami powierzchownymi lub też częściowo w drugi okres tj. rozpadu jaglic względnie owrzodzenia. Chwila ta może niekiedy bardzo się przewlekać, a w takim razie wypada, skoro odczyn po rękoczynie ustąpił, ostatni powtórzyć w ten sam sposób. U osób mniej wrażliwych, głównie zaś rozsądnych dorosłych, znieczulenie kokainą wystarcza, by rękoczyn ten wykonać w praktyce poliklinicznej nie wywołując krzykiem chorych wrażenia na otoczenie. Inaczej, gdy mamy do czynienia z osobami lęklivymi lub dziećmi — tutaj wypadnie może uciec się niekiedy do narkozy, by nie odstraszyć pierwszych lub nie napotkać na zbyt silny krzyk i opór drugich, zwłaszcza, iż samo przygotowanie do rękoczynu i widok jakiegokolwiek instrumentu wywołuje niekiedy postrach. To samo dotyczy stosowania żegadła galwanicznego, które u dzieci mimo silnego kokainizowania napotyka w wykonywaniu nie rzadko na nieprzewyciężony opór, skoro tylko spostrzegą lub poczują rozpalony drucik.

Zajęcia rogówki nie są przeciwskazaniem do wykonania powyżej przytoczonych rękoczynów lecz wymagają tak samo, jak występująca niekiedy równocześnie silniejsza wydzielina, szczegółowego uwzględniania.

Przy wazkiej nieco sparze powiekowej i silnie rozwiniętych granulacjach, zwłaszcza, jeżeli sprawa zapalna przeszła na chrząstki, które powiększone wywierają silniejszy na gałkę ucisk, wykonuje chętnie rozszerzenie szpary (kantoplastykę) i to jako operację samodzielną, lub też poprzedzającą późniejsze rękoczyny. Sposób operacji nie różni się w niczym od sposobu podanego pierwotnie przez A m m o n a a skuteczność jego, wielokrotnie przy jaglicy przezemnie stwierdzoną, upatruję częścią rzeczywiście w uwolnieniu oka od ucisku na rogówkę, jeżeli ta pod wpływem tegoż ucierpiała (pannus), głównie jednakże w równocześnie przez rękoczyn wywołanym silnym krwotoku i stósowaniu antyseptyki.

Jak wiemy, mogą granulacje pozostawione losowi rozpęknąć, a po strąceniu powłoczki nabłonkowej wytworzą się wrzodziki na ich powierzchni. Cała powierzchnia spojówki traci wtenczas, jeżeli sprawa bardzo jest rozprzestrzenioną, charakter granulacyjny, wygląda chropowata, nierówna ale bez wypukłości punkcikowych, tylko za pomocą lupy widać pojedyncze przeświecające ziarnka. W okresie tym najwięcej chory ma dolegliwości, odczuwając niejednokrotnie silny ból połączony ze światłowstrętem. Wydzielina tym silniejsza, im więcej granulacji rozpada się i przybiera wygląd mniej więcej ropiastej wydzieliny, podczas kiedy ta, która towarzyszy pierwszemu okresowi jest więcej surowiczą. Ropa pochodzi od leukocytów, które przenikają zwyrodniony nabłonek spojówkowy, jak to R a e h l m a n n (Ueber Pathologie des Trachoms. *Wiener med. Wochenschr.* Nr. 18, 1891) wykazał.

W tym okresie najbardziej, jak każdy zrozumie, jaglica jest zaraźliwą, gdyż ze zawartością granulacji występują na zewnątrz chorobotwórcze drobnoustroje i łatwo nie tylko niezajętym częściom spojówki tegoż osobnika, ale także otoczeniu udzielić się mogą. To też ostrożność tak przez chorego jako i jego otoczenie, a zwłaszcza lekarza, który w bezpośrednim znajduje się niebezpieczeństwie, bardzo sumiennie winna być przestrzegana¹⁾. Zachodzi pytanie, czy i przez jak i

¹⁾ Jak wiadomo objawia się od pewnego czasu dążność, o czém świadczy także wniosek sekcji okul. ostatniego zjazdu lek. i przyrodn. polsk. w Krakowie, utworzenia osobnych lecznic dla chorych jaglicowych, a w Węgrzech stało się to nawet rzeczą postanowioną. Kto jak ja czynnym jest w okolicy moeno jaglicą dotkniętą, ten uważałby za stosowniejsze, ażeby osobne chyba tworzyć oddziały dla chorób ocznych nie dotkniętych jaglicą — Nie wątpię zresztą, że oddziały te świeciłyby nierzadko pustkami. Przy ścisłym badaniu widzimy bowiem granulacje tam, gdzie ich nie przypuszczamy, i gdzie chory najmnijmniej nie doznaje dolegliwości. Przytaczam tylko następujące przykłady: Niewidomego wieśniaka przy-

rekooczyn sprawa chorobowa w tym okresie najprędzej i najdzielniej może być zwalczana? Mojem zadaniem jest najprzód ograniczyć nieco lub usunąć wydzielinę, do czego najlepiej nadaje się 1—4% roczyn saletrganu srebra i zasypywanie mojej mieszanki (Acid tann. 1, acid bor. 3) jako téż częste (co 3—4 godz.) zapuszczanie do worka spojówkowego rozmaitych znanych środków odkażających.

Dopiero, gdy wydzielina mniej lub więcej ustąpiła, przystępuję do rekoycznu, który zdaniem mojem, opartem na bardzo obszernym materyjale, nietylko zupełnie wystarcza do osiągnięcia celu, ale jedynie jest racjonalnym, bo usuwa części i wytwory chorobowe nie pogwałcając zasady zachowawczej chirurgii. Rekoycznem tym bardzo prostym jest wyciskanie zawartości ziarniny.

Jak już na początku niniejszego artykułu wspomniałem, wystarczą do wyciskania paznogie, a wszelkie wymyślone do tego celu przyrządy uważamy za zupełnie zbyteczne, gdyż tam, gdzie paznogciami celu dopiąć nie możemy np. jeżeli chodzi o granulacye w samych kąciach ocznych lub na załamku półksiężycowym (plica semilunaris) umieszczono doskonałą i wystarczającą przysługę w tym kierunku oddają nam szczypczyki do wyciągania rzesów. Zresztą nie jest to żadna zasadnicza kwestya, ale raczej rzecz zręczności, lubo nie możemy pominąć przekonania, iż ze względu na chorego winniśmy obywać się bez instrumentów wszędzie, gdzie się to da uskutecznić.

Postępowanie nasze, wielokrotnie wypróbowane, jest następujące:

Po oczyszczeniu worka spojówkowego sublimatem i kilkakrotnem zapuszczeniu kokainy odwracamy, siedząc naprzeciw chorego, najprzód dolną powiekę a wtłoczywszy pomiędzy końce paznogci obu naszych wielkich palcy części załamek zajętych granulacjami wyciskamy lekkim uciskiem zawartość tychże, szybko przesuwając paznogie wzdłuż całego nabłonka, następnie lewym wielkim palcem przyciskając odwróconą powiekę zmiażdżamy prawego dużego palca paznogciem powierzchnię granulacyi znajdujących się na spojówce powiekowej i galki. Co skuteczniejszy szybko jaknajbardziej odwracamy górną powiekę, podkładamy lewy wielki palec pomiędzy wywróconą powiekę a galkę, prawym zaś w podobny jak u dolnej powieki postępujemy sposób. — Przy silniejszym przekrwieniu spojówki krwotok nie rzadko dość jest silnym. Po oczyszczeniu krwi za pomocą iringatora, ponownie przewracamy powieki obie rogówkę niemi pokrywając i od góry zraszamy błonę operowaną roczynem sublimatu 1:1000, a csuszywszy ją gazą odja-

prowadzają nam z kataraktą — jedynie ślepotą do kliniki go sprowadza, zresztą jak się dowiadujemy, nigdy na oczy nie cierpiał; odwracamy powieki, a tu powierzchnia spojówki przedstawia się jak istne ikro rybne. — Matka przyprowadza nam swą dziewczynkę od wielu lat zezującą i pragnie, byśmy ją uwolnili od szpecącego zézu; badając oczy dziecka stwierdzamy silną jaglicę, o której matka nic nie wiedziała. przyznaje jednak, że dziecku często oczy ropiąły, łzawiły się i czerwieniły. Inny chory ciężko zranił sobie oko żelazem i tu przy zaopatrywaniu oka stwierdzamy jaglicę. Czy wszystkie te i tym podobne przypadki nadają się do specjalnych zakładów dla chorób jaglicowych? Nam się zdaje, że rozsądnie przeprowadzona higijena i profilaktyka więcej zdziałać mogą od specjalnych zakładów dla jaglicowych chorych. Przedewszystkiem w klinikach ocznych umywalnie tak urządzić trzeba, by zarażenie przez mycie stało się niemożliwem, baczyć dalej na czystość bielizny, należyte tejże pranie — a izolować w osobnych częściach kliniki chorych z silnemi granulacjami i mocniejszą wydzieliną. — Chcąc zapobiedz szerzeniu się jaglicy winni przedewszystkiem lekarze sami więcej pamiętać o tém, jak łatwo zarazek przez ich własne ręce na zdrowe oczy przeniesionym być może, a dalej o ściśle przestrzeganiu zasad antyseptyki i profilaktyki. Pamiętajmy, że nietylko ręce nasze, które dotykały ocz jaglicowych po każdej rewizyi starannemu winny być poddane myciu, ale że wszelkie przedmioty, jak sondy, któremi masę wkładamy, sikawki używane do worka łzowego, zakrapiacze, którymi dotykamy powiek chorego przy zapuszczeniu kropel itp. a nie mniej i kamyczki lecznicze (cupr. sulf., lap. mitig, alumen itd.) ściśle nie tylko po użyciu obtarte, ale w dobrém odkażającym płynie opłukane być winny. Czy się to zawsze dzieje, niech na to sobie każdy sumienny lekarz sam odpowie. Przypominamy np. iż przy rewizyjach szkół na granulacye ściśle biorąc po każdorazowem odwróceniu powiek rewidujący lekarz ręce opłukać sobie winien, by z chorych na zdrowych choroby nie przenosić.

łowioną przewracamy powieki w naturalne ich położenie i wkładamy do worka maść jodoformową, sublimatową lub też żółtą rtęciową.

Zapalenie rogówki, keratitis pannosa, rozpoczynające się zwykle drobnymi naciekami, które histologicznie odpowiadają mieszkom spojówki i stanowią istotną jaglicę rogówki, nie może stanowić przeciwwskazania do powyższego rękoczynu. Jeżeli nawet na grubej naczyniówce rogówki widoczne są ziarna, dobrze jest, równocześnie takowe zeszkrobać, czy to paznogciem po unieruchomieniu gałki, czy to ostrą łyżeczką.

Założenie opaski nie mało przyczynia się do przyspieszenia zagojenia, nie jest jednakże niezbędnym, a nawet niepożądanym, u osób nerwowych lub takich, którzy ambulatoryjnie pragną się leczyć. Jeżeli chory z dalszych stron pragnie wrócić po operacji do domu, przepisuję mu stósowanie środków odkażających na przemian ze środkami ściągającymi i to stosownie do stanu podrażnienia słabsze lub silniejsze.

Nie rzadko przechodzą granulacje w rozmięczenie bez silniejszej wydzieliny, a nawet bez podrażnienia znaczniejszego spojówki. Natenczas oczywiście od razu, nawet bez kokainy operację wykonać można. Przy wyciskaniu zawsze wystrzegać się trzeba zbyt silnego ucisku na tkankę, jest to bowiem przy rozmięczonych granulacjach zbyt silnym zupełnie, a sprawia choremu mimo kokainy przykry bardzo ból, a nadto niepotrzebnie zrządza wynaczynienia.

Nigdy też nie staram się o to, by wszystkie granulacje, jeśli ich znaczna liczba pokrywa spojówkę, na jednym zmiażdżyć posiedzeniu. Czynię to co kilka lub kilkanaście dni, a nawet w znaczniejszych czasu odstępach, uwzględniając tę okoliczność, iż na jednym i tym samym oku mogą się znajdować ziarna jaglicowe obok siebie starsze i świeższe tj. rozmięczone i twarde. Ostatnich przez silniejszy ucisk paznogci zniszczyć nie uważam za stosowne, ale oczekuję ich samoistnego pod wpływem środków stosowych zniknięcia lub przejścia w stan drugiego okresu, by je wtenczas temu samemu poddać rękoczynowi.

Wyciskanie jaglicowych ziarn jest środkiem tak prostym, a tak skutecznym, że dziwić się wypada, iż tak mało stosunkowo dotychczas bywa wykonywanem¹⁾.

Zazwyczaj po wyciśnięciu granulacji spojówkowych sprawa rogówkowa szybko polepsza się. Jeżeli jednakże silna wytworzyła się już błona naczyniowa na rogówce i zbyt wolno po rękoczynie wspomnianym ustępuje, przystępujemy zwykle do przyżegania tejże naokoło rogówki (peritomia ignea), co niewątpliwie dobry wywierać zwykło skutek. Do peritomii tej nie trzeba atoli używać żegadła nożykowego, ale raczej dość szerokie, gałeczkowe i zagłębić je prawie aż do samej twardówki.

Nie rzadko w ciężkich przypadkach jaglicy rozplemienie granulacji odbywa się silnie w głębi tkanki podspojówkowej — granulacje nie sterczą na powierzchni spojówkowej, tylko głęboko pod nią — wskutek czego tkanka spojówkowa, mianowicie luźne jej części załamkowe silnie są nabrzmięte i przy-

¹⁾ Zdarzyło mi się spotkać kolegę okulistę, który lata całe cierpiał na jaglicę doznając wskutek tego częstokroć bardzo przykrych przerw w praktyce swej. Będąc w jednej ze stolic europejskich najpierwszych radził się okulistów, którzy wszyscy tylko używanie rozmaitych rozezyńców polecali. Skutek zawodził. Gdy u niego wykonałem wyciśnięcie licznych lecz ukrytych na górnym załamku granulacji od razu doznał chory ulgi i w krótko do dawnych powrócić mógł licznych zajęć zawodowych i literackich. Dwa lata upływają od tego czasu a ciąglem ów kolega cieszy się zdrowiem ócz.

bierają wejrzenie tkanki modelowo galaretowej. Mięsko i załamek półksiężycowy giną dla oka wśród ogólnego galaretowego nabrzmienia spojówkowej tkanki i powstaje obraz patologiczny, któremu Stellwag słusznie nadał miano „sulziges Trachom“. W tych to głównie przypadkach takie chrząstki nabrzmiewają wskutek rozrostu tkanki, i ciążą na rogówkę, przez co ta dla wzroku tak ważna część oka i tak przez sprawę jaglicową sama przez się upośledzona, jeszcze silniej zamglewa się. Błona naczyniowa na rogówce grubieje, a na jej powierzchni nie rzadko powstają owrzodzenia, powierzchowne zazwyczaj, ale niekiedy i do głębszych lub szerokich ubytków dochodzące. Że i głębsze części oka, a mianowicie tęczęwka w następstwie upośledzonego obiegu krwi w cierpieniu pośredni wziąć udział i choremu więcej jeszcze dolegliwości przysporzyć może, zbyteczną pewno dodawać.

Wychodząc ze stanowiska zachowawczej chirurgii z góry przeciwni byliśmy i jesteśmy jeszcze operacyi, która oko pozbywa części spojówki przez wycięcie, musimy jednak przyznać, że w przypadkach co dopiero opisanych jaglicy galaretowej, gdzie i głębsze części tkanki spojówkowej, podspojówka i chrząstka są zajęte, nie tylko temu rękyczynowi, głównie przez Jakobsona i tegoż ucznia Heisratha zachwalanemu, przyznać musimy pewną rację bytu, ale że go nawet sami z pomyślnym niejednokrotnie skutkiem stosujemy. O tyle jednakże odmiennie od poleconego przez Heisratha i innych postępujemy sposobu, iż ograniczamy się na wycięciu paska obejmującego prawie całą długość załamek, ale tylko 3—6 mm. szerokiego a przylegającego u górnej powieki tuż do górnego brzegu chrząstki — przytém staramy się wyciąć ile możności jak najwięcej tkanki podspojówkowej, gdyż ta bywa także siedliskiem zajęcia chorobowego. Wycinania chrząstki unikamy z umysłu, gdyż uważamy chrząstkę za zbyt ważną część, niejako za szkielet powieki, natomiast w częściach nabrzmiałych robimy bądź to podczas operacyi samęj, bądź to później, dość głębokie nacięcia nożykiem od strony spojówki, częścią, by pootwierać małe ropnie, jakie się w gruczołkach Meiboma tworzą, częścią by zwolnić chrząstkę od przesączenia limfatycznego. Ponieważ w tym okresie choroby i w tej postaci, przeciw której wycinanie spojówki uważamy za wskazane, znaczny zachodzi zastój krwawy, przeto przy operacyi staramy się podtrzymywać ciepłem zraszaniem i tak nieraz silny dosyć krwotok. Aby zaś środki odkażające, jakich po ukończonej operacyi w postaci maści jodoformowej, żółtej rtęciowej lub sublimatowej, a później w postaci wkraplań rtęciowych przetworów, mogły wpływać na głębsze części spojówki przez ranę nie zakładamy u dolnej powieki żadnych szwów, a u górnej tylko luźne trzy, by zbliżyć nieco brzegi ranki do siebie, zresztą co do dalszego leczenia następnego możemy bliższe pominąć szczegóły odwołując się na to, co już na str. 332 było wyliczonem. Oczywiście rzecz, że leczenie pooperacyjne ważną wielce odgrywa rolę i stosować się powinno nie tylko po wycięciu pasków spojówkowych, ale w ogóle po każdym przeciw jaglicy przedsięwziętym rękoczynie do objawów i powikłań chorobowych. *Rękoczyny jakiekolwiek bądź nigdy nie będą mogły usunąć doraźnie cierpienia jaglicowego, jak to w innych przypadkach chirurgicznych ma miejsce, ale mogą je tylko uczynić daleko przystępniejszemu leczeniu właściwemu przeciwpasożytnemu i współtowarzyszącym powikłań.* Te okoliczność powinniśmy mieć zawsze na oku i należycie ją uwzględnić.

Co do wyboru pewnego sposobu operacyjnego, to według powyżej lekko dotkniętych wskazówek wypada nam zawsze uwzględnić okres, w którym choroba się znajduje. Że zaś nie rzadko w obec nader przewlekłego i powolnego prze-

biegu, jakim się jaglica odznacza, zmiany patologiczne odpowiadające rozmaitym okresom choroby mogą istnieć obok siebie tj., że obok wrzodów jaglicowych lub blizn typowe napotykamy ziarna jaglicowe, przeto też wybór operacji uwzględnić powinien te zmiany patologiczne, które w poszczególnym przypadku przeważają.

Nie od rzeczy może dodać jeszcze, że będąc zupełnie zadowolonym ze sposobów operacyjnych powyżej przytoczonych nie miałem powodu uciekania się do innych lub doświadczania takich, których działanie niewątpliwie daleko chyba jest powolniejszym, jako to elektrolyza, albo, których wykonanie zbyt szorstkiem, jak szczotkowanie, być mi się zdawało.

Na zakończenie nadmienię, iż następstwa zapalenia jaglicowego, jako to łuszcza nacyniowa (pannus), plamy rogówkowe, wiał spojówki, zwięźlenie szpary powiekowej, podwinięcie brzegów powiekowych i rzesów. (entropium et trichiasis), dwurzędowość (distichiasis) i t. d., wymagają także rękoczynów, które niejednokrotnie i jedynie następstwa te usunąć lub złagodzić mogą. We wyliczanie i krytykę tych rękoczynów zapuszczać się tutaj nie mamy powodu, zaznaczamy tylko, że wybór stosownego rękoczynu i ściśle tegoż wykonanie nie rzadko przywraca dość dobry jeszcze wzrok tam, gdzie się pozornie tego już wcale nie można było spodziewać, a równocześnie usuwa trwające od wielu lat dolegliwości i zeszpecenia.



B. Spostrzeżenie z praktyki.



Wypadek wycięcia nerwu nadoczodołowego.

Podał Dr. Józef Talko.

Przez naczelnego lekarza dra Lindenbauma, znanego chirurga, zostałem zaproszony na naradę do pewnej chorób, która przybyła do jarosławskiego ziemskiego szpitala na kurację. Była to Nadzieja Jakowlewa, mieszkanka m. Rybińska, lat 43, słabo odżywna. Przedstawił mi się osobnik godny pożałowania, ofiara okropnych nerwobólów głowy i twarzy, które ją trapiły przeszło lat 4, od chwili miesiączkowania. Nerwoból chora porównywała do ukłuć igłami; z początku napady trwały po tygodniu z przerwami miesięcznymi, lecz z czasem powtarzały się coraz częściej i częściej, tak iż chora naliczyła do 50 na dobę; bóle w końcu męczą ją we dnie i w nocy, pozbawiając snu i niepozwalając nawet dotknąć się chustką nosa; zmniejszała je tylko ściśnięciem czoła opaską i wtedy zwykle jadła. Napad bólu zwykle rozpoczynał się w lewej połowie czoła, skąd przechodził na odpowiednią ciemienia, nosa, górnej wargi i wierzchnią część lewej twarzy. Myśląc, że główną przyczyną nerwobólu były zęby, wyrwała takowe wszystkie w obu szczękach, z lewej strony.

Badając za pomocą palca miejsce, skąd pochodził nerwoból, przekonałem się, że najbardziej czułym przy lekkim dotyku był n. nadoczodołowy (n. supraorbitalis), lecz skoro się go uciskało w incisura supraorbitalis wnet chora uczuwała zniknięcie bólów we wszystkich wyżej wzmiankowanych miejscach. Dodać winienem, że podczas napadów odpowiednie oko zaczerwieniało się, łzawiło się i z powodu światłowstrętu chora kurczyła powieki; wzrok jednak był nieuszkodzony.

Postanowiliśmy po naradzie wykonać wycięcie tego nerwu, co też wnet — za zgodą pacjentki — skutecznie po jej zachloroformowaniu. Operacji dokonałem przy asystencji dra Falck'a, w obec kol. Lindenbauma, Kaszkarowa

i wielu innych. Cięcie zrobiłem, poczynając od wcięcia nadoczodołowego, prostopadłe, długości cala; po przecięciu mięśnia marszczącego brwi i podwiązaniu kilku tętniczek uwidocznił się nerw, który uchwyciłem cążkami przy brzegu oczodołu, i przeciąłem nożyczkami jak mogłem najgłębiej w oczodole, poczem uniósłem go do góry i w górno-zewnętrznym końcu rany odciąłem kawałek długości około 2ch centymetrów. Przy odszukaniu nerwu wiele mi dopomagał żłobkowany zgłębnik, po którym ostrożnie przecinałem warstwy mięśniowe i zapomocą którego rozpruwałem tkankę łączną, nerw otaczającą. Resekcyja odbyła się na dzielącej się tu na 2 gałązki gałęzi nadocznej, bowiem n. czolowy i bloczkowy (klubkowy) leżą więcéj ku stronie nosa. Ranę połączono prostym szwem i zapruszono jodoformem. Ponieważ nie było najmniejszego wysięku w górnej powiece, przeto rana bez żadnych powikłań zabiżniła się doraźnie, pozostawiając mało znaczną bliznę. Powiedzieć winienem, że przy i po operacyj zastosowaliśmy się do wymagań współczesnej antyseptyki, ściśle przestrzeganej w wyż wzmiankowanym szpitalu.

W chwili wycięcia nerwu chora, jakby po dotknięciu czarodziejskiej różeczki, czuła się swobodną od trapiących ją tyle lat bólów. W parę tygodni opuściła szpital, nie mając słów na wynurzenie swój wdzięcznóści lekarzom. Dnia 23. VIII, przy wyjściu ze szpitala, uskarżała się tylko, że strona operowana czoła była „drewniana.“ Badając cyrklem Weber'a okazało się, że znieczulenie zajmowało nie tylko lewą połowę, osobliwie zewnętrzną, czoła, lecz nawet przednią część ciemienia przy prawidłowem czuciu górnej powieki i wewnętrznego kąta oka; najwyższe znieczulenie stwierdzono w okolicy wcięcia nadocznego: gdy na stronie prawej chora odczuwała obie nóżki cyrkla na odległości 8 mm., na lewej zaledwie mogła rozpoznać takowe na odległości 13—14 mm.

Aby osiągnąć pożądaný rezultat neurektomii należy wyciąć nerw isticie cierpiący, a nie inny, sąsiedni, przez pomyłkę. Nie ulegało wątpliwości, że w naszym wypadku takim był n. nadoczodołowy. Neuralgija téj gałązki nerwu trójdzielnego za pośrednictwem rozpromieniania udzielała się i innym nerwom 1-éj i 2-éj gałęzi jego; stąd podczas silnych napadów rwy, pacjentka czuła ból w nosie, twarzy i zębach, przy łzawieniu i światłowstręcie, co wprowadzało w błąd — co do siedliska choroby — nie tylko chorą lecz i licznych jéj „leczycieli“ którzy pozbawili ją połowy zupełnie zdrowych zębów. Wszystko to ustało po wycięciu nerwu supraorbitalis na przestrzeni blisko dwóch centymetrów! Czy jednak, wyleczywszy nerwoból, zabezpieczyliśmy choréj trwały wynik? Na to niech odpowie wynik 134-ch neurektomii w ogóle, zebranych przez A. Wagnera (statystyki neurektomii n. nadoczodołowego). Wyzdrowienie obserwowano przez długie lata u 25 chorych, przez kilka miesięcy — u 18, operacyja okazała się bez skuteczną u 9 pacjentów, zmarło 6, wiadomy wynik u 24, recydywa zanotowana u 52 (0/0 dość znaczny!). Do jakiej kategorii należeć będzie nasza pacjentka — czas to pokaże, w każdym razie fakt rzeczywistego uleczenia nerwobólu drogą operacyjną godny jest zapisania w czasopiśmie lekarskiem. Jeżeli pomocne, choć przez pewien czas, w podobnych neuralgiach bywało przecięcie nerwu (Neurotomia), to tém dłużej trwającego skutku mamy prawo oczekiwać dziś po wycięciu nerwu (Neurectomia), która to operacyja słusznie usunęła z praktyki lekarskiej proste przecięcie nerwu, łatwo zrastającego się i odzyskującego swoją czynność, po pewnym czasie.

Wreszcie zwracam uwagę czytelnika na etiologiję nerwobólu, która rozwinęła się z chwilą rozpoczęcia u choréj lat zwrotu płciowego.

Jarosław nad Wolgą 3 września 1891.



C. Oceny i Sprawozdania.

1. Anatomija, fizyologija i patologija ogólna.

1. J. Loeb (z Neapolu). Heliotropizm zwierząt i jednozgodność jego z heliotropizmem roślin. *Wuerzburg* str. 118. 8°.

2. Tenże. Heliotropizm u zwierząt pelagicznych jako przyczyna ich peryodycznego poruszania się w głąbina powierzchni morza. *Biol. Centralbl.* X. No. 56.

3. Tenże. Heliotropiczne skrzywienia u zwierząt. *Pflügers Arch.* Bd. 47 i 49.

4. Tenże. O Heteromorfozie. *Wuerzburg* 1891. s. 80. 8°.

5. Tenże. O geotropizmie zwierząt. *Pflügers Arch.* Bd. 49. H. 3 i 4.

Pięć prac tego samego autora wydane bądź to jako osobne książki, bądź to w czasopismach wykazują wpływ fizycznych sił a mianowicie światła na zwierzęta. Jest on całkiem podobien do wpływu światła słonecznego na rośliny, wykazanego przez J. Sachs'a. Pierwsze (protoplasma) zwierzęce tak samo, jak i roślinne, ulega pod tym wpływem zmianom, których skutkiem wedle budowy i czułości odnośnych cząsteczek jest ustawienie się pewne oświeconych tworów albo też i ruch ich w kierunku światła. Nawet u zwierząt nie mających oczu okazał się czulszym na światło koniec pyszczkowy od przeciwnego; u wielu zaś zwierząt czulszą jest nadto strona brzuszna od grzbietowej na światło, np. u wielu gąsienic, mszyc i tp.; u innych przeciwnie. — Istnieje heliotropizm dodatni i ujemny. U niektórych zwierząt może w pewnym okresie rozwoju uwydatniać się pierwszy, w innym zaś drugi. Tak n. p. muchy są dodatnio heliotropiczne, ich larwy zaś ujemnie. Inne owady, np. mrówki, okazują heliotropizm tylko w pewnej porze swego rozwoju. Ciepło wzmacnia wrażliwość na wszystkie bodźce, a więc i na światło, tak, że wtedy przy słabszym świetle występuje już heliotropizm. Cmy są tak samo jak dzienne motyle dodatnio heliotropiczne; ale okazują w nocy daleko większą czułość na światło, aniżeli we dnie. Cma w pudełku zamkniętym trzymana i nagle wypuszczona za dnia poleci ku słońcu tak jak w nocy ku świecy. Prócz heliotropizmu wpływają na ruchy zwierząt także i inne momenta, jak geotropizm, stereotropizm i td., co utrudnia znacznie zbadanie pierwszego. — Silne działanie światła może na niektóre zwierzęta zwłaszcza morskie działać odwrotnie, jak słabe. Tak np. larwy skorupaia *Balanus perforatus*, które w nocy się gromadzą na powierzchni mózła, będąc dodatnio heliotropicznymi, — zanurzają się w głąbią pod działaniem światła jaskrawego, które wywołuje u nich ujemny heliotropizm. Najwięcej badał L. wpływ światła na utwierdzone do ziemi zwierzęta, np. polipy, stułbie i tp. i znalazł taki sam wpływ, jak u roślin, na położenie i kierunek rośnięcia.

Do tego samego szeregu zjawisk zalicza L. i ruchy barwnikowych komórek w ogóle; a także prętkowców w siatkówce pod wpływem światła.

Interesującą jest praca o heteromorfozie przy odrastaniu odciętych części polipów. Odrastanie to bywa różne u niektórych zwierząt, zależnie od wpływów ciężkości, światła i środowiska, w którym się pień lub odcięty szczep znajduje. U innych znowu gatunków zwierząt, zdaje się, nie zależą wcale zjawiska odrastania od tych wpływów.

(Według referatu Zuntza w *Fortschr. der Med.* Bd. 9. 1891.)

Do tego referatu skróconego dołączam własny z najnowszej publikacji autora o geotropizmie czyli oryentowaniu się ciała zwierząt do przyciągania ziemi. Tak jak rośliny, z pierwotnego położenia sztucznie spaczone, powracają za pomocą skrzywienia do niego przy dalszym rośnięciu, tak i u zwierząt morskich, np. polipów wodnistych zauważył autor takie same czysto-geotropiczne skrzywienia, tj. tylko wskutek wzrostu, nie zaś wskutek skurczu mięśni. — Od tego geotropicznego działania na pierwsze zależy także, zdaniem L., poczęści i podnoszenie się niektórych niższych zwierząt morskich i ich rozdzielanie w morza głębinach, podczas gdy geotropizm zwierząt wyższych, morze zamieszkujących, np. ryb zależy od wewnętrznego ucha, w którym przy-

ząd otolitów służy do oryjentacji w wodzie. Doświadczenia swe robił L. głównie na gatunku rekina (*Scyllium canicula*), wyjmując mu otolity, przez co zwierzę to straciło zdolność oryjentowania się do poziomu. Jakim sposobem zaś od układu tych kamyszków w uchu środkowym zależy możność oryjentowania się tego, to nam zarówno nie wytłómaczoném, jak dotąd i botanik nie może jeszcze wyjaśnić geotropicznych skrzywień u roślin.

A. Macleyden, M. Nencki i pani M. Sieber. O sprawach chemicznych w jelicie cienkim. (Untersuchungen ueber die chemischen Vorgaenge im Dünndarm.) *Arch. f. exper. Path. u. Pharm.* 1891. Bd. 28. str. 319.

Ważna to praca, oparta nie tylko na chemicznych, ale i na bakteryjologicznych badaniach treści kiszkowej osoby z przetoką kałową w najniższym odcinku jelita cienkiego. Okazało się, że treść ta odpływa do grubej кишки dość jednostajnie; najmniej odpływa jej w nocy. Czasami już w dwie godziny po przyjęciu pokarmu rozpoznawano go w treści jelitowej. Treść ta żółto zabarwiona, zawsze bezwonna, nawet przy spożywaniu białka, oddziaływała kwaśno; pochodzi to od zawartych w niej organicznych kwasów, mianowicie od octowego; znaleziono w treści tej nadto nierozłożone białko, dekstrynę, dekstrozę (cukier) itd. — Bakteryjologiczne zbadanie wykazało, że zależnie od rodzaju pokarmu i od czasu, jaki upłynął od jego spożycia, ilość bakterji pewnego gatunku bywa większą lub mniejszą. Z 7 gatunków, jakie przeważnie w treści jelitowej spostrzeżono, wszystkie rozkładają tylko węglowodany, wytwarzając z nich alkohol etylowy, oba rodzaje kwasu mlekowego, kwas octowy, masłowy i bursztynowy; na białko zaś żadnego nie wywierają one wpływu; ztąd sądzą autorowie, iż w prawidłowych warunkach wytwarzanie się indykanu, fenolu, skatolu, siarkowodoru, metylmerkaptanu i innych produktów rozkładowych białka dopiero dzieje się w kiszce grubiej, której treść oddziaływa zawsze alkalicznie. Rozkładające białka mikroby nie mogą się rozwijać należycie w kwaśnej treści kiszek cienkich i dopiero w kiskach grubych nadają jej smrodliwą woń kałową. Wydzielany przez błonę śluzową cienkich jelit sok alkaliczny zubożeniu wprawdzie nadmiar wytworzonych kwasów mianowicie w warstwie najbliższej ścian jelita, przez co trawienie w jelicie jest możebnem. — Obserwowana w ciągu 6 miesięcy pacjentka, choć pozbawiona całkiem współdziału kiszek grubych w trawieniu, mimo to znacznie w tym czasie przytyła. Na fakt ten autorowie szczególny nacisk kładą i na mocy jego zbijają twierdzenie Pasteura, jakoby trawienie kiskowe białka bez pomocy bakterji było niemożebnem. Skoro bowiem, jak się przekonali, wpływ bakterji w jelicie cienkim ograniczał się tylko do węglowodanów, a chora mimo to się stosunkowo nie źle miała, choć rozkładające białko bakterje, jakie się rozwijają w kiszce grubiej, w tym wypadku do trawienia kiskowego się przyczyniały, więc jedynie wpływowi wydzielin trawieniu służących (soku kiskowego) należy przypisać zmiany białka przygotowujące jego przyswojenie i wessanie.

Nam się wydaje, że jeden jedyny, aczkolwiek najsumienniejszy zbadany, przypadek nie wystarcza jeszcze do wyjaśnienia kwestyi. Wiedząc, jak często przy upośledzonej czynności wydzielniczej żołądka wyręcza ją trawienie kiskowe przez czas dłuższy, sądzymy, że organizm umie do zmienionych warunków się przystosować. Pożądaną a łatwą do osiągnięcia było w każdym razie rzeczą w tym przypadku podać wiadomość także i o czynnościach żołądka mianowicie o jego chemizmie.

Chłapowski

J. Sobotta. Przyczynek do porównawczej anatomii i rozwoju warstw mięśniowych macicy. *Archiv. für mikrosk. Anatomie* 38 tom I zeszyt z 3 września 1891.

Jeżeli w jakiej dziedzinie uczuwalismy brak porównawczych badań anatomicznych to właśnie na polu badań macicy. To też powyższa praca autora, którą wykonał w berlińskim instytucie anatomicznym, tém większe i donośniejsze ma znaczenie, jakby się na pozór wydawało. Uwydatnia się tutaj znowu ta nie dosyć do zaakcentowania prawda, że nieraz prace pełne kilkoletnich studiów, jeżeli nie są oparte na poprzednich badaniach porównawczo anatomicznych, dają wyniki, które nieraz odnośny badacz

zupełnie fałszywie sobie tłumaczy. Tak się miała np. sprawa z pracą Bayera o mięśniach macicy, ich składzie i powstaniu. Ponieważ była ona czysto natury ginekologicznej, a nie uwzględniała porównawczej anatomii, wyniki i objaśnienia nie odpowiadają w wielu punktach rzeczywistości, a na co obecnie praca Sobotty zwraca uwagę. A ile to usilnej i zmuśnej pracyłożył Bayer w klinice Freunda na te badania! Autor powyższej pracy doszedł na mocy swych drobnowidowych studiów do przekonania, że rzeczywistą zasadniczą warstwą mięśniową macicy jest warstwa okrężna, która rozpoczynając się od jajowodów przechodzi w biegu nieprzerwanym na macicę i pochwę. Jestto więc pierwotny pokład mięśniowy przewodów Müllerowskich. Do niej przyłącza się warstwa mięśniowa podłużna, a przynależna do szerokiego wiązadła i idąca wspólnie z błoną surowiczą. W macicach, stojących na niskim stopniu rozwojowym, a posiadających tém samém długie różki, jest ona znacznie rozwinięta, uwypatnia się ona natomiast nieznacznie w macicy małpy, a w macicy kobiety prawie jest zanikłą. Warstwa ta mięśniowa nie przechodzi zwykle na jajowody, a jeżeli to czasami czyni, to na małej tylko przestrzeni. Również nie przechodzi ona ani na pochwę, ani na otrzewnę. Między obiema warstwami mięśniowymi znajdują się w rzeczywistej części podsurowiczkiej wielkie pnie naczyniowe macicy. Okolone są one zwykle większymi lub mniejszymi pasmami gładkich mięśni. Najwięcej są mięśnie te rozwinięte u drapieżnych i dwukopytkowych zwierząt, u nietoperzy i małp są one ledwo dostrzegalne a wcale ich nie znajdujemy u człowieka. Warstwa mięśniowa macicy człowieka wykształciła się przeważnie z zmienionej warstwy okalającej, której kierunek wielokrotnie wskazywany bywa przez większe naczynia, jakie w niej są zawarte. Tak macica ludzka jak małpy ma warstwę podśluzową podłużnych mięśni. Idzie ona w kierunku fałd błony śluzowej i przyczynia się do ich utworzenia. Ani w zwierzęcej macicy ani u kobiety nie ma części podśluzowej (*submucosa*) i mięśni błony śluzowej (*muscularis mucosae*). Wszelkie dotychczasowe podziały pojedynczych warstw macicy (przypominamy podział Krausego, Kreitzera, Williamsa i innych) na oddzielne części są zdaniem Sobotty dobrowolne i zależne od przebiegu naczyń.

Święcicki.

2. Choroby nerwowe.

Dejerine: O chorobie Friedreicha.

1) Sur les causes probables de l'intégrité de la sensibilité dans la maladie de Friedreich. *Compt. rend. des séanc. de la soc. de biol.* 1890, No. 1.

2) Sur la différence de l'état de sensibilité dans la maladie de Friedreich et dans la maladie de Duchenne. (*Ibidem* No. 9.)

3) Sur l'anatomie pathologique de la maladie de Fr. (*Ibidem* Nr. 28.)

Chorobę Friedreicha nazwano mianem autora, który pierwszy opisał tę dziedziczną postać ataksji czyli ruchowego bezdładu, powoli przebiegającą, nieraz u kilku członków jednej rodziny równocześnie i to już w młodym wieku, czasami jeszcze przed rozrąstem płciowym występującą postać, przypominającą bardzo wiać rdzeniowy nie tylko pod względem histologicznych zmian, ale i pod względem klinicznym, różniącą się atoli od tabetycznej ataksji tém, że zaburzenia czuciowe są rzadsze, że zaburzenia w koordynacji ruchów objawiają się nie tylko w nogach, ale w dalszym przebiegu i w górnych kończynach i w mowie i w oczach (nystagmus), podczas gdy brak całkiem mózgowych objawów, czy to psychicznych, czy żrenicowych, lub dotyczących nerwu wzrokowego. Chociaż porówno w wiać rdzeniowym, jak w chorobie Friedreicha, zmiany patologiczne dotyczą przeważnie tylnych powrózków rdzenia, uważa Déjérine (1) różnicę pewną, a mianowicie, że u tabetyków w stosunku do tych zmian zachodzą zmiany także i w korzeniach tylnych rdzenia, podczas gdy one w ataksji dziedzicznej całkiem prawie są nieznaruszone, albo mało tylko zmienione. Z dyskusji z pp. Letulle et Vaquez nad tym przedmiotem w towarzystwie biologiczném paryskim wywołanej wynikły po ponowném zbadaniu odnośnych wypadków następujące ważne szczegóły różniczkowe: Zmiany twardzielowe tylnych powrózków w chorobie Friedreicha nie polegałyby

na stwardnieniu naczyń, tak jak to się dzieje w Tabes itp., ale na przeroście osłonki nerwowej czyli łącznej tkanki międzynynerwowej skutkiem upośledzenia rozwojowego w rdzeniu. Nie jest to nigdy stwardnienie powikłane nabyte; tylko w rzadkich wypadkach cierpią i boczne powrózki. — Zanik mięśni dotkniętych bezładem nieraz też się rozwija, zaburzenia w czuciu zaś są tylko wyjątkowymi. Nigdy przytém nie dochodzi do stwardnień w tylnych korzeniach rdzenia a i zmiany w obwodowych nerwach inne są całkiem, jak w wiąździe rdzeniowym. Mimo osobliwych postaci, w jakich choroba Fr. czasami występuje, zawsze jednak nietrudno ją rozpoznać od wiądu. *Chłapowski.*

3. Medycyna wewnętrzna.

Purjesz. O zimniczych postaciach tyfusu. (Ueber einige Eigenthümlichkeiten des Temperaturverhaltens beim Thyphus abdominalis mit Berücksichtigung der Mischform zwischen Typhus u. Malaria). *Pest. med.-chir. Presse* 1891. No 22.

Dla czytelników *Nowin lek.*, którzy w roczniku 1889 na str. 384 i 437 mieli sposobność poznać Justyna Karlińskiego „Przyczynek do znajomości duru brzuszego o nietypowym przebiegu“ oparty na spostrzeżeniach częstości „psiej choroby“ w Hercegowinie nie będzie obojętném streszczenie pracy o przebiegu tyfusu w gorączkę przerywaną jak w zimnicy, chociaż praca ta tylko na klinicznej obserwacji, a nie na klinicznych badaniach się opiera. Takich wypadków nasuwających myśl „mieszanego zakażenia“ opisał P. kilka podobnie jak dawniej Weil. W niektórych można było zauważyć gorączkę zwiastunową (Prodromalfieber) tyfusu; w innych wypadkach, gdzie trudno było się dowiedzieć o początku prawdziwym choroby, mogło też chodzić o ostatni okres lekkiego tyfusu i o jego recydywę.

D. Hansemann (Berlin). O pierwotnym raku wątroby. (Ueber d. primären Krebs der Leber). *B. kl. Woch.* 1890. No. 16.

Z pomiędzy 258 przypadków raka wątroby, zapisanych w protokołach berlińskiego patologicznego instytutu z dwudziestu lat (1870—89), było 25 pierwotnych raków pęcherza żółciowego, 2 wielkich przewodów żółciowych, a 6 samej wątroby, tj. 3 u mężczyzn i 3 u kobiet. — Następuje opis szczegółowy zmian patologicznych w jednym wypadku, w którym guzy przerastające wątrobę były ogromne a cała wątroba ważyła $5\frac{2}{3}$ kilogr.

H. Kisch. (Marienbad.) Nagła śmierć otyłych. *Pest. med. chir. Presse.* 1891. No 13.

Jako groźne objawy u osób otyłych, których serce osłabło, podnosi K. 1) arytmiją tj. całkiem nieregularne tętno, zwolnienie tętna stałe, napady silne dusznicy bolesnej i astmatyczne z typem oddechowym *Cheyne-Stokesa*, częste zawroty, przemijającą afazyję, lekkie niedowłady, jednostronnie, twarzy, ręki lub nogi.

Śmierć nagła u otyłych zdarza się po 50. r. częściej u mężczyzn niż u kobiet, (prawdopodobnie dla tego, że pierwsi więcej nadużywają alkoholu,) po silném wzruszeniu lub zmęczeniu, po biesiadzie, wypróżnieniu utrudnioném. Najczęstszą przyczyną śmierci jest ostry obrzęk płuc w skutkiem nieprawidłowości przerosłego tłuszczu serca; dalej często się zdarza wylanie krwi w mózgu skutkiem stwardnienia i miażdżycowego zwyrodnienia tętnic. Otyli mniej okazują odporności przeciwko apoplektycznym napadom. Pęknięcie serca zwyrodniałego tłuszczowo nie tak często się zdarza, jak to *Quain* przedstawia. Na 38 obdukcji zmarłych nagle osób otyłych w 1 tylko wypadku tę przyczynę śmierci zauważył.

Są też wypadki, w których ani badania za życia, ani pośmiertne nie dają nam wyjaśnienia przyczyny śmierci. *Chłapowski.*

4. Chirurgia.

Matlakowski. Kilka myśli w przedmiocie chirurgii dróg żółciowych. *Gazeta lekarska* r. 1891 Nr. 25 i 26.

Od czasu jak w r. 1878 Marion Sims i Kocher wykonali dwie pierwsze cholecystotomije, chirurgija dróg żółciowych zrobiła znaczne po dziś dzień postępy, choć wskazania i metody postępowania operacyjne jeszcze dotąd skończenie pewnemi nie są. — M. rozróżnia następujące rękoczyny operacyjne na przewodach i pęcherzyku żółciowym.

1) Cholecystotomija z utworzeniem przetoki, jak ją wykonali Sims i Kocher. Operacyją tę radzi M. słusznie analogicznie do gastrotomii, enterotomii nazwać raczej cholecystotomiją.

2) Cholecystotomija idealna, t. j. przecięcie pęcherzyka żółciowego, usunięcie przyczyny choroby (kamieni itd.), zeszyte natychmiastowe pęcherza żółciowego, jeżeli jego przewód jest wolnym, i odprowadzenie go do jamy otrzewnej. Operacyja wykonana najpierw przez Courvoisier'a, a polecona bardzo przez Bernays'a, Kuster'a i i.

3) Cholecysto-ektomija, czyli wycięcie pęcherzyka, pomyślnie i wielokrotnie szczęśliwie wykonane przez Langenbuch'a.

4) Podwiązanie i przecięcie następne przewodu pęcherzykowego między dwoma podwiazkami z wszyciem przeciętego pęcherzyka w ranę brzuszną, operacyja wykonana najpierw przez Zielewicza z dobrym skutkiem.

5) Cholecystoenterotomija według pomysłu Winiwarter'a, tj. utorowanie drogi dla odpływu żółci z pęcherzyka żółciowego przez wszycie naciętego pęcherzyka w naciętą kiszkę, tam gdzie usunięcie przeszkody zamykającej ductus choledochus jest niemożliwem. Operacyją tę wykonali z pewnemi zmianami Kappeler, Monastyrski, Socin, Terrier, Tillaux, Robson.

Oprócz tego wyszczególnia jeszcze M. operacyją zgniecenia kamyczków żółciowych przewodów zapychających, jaką Kocher wykonał i poleca takową w wypadkach, gdzie się wykonać da.

Następnie rozbiera autor wskazania powyżej wymienionych form operacyjnych. Ze stanowiska teoretycznego uważa w tych razach gdzie chodzi o usunięcie przeszkody w wydzielaniu się żółci do kiszki, za najodpowiedniejszą operacyją Kochera, lub gdzie ta się wykonać nie da, operacyję Winiwartera (cholecystoenterotomiję) albo operacyję Courvoisier'a z modyfikacyjami Crede'go lub Czerny'ego dla zapewnienia odpływu żółci na zewnątrz, w razie pęknięcia zeszytęj rany pęcherzyka żółciowego.

Lecz i wycięcie pęcherzyka (operacyja Langenbuch'a) jest operacyją w wielu razach zdaniem M. wskazaną i uprawnioną, mimo surowej krytyki jaką ta operacyja ze strony niektórych autorów (Lawson Tait) doznała. M. sam widział się w pierwszym przez siebie wykonanym przypadku cholecystotomii zmuszonym wykonać następnie cholecysto-ektomiję, ponieważ po przecięciu pęcherzyka pozostała przetoka sącząca śluz z pęcherzyka żółciowego w dość znacznej ilości (mimo iż żółć, widocznie w skutek zamknięcia się ductus cystici do pęcherzyka się nie wydzielala). Chora wyzdrowiała po drugiej operacyi zupełnie, podczas gdy po pierwszej stan jej był dość niekorzystnym i do pracy niezdolną ją czynił.

W drugim wypadku wykonał M. cholecystotomiją. W chwili wypisania chorej ze szpitala istniała jeszcze przetoka, wydzielająca małą ilość „ropiasto-śluzowej wydzieliny“. Dalsze losy chorej nie są M. wiadome.

Po bliższe szczegóły, dotyczące szczególnie pierwszego teoretycznie i praktycznie ciekawego przypadku odsyłamy czytelnika do oryginału.

Th. Kölliker. Narkoza bromkiem etylu w praktyce chirurgicznej. *Centralblatt f. Chirurgie*, 1891, No. 20.

K. poleca bardzo bromek etylu w praktyce prywatnej i poliklinicznej przy krótko trwających bolesnych operacyjach, w szczególności przy: 1) nacięciach ropni,

2) operacjach zapaleń tkanki łącznej (phlegmone), 3) tenotomijach, 4) termokauteryzacji, 5) wydobywaniu zgorzelinowych kawałków kości i palców itd., 6) wycięciu pomniejszych powierzchownych narośli, 7) wyłuszczeniu gruczołów gruczołowych i małych ognisk kostnych tuberkulicznych lub toczniowych (lupus).

Rydygier (Kraków). O leczeniu ran. (*Odczyty kliniczne*, wydawane przez redakcję Gazety lekarskiej. No. 27, 1891.)

R. daje w wykładzie tym zwięzły i treściwy pogląd na ogólne przepisy przy leczeniu ran, z szczegółowem uwzględnieniem potrzeb i warunków praktyki. Lekarzowi praktycznemu, który zwykle nie rozporządza bogatymi środkami klinicznymi w swém ambulatorium i musi sobie radzić jak można, a jednak robić wszystko należyte, aseptycznie, względnie antyseptycznie około ran i opatrunków, możemy prześledzanie tego odczytu prof. R. szczerze i gorąco polecić.

Ponieważ zakażenie przez dotykanie (Contactinfection) jest głównym powodem psucia się i złego gojenia ran, a zakażenie przez powietrze (Luftinfection) tylko wyjątkowo w zwykłych warunkach się zdarza, dla tego to na desinfekcyję rąk operatora i otoczenia rany szczegółową zwraca R. uwagę i podaje szczegółowe, wypróbowane ku temu przepisy, po które czytelnika do oryginału odsyłamy (str. 3 i 4).

Narzędzia poleca R., ile możności sterylizować i zaleca ku temu przyrząd Skutsch'a, do celów prywatnej praktyki przez Mars'a przystosowany. W tym przyrządzie gotują się narzędzia tępe przez 15 minut w 1⁰/₀ roztworze sody; narzędzia ostre, a w szczególności noże tylko na krótki czas się zanurzają, bo inaczej łatwo tępieją.

Zwraca dalej uwagę słusznie, by i przy małej ranie w prywatnej praktyce wszelkie potrzebne przygotowanie przed rozpoczęciem operacji, względnie opatrunku zrobić, a nie dopiero w czasie operacji jeden przedmiot po drugim w miarę potrzeby sobie przygotowywać.

Ran czystych operacyjnych, w czystych nie ropiejących częściach ciała robionych nie radzi drażnić niepotrzebnem zlewaniem płynami przeciwważnymi, tylko albo sucho je opatrzyć, albo tylko 0,6⁰/₀ roztworem sterylizowanym soli kuchennej zlewać.

Sądzę, że po doświadczeniach Landerer'a, E. Kurz'a*), Bergmanna*), suche leczenie ran bezzakaźnych jak najwięcej polecić można, polewanie choćby roztworem 6⁰/₀ soli kuchennej, uważa Kurz także za szkodliwe (Przyp. ref.) — Sączków w tych razach, gdzie na pewno na rychłozrost liczyć można, R. nie używa, tylko kąty i miejsca najniższe rany pozostawia nie zeszyte.

Rany już poprzednio zanieczyszczone i rany w tkaninach zapalonych lub ropiejących należy naturalnie jak najgruntowniej wyczyścić, sublimatem 1⁰/₀₀ lub t. p. przepłukać, sączkować itd.

Rany stykające się bezpośrednio z jamami, pokrytymi błoną śluzową, jak usta, nos, kiszki przepłukuje R. roztworem kwasu salicylowego lub bornego i wytamponowuje gazą jodoformową i uważa w tych razach jodoform za cenny środek.

Przy ranach w częściach ciała zajętych sprawą gruczołą postępuje R. w następujący sposób: Wyciąwszy jak najdokładniej, wyskrobawszy chore części tak kostne, jak części miękkie, wyskrobawszy wszelkie istniejące przetoki i zaułki, przepłukuje następnie roztworem sublimatu, a potem wyciera ranę jodoformem albo zlewa mieszaną jodoformową z gliceryną wszelkie zaułki ran i przetok. Następnie, jeżeli ma to przekonanie, że wszelkie chore części wyciął dostatecznie, zaszywa ranę, zostawiając tylko najniższe miejsca i kąty otwarte, albo jeżeli nie jest pewnym rychłozrostu, wytamponowuje gazą jodoformową. Sączki uważa przy ranach gruczołowych za szczególnie szkodliwe, ponieważ pozostawiają one po sobie tak często długo się niegojące przetoki. U chorych nie znoszących jodoformu używa balsamu peruwiańskiego.

Rany postrzałowe radzi R., jeżeli wcześniej ile możności zaraz pierwszego dnia po postrzale, pacjenta opatrujemy, leczyć w ten sposób, by gruntownie oczyścić opatrzenie rany i opatrzyć opatrunkiem bezzakaźnym, a w ranie samą ile mo-

*) Porównaj referaty w *Nowinach lek.* 1890, str. 476 i 1891, No. 1, str. 32.

żności nie nie ruszać, nie grzeszyć zbytnią czynnością i przytacza dosadny przykład, jak niepotrzebne sondowanie rany postrzałowej nie zupełnie czystym, zdaje się, zgłębnikiem choremu zaszkodziło, podczas gdy druga rana postrzałowa u tegoż chorego, nie sondowana i pozostawiona w spokoju zagoiła się bezpośrednio. Szukanie kuli w świeżych ranach uważa za szkodliwe, a tylko w tych razach na takowe pozwala, jeżeli kula pod wierzchem się znajduje i na pewno wyjęta być może, lub jeżeli kula położeniem swem i umiejscowieniem życiu lub zdrowiu zagraża, lub jeżeli zapalne objawy około kanału postrzałowego następują.

W tym względzie zdaniu przez R. wygłoszonemu, a będącemu już dziś własnością ogółu chirurgów, tylko przyklasnąć możemy. Rany postrzałowe, szczególnież z blizka (rozgrzaną kulą) zadane, goją się zwykle gładko.

Rany rozległe po oparzeniu najlepiej radzi R. leczyć w ciągłej kąpieli. O znakomitych skutkach suchego zupełnie bezwodnego opatrunku gazą jodoformową lub w połączeniu z obficie nałożoną maścią odpowiednią nie wspomina R., a jednak świetne skutki tej suchej kuracji przy ranach oparzelinowych są bardzo wybitnymi.

W końcu podaje jeszcze R. przepisy sterylizacji katgut i jedwabiu.

L. Szuman (Toruń).

5. Położnictwo i choroby kobiece.

Czy wolno ciężarną operować?

Gordon s. c. *Bost. med. and surg. Journ.* Nr. 16, 1889. Zielewicz. *Arch. f. kl. Chir.* tom 37, str. 340. D. med. *Wochenschr.* No. 24, 1886. v. d. Veer. *Journ. of Americ. med. ars.* Oct. 1889. Terillon i Vallat. *Arch. de tocol.* Paris, No. 5. 1888. Tischendorf. *Centr. f. Gynaec.* 1889 str. 211. Bastaki. *Arch. Roum. de méd. et de chir.* 1888, 112—114. Bergh. *Hygiea*, 1889 str. 292. Hofmeier. *Deutsche med. Woch.*, 1887, No. 19. Zweifel. *Centr. f. Gyn.* XIII, str. 193—200. Fochier. *Lyon. méd.* 1888, Mai 13.

Sprawa, czy wolno ciężarną operować, nie oddziałując przez to niekorzystnie ani na dalszy przebieg ciąży, ani na płód i ciężarną, była w ostatnich czasach przedmiotem wymiany zdań tak między lekarzami w prywatnych pogawędkach, jak i w pojedynczych towarzystwach lekarskich. W każdym razie jest to kwestya doniosłego znaczenia dla lekarza, który nieraz jest w położeniu, zmuszającym go w sprawie tej dycydować wystąpić i decydować działać. Dawniej obawiała się większa część lekarzy wykonywać chirurgiczne rękoćzyny u osób ciężarnych. Dopiero nie dawno temu wzięło zapatrywanie się lekarzy na sprawę tę wręcz odmienny kierunek a dzisiaj prawie wszystkie operacje u osób ciężarnych z równym wykonujemy spokojem, jak u osób innych, nieobawiając się wcale ani poronienia przedwczesnego, ani przykrych dla ciężarnej następstw. W niniejszym referacie starać się będziemy w ogólnych zarysach sprawę operowania w czasie ciąży przedstawić ze stanowiska dzisiejszej nauki i dotychczasowych spostrzeżeń.

Jeżeli do lat prawie ostatnich nie wykonywano chirurgicznych rękoćzynów podczas ciąży, to powodem tego była obawa możliwości znaczniejszego krwawienia w czasie operacji, obawa poronienia i łatwiejszego zakażenia. Do utwierdzenia lekarzy w zapatrywaniu, mianowicie tém ostatniem, przyczyniła się w nie małej mierze publikacyja Massota, który wyraźnie nadmienia, że w czasie ciąży łatwość zakażenia jest bardzo znaczną. Na 186 przypadków Massota, tyczących się chirurgicznych rękoćzynów w czasie ciąży, nastąpiło 149 razy wyleczenie bez niekorzystnego wpływu na przebieg ciąży, w 51 przypadkach przyszło poronienie z 12 zejściami śmiertelnymi a 12 przypadków zakończyło się śmiercią, przytém 9 razy było powodem śmierci zakrwawienie, raz „zapad“ po ovariectomii, raz śmierć nastąpiła wskutek tężca a raz wskutek cholery. Ta nieszczególna statystyka Massotowska nie będzie się nam może wydawać tak wielce niekorzystną, jeżeli zważymy, że przypadki Massota datują się z czasów przedlisterowskich. Z chwilą nastania epoki antysepty-

cznej sprawa inny, pomyślniejszy przybiera obrót, a wykazuje to dobitnie amerykański lekarz Gordon.

Pomówmy najpierw o operacjach w czasie ciąży, wykonywanych przy częściach rodnych.

Obrzęk sromu, który w czasie ciąży jest zazwyczaj wynikiem rozwojnięcia a wskutek nacisku zwiększonej macicy na żyły wynikiem utrudnionego odpływu krwi, dochodzi do znacznych nieraz objętości, przez co przychodzi czasami nawet do zgorzeli. W takich razach uzasadnionem jest wskazanie do robienia nacięć czyli skaryfikacji. Prawda, że w przypadkach tych przychodzi często do poronień, lecz mimo to nacięcia są tutaj na miejscu, gdyż uwalniają one chorą od bólu i przykrych następstw obrzęku. Jeżeli obrzęk sromu nie jest znaczny, zachowanie się bierne wchodzi w swe prawa.

Krwistek sromu wymaga w czasie ciąży głębokich incyzji a czasami i podwiązania krwawiącego naczynia. Tego rodzaju przypadek obserwował i operował przed 2 laty ref. z kol. Grodzkim. Bastaki opisał przypadek krwistka sromu w czasie ciąży wielkości główki dziecka. Krwistek ten sam pękł, a wygojenie nastąpiło wkrótce, nie przerywając wcale ciąży. Obszerną rozprawę o krwistkach sromu napisał przed 2 laty docent kazańskiej wszechnicy dr. Lwow w *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, dokąd czytelnika po bliższe odsyłamy szczegóły.

Co się tyczy narośli sromu, to Simon wykrajał bez jakichkolwiek złych następstw dla ciężarnej w 2 miesiącu ciąży dolną połowę prawych ust sromowych z powodu mięsaka wielkości pięści a Ign. Zielewicz wyciął nawet ze sromu ciężarnej torbielomięśniak, który ważył 6 funtów, a mimo to operowana donosiła płód prawidłowo do samego końca ciąży.

Ropienie tkanki łącznej i gruczołów Bartoliniego także śmiało w czasie ciąży przeciąć można. Natomiast podzielone są zdania co do operowania przetok pochwopecherzowych. Podczas gdy np. Hegar i Kaltenbach radzą z operacją taką zaczekać i ją dopiero w 6 do 8 tygodni po porodzie wykonać, twierdzi mnichowski gynecolog Winkler, że ciąża wcale nie jest przeciwwskazaniem do operowania przetok. Zdaje się też, że to ostatnie twierdzenie jest słuszne, przynajmniej doświadczenia Cohnsteina i innych operatorów wykazują, że ciężarna takie operacje dobrze znosi i wkrótce do zupełnego przychodzi zdrowia. Także Watson, Baker-Brown, Schlesinger również korzystnie o wynikach i skutkach operacji takiej w czasie ciąży się wyrażają.

A jakże zachować się nam należy przy naroślach macicy, rzecz tym ważniejsza, ponieważ narośla macicy stosunkowo częściej się znachodzą w czasie ciąży, jak w innych częściach narządów rodnych kobiety.

Jeżeli ciąża powikłana jest z mięśniakami, natenczas narośl taka z powodu większego napływu krwi szybko w czasie ciąży rośnie i choréj przykre sprawiać może dolegliwości. Są przypadki takie, w których już i w pierwszych miesiącach ciąży narośl do znacznych dochodzi rozmiarów. Następują objawy uciskowe narządów brzucha i miednicy, a chora przy dalszym rozszerzaniu się narośli zagrożona jest śmiercią. Czasami może nawet narośl przeszkadzać prawidłowemu rozszerzaniu się ścian macicy i przez to spowodować przedwczesne poronienie. Jeżeli podstawa mięsaka w ściślejsz jest łączności z ścianką macicy, może ona do tego stopnia ściankę zcieńczyć, że przy końcu ciąży macica pęka, mianowicie skoro bóle porodowe są silne i prędko po sobie następują. Na jedno jeszcze wypada zwrócić uwagę. Mięśniaki szczególnie podśluzowe mogą być w czasie porodu powodem niebezpiecznego krwotoku, który wstrzymać trudną jest nieraz rzeczą. A i takie są znane w literaturze przypadki, w których mięśniaki w czasie ciąży podległy zgorzeli, a ostatecznym wynikiem była śmierć ciężarnej. Skoro więc mięśniaki dla ciężarnej wcale tak obojętnym cierpieniem nie są, nie dziwnego, że lekarze prawie wszyscy przemawiają za terapeutycznym działaniem. Jedni spodziewali się korzyści z różnych środków aptecznych, między którymi sporysz na pierwszym stawiano miejscu, inni doradzali wywołanie poronienia, inni wreszcie, a tych jest liczba najpokaźniejsza, przemawiają za operatywnym usunięciem narośli bez względu na stan ciąży. Używać preparatów sporyszowych nie uważamy za rzecz właściwą. Za długo też czekać wy-

padło by za skutkiem działania środka tego, a tu czasu do stracenia nie ma, nie mówiąc już o tem, że używając sporyszu, narażamy niesłusznie życie dziecka na szwank. Przeciw wywoływaniu poronienia także większa część lekarzy się oświadcza, bo kiedy i tak prędzej czy później wypadnie prawdopodobnie wykonać operację, pocóż chorą na dwa narażać niepotrzebne niebezpieczeństwa. To też przy dzisiejszej wydoskonalonej antyseptyce i aseptyce operowanie mięśniaków w czasie ciąży jest jedynie na miejscu i uzasadnione. Zastrzegamy się, że jeżeli tak bezwzględnie wypowiadamy zdanie, to mamy jedynie tylko te mięśniaki na myśli, które w rzeczy samej nie korzystnie oddziałują na przebieg ciąży. Mięśniaki małe nie wywołujące przykrych dla ciężarnej następstw nikt w czasie ciąży usuwać nie będzie. Jak zaś z mięśniakami przy operacji postępować, omawialiśmy obszernie w No. 8 *Now. lek.* Z ciekawszych przypadków mięśniaka w czasie ciąży przytaczamy przypadek Gordona. Chodziło o mięsak włóknisty u ciężarnej w 3 miesiącu. Przy laparatomii okazało się, że narodziła miała szeroką podstawę. Gordon wyluszczył narośl a otrzewną zaszył po nad macicą. Ciąża doszła do prawidłowego końca. W czasie porodu rodząca uskarżała się tylko na silne bóle. Van der Veer otworzył jamę brzuszną w przypadku wielorakiego śluzomięśniaka macicy, który z pęcherzem i jelitami znaczne miał zrosty. Wyjęcie narośli w tych warunkach było niemożliwe i operator jamę brzuszną zaszył. Dziesiątego dnia porodziła pacjentka 4 miesięczny płód, a sama umarła „z osłabienia“. Ciążę przedtem nie rozpoznano. Van der Veer przytacza przy tej sposobności 69 podobnych przypadków z literatury. Pantzer daje w swjej pracy pogląd na powikłanie ciąży, porodu i połogowego czasu z mięśniakowłókniakami i przychodzi do wniosku, że jeżeli gdzie, to tutaj należy przy wyborze środka operacyjnego ściśle indywidualizować. Rzadko zdaniem jego wchodzi w rachubę wywołanie sztucznego porodu. Tego samego zdania jest Vogel. Hofmeier uważa wszelkie operacje ciężarnej macicy wcale nie za niebezpieczniejsze jak w stosunkach prawidłowych, nadto są one nawet nieraz o tyle łatwiejsze, że z powodu ciąży tkanki są więcej napulchnione i łatwiej można w nich operować.

Rak macicy należy do rzadkich ale za to tem groźniejszych powikłań w czasie ciąży. Że rzadko rak z ciążą powikłany, dziwić nas to nie będzie, jeżeli zważymy, że rak objawia się zazwyczaj około 40 roku, a więc w czasie w którym ciąża nie zbyt często zachodzi. Nadto podług wszystkiego, co dotychczas zauważano, zdaje się być prawie pewnikiem, że rak utrudnia zapłodnienie. To też Schroeder był zdania, że ciąża tylko w pierwszych początkach raka zwykle zachodzi. Cohnstein twierdzi wręcz przeciwnie, że rak ułatwia zapłodnienie, gdyż zrakowacenie ujścia macicy takowe zwykle rozszerza, a wystające zazwyczaj lisztewki błony śluzowej w szyjce stają się gładkie. Zdaniem jego zachodziłyby ciąże przy raku macicy o wiele częściej, gdyby bóleści i krwotoki nie utrudniały spółkowania. Twierdzenia Cohnsteina robią na nas wrażenie nader naciągane. Jeżeli zrakowacenie macicy ma robić większym otwór ujścia macicy i przez to ułatwiać zapłodnienie, to tem samem prawem mogą nacieki rakowate przeciwnie otwór ten zupełnie zatarasować i przeszkodzić dostaniu się plemników do jamy macicznej. Czy z resztą, jak przypuszcza Spencer Wells, wydzieliny raka nie działają destruktywnie na plemniki i ich żywotność, także nic o tem decydującego nie wiemy. W każdym razie, jeżeli rak przyłączy się do ciąży, komplikacja taka dla ciężarnej wcale obojętną nie jest i być nie może. Przez zwiększoną przeróbkę materii w macicy narodził się zwiększona i podpada szybszemu i gwałtowniejszemu rozpadowi tak, że rozpadliny te stać się mogą przeszkodą w porodzie do tego nawet stopnia, że zmuszają lekarza do wykonania cięcia cesarskiego, jak to w przypadku Zweifla i innych widzimy. To też ogólnie biorąc nie jest rokowanie przy raku w czasie ciąży pomyślne. Podług Cohnsteina przyszło z 126 matek po porodzie do jako takich sił 45 = 42,9%, podczas gdy w czasie porodu względnie połogu umarło 72 = 57,1%. Jeszcze gorzej przedstawia się rokowanie dla dzieci, gdyż na 116 dzieci przyszło tylko 42 = 36,2% żyjących na świat, nieżywych zaś 74 = 63,8%. Czy tak smutne wyniki nie powinny nas skłonić do działalności chirurgicznej w takich razach? Zapewne, tem bardziej, że chodzi tutaj nie tylko o przedłużenie życia matki ale i o uratowanie życia dziecka. Jeżeli zrakowacenie ogranicza się na szyjkę maciczną, należy operować, lecz w częściach jeszcze zdrowych. Rozgościł się jad raka głębiej

w macicy, wtenczas cięcie cesarskie winno się mieć na uwadze i takowe z następnym wyluszczeniem macicy niezwłocznie wykonać. Bądź jak bądź pamiętać jednak tutaj nie zawadzi, że operując „radykałnie“ nie zawsze chorą przez to od niechybnej ratujemy śmierci. Przedłużymy jej życie na lat kilka, ale rak raz ujawniony trudno doszczętnie wytepić, jak to coraz wyraźniej najnowsze wykazują statystyki. Smutny to dla chorąg choroskop, przykre dla lekarza takie przekonanie! W leczeniu raka mimo różnych krakowskich i berlińskich „specyfików“ nauka nie posłąpiła ani krok naprzód! Ciekawy przypadek raka ciężarnej macicy opisał Z w e i f e l. Wyjął on w 6 miesiącu ciąży zrakowacną macicę metodą F r e u n d a. Najpierw obkrawał część pochwową żegadłem Paqueline'a i odcinał część tę macicy, następnie otworzywszy zatokę Douglasa wytamponował pochwę gazą jodoformową. Dziecko wyjęto przez cięcie cesarskie, około szyjki macicznej elastyczną założono podwiązkę, a po podwiązaniu częściowem szerokich wiązań odcinał Z w e i f e l macicę po nad wewnętrznym ujściem macicznym wraz z znajdującym się w macicy łożyskiem. Po otworzeniu fałdy pochwomacicznej wyjął kikut szyjki macicznej przez pochwę. W zatoce Douglasa założono sączek. Wyzdrowienie. Z w e i f e l jest zdania, że nawet i przy znacznym zrakowaceniu macicy ciąża do prawidłowego dojść może końca. Nadmienia jednakże Z w e i f e l słusznie, że rak w czasie ciąży szybko rośnie, tak, że np. w jego przypadku w przeciągu 15 dni nowotwór rozszerzył się o szerokość dwóch poprzecznie położonych palcy! F o c h i e r wyjął u 38-letniej dwórodki całą macicę ciężarną przy końcu ciąży. Wynik nie był tak korzystny, jak w przypadku Z w e i f l a, bo 4 dnia chora umarła na zakażenie.

Torbiel jajnika nie ma żadnego wpływu na zajście w ciążę, wpływ natomiast torbieli jajnikowych na przebieg ciąży może być częstokroć znaczny. T e r r i l o n i V a l a t radzą ovariectomię między 3 a 5 miesiącem ciąży. T i s c h e n d o r f referował w lipskim tow. gynecologicznym o ciąży powikłanej obustronnymi wielkimi torbielami jajnika. Ovariectomię wykonał w 4 tygodnie po porodzie ze skutkiem i jest zdania, że torbiele te już były na początku ciąży. Tutaj niekorzystnego wpływu na przebieg ciąży nie zauważono. Jeżeli narodził się jajnika nie ma żadnych wzrostów, natenczas może zwiększająca się wskutek ciąży macica wydstać się z miednicy, posuwając się ku jamie brzusznej mimo obok usadowionego torbiela. Lecz torbiel jajnika także się rozrasta i jama brzuszna tym więcej przez to rozrastać się musi, przykre i niebezpieczne dla ciężarnej wywołując następstwa. Przepona wysoko w górę posunięta utrudnia oddychanie, nacisk na wielkie sploty żyłne w podbrzuszu i wtórórzędne zastoiny krwi wywołują zaniepokajające przeszkody w obiegu krwi, ciężarna uskarżać się będzie na bicie serca, pokrywy brzuszne nasiakają, kończyny dolne obrzmiewają, utrudniając chorąg chodzenie. Jak z jednej strony tak różne objawy zmuszają nieraz lekarza do operatywnego działania, tak z drugiej strony, rzecz dziwna, objawy te nie wywołują lub przynajmniej rzadko, przedwczesnego poronienia. Wyjątek stanowią te przypadki, w których torbiel jest twardym i połączonym zrostami z zatoką Douglasa. Przez to torbiel wywołać może nacisk na ciężarną macicę a tym samym wywołać i poronienie, nie mówiąc już o możliwości wywołania tyłopochylenia macicy, bólów w brzuchu, krzyżach itd. Znane są w literaturze także przypadki, w których torbiel w czasie ciąży nagle pękł a zawartość torbiela albo przez pochwę, odbytnicę odejdzie lub co gorsza rozleje się w jamę brzuszną. Powstanie w tym ostatnim razie niebezpieczne zapalenie otrzewny. Ale i wtenczas życie chorąg będzie zagrożone, jeżeli szypułka torbiela się okręci, torbiel podlegnie zgorzeli lub zropieniu. Wyjątkowo może torbiel jajnika, wielkich naturalnie rozmiarów, spowodować pęknięcie macicy. Wyczekujące postępowanie w obec torbiela w czasie ciąży jest więc, mając to wszystko na uwadze, rzeczą niesłuszną. Podług dzisiejszego stanu nauki mamy do wyboru jedynie między sztucznym poronieniem, punkcją lub ovariectomią. Wywołanie sztucznego poronienia jest do zarzucenia i zaniechania, gdyż narażamy życie dziecka na niebezpieczeństwo, a przytém nie ochronimy i tak matki od operacji, która ją prędzej czy później czeka. Że są w literaturze 2 czy 3 przypadki znane, w których, jak sumienni badacze zapewniają, torbiel jajnika po ukończeniu ciąży zupełnie znikł, to takie wyjątkowe przypadki nie wystarczają, aby w podobnych razach także wyczekiwać tego zagadkowego wyniku. Co się tyczy punkcji, S p e n c e r W e l l s ją zachwalał nadmienia, że widział po punkcji takiej prawie

zawsze korzystne wyniki a nadto przebieg ciąży był bardzo dobry. Hegar i Kaltenbach polecają punkcję tylko przy naroślach znacznych rozmiarów, a Olshausen radził dawniej wykonywać ją nie tylko przy wielkokomórkowych lecz i jednokomórkowych torbielach. Nie zawadzi tutaj nadmienić, że punkcja jest ostatecznie tylko rzeczą paliatywną, że chorąj sprawia chwilową ulgę, że torbiel w krótkim już czasie na nowo napełnić się może. Nadto jest faktem potwierdzonym przez odnośne doświadczenia Cohnsteina, że częste punkcje niekorzystnie oddziałują na życie matki i że punkcje wywołują zawsze zrosty otrzewny, które następnej ovariometrii z pewnością nie ułatwią i przez to samo gorsze dają rokowanie. Jeżeli więc ani sztuczne wywołanie przedwczesnego porodu ani punkcja nie są tak bardzo do polecenia, to natomiast ovariometria jest jedyną terapią, która błogie wydaje wyniki dla matki i dla dziecka. Przytęm pamiętajmy, że torbiel jajnika może przyjąć charakter złośliwy; już i to samo ważnym jest powodem, aby radykalnie torbiel usunąć przez ovariometrię. Tak więc należy zawsze ovariometrię wykonać, jeżeli życie matki jest nie tylko przez narośl jajnika na szwank narażone a więc np. przy pęknięciu torbiela, skręceniu się szypułki, objawach gorączki, (które przemawiają za zropieniem torbiela) lecz i ze względów samej profilaktyki, gdyż ovariometria daje rękojmię, że ciąża następnie zupełnie prawidłowy weźmie przebieg. Jeżeli narośl jajnika okazuje widocznie charakter złośliwy, to decyzja, czy operować lub nie, zależeć będzie od stanu sił chorąj i objawów, jakie narośl robi. Przy zadaleko rozgałęzionej złośliwości narośli, lepiej ostatecznie nie operować, aby niepotrzebnie nie narażać chorąj na bolesny rękoczyn, długie leżenie w łóżku itd. i tak bez dodatniego wyniku dla jęj zdrowia. Indywidualizowanie ważną tutaj odgrywa rolę.

Pomówmy teraz o mniejszych operacjach w czasie ciąży.

Bó le zębów prześladowają nieraz ciężarną całymi tygodniami, jeżeli się mianowicie psują zęby. Czy wolno je w czasie ciąży wyrwać? Dawniej obawiano się wywołać przez to poronienia. Dziś śmiało to robią wszyscy bez obawy złych dla ciężarnej następstw.

Punkcję również można u osoby ciężarnej wykonać bez szkody dla matki i dziecka. Wykonujemy zaś punkcję już to w celu rozpoznawczym za pomocą trójgrańca już to strzykawką Prawaza w celu podskórnych wstrzyknięć. Przy tych ostatnich jedynie półtorachlorek żelaza ma niekorzystnie oddziaływać na przebieg ciąży. Cohnstein robiąc wstrzykiwania środka tego w większe rozstrzenie naczyń włosowatych (Telangiectasis) zauważył, że rozstrzeń w czasie ciąży znacznie się następnie powiększyła.

Kamienie pęcherza wymagają usunięcia ich bez względu na ciążę, gdyż kamień może się zwiększać, drażnić błonę śluzową pęcherza i wywołać przykre powikłania w czasie samego porodu. Hugenberger opisuje 23 przypadków kamieni pęcherza w czasie rozwojowym u kobiet. Z tych było 5 powstałych w czasie ciąży. Wszystkie 5 przypadków operowano bez złych następstw dla dalszego przebiegu ciąży.

Tracheotomię robiono wielokrotnie u ciężarnych, czy to w skutek wola, nabrzmienia głośni, uklei, zapalenia gardzieli itd. Jeżeli rokowanie po takiej operacji u nieciężarnych osobników nie jest zbyt korzystne, to nie polepsza się ono i w czasie ciąży, gdyż i większe krwawienie i możność poronienia wykluczyć się tutaj nie da. Przez przeszkodę w oddychaniu krew żylna się nagromadza, a znaczne w skutek tego krwotoki niekorzystnie oddziałują na matkę i dziecko. Mollendziński wykonał z powodu laryngitis syphilitica i oedema glottidis w 6 miesiącu ciąży tracheotomię. Matkę uratował, lecz w 48 godzinach po operacji nastąpił poród przedwczesny. Billroth zrobił w 5 miesiącu ciąży z powodu raka lewego płata gruczołu tarczycowatego tracheotomię. Matka w kilka dni po tēm umarła w skutek lewostronnego zapalenia płuc. Tak samo nieszczęśliwie zakończył się przypadek Sééa. Niektórzy autorzy radzą przy naroślach gruczołu tarczycowatego zrobić sztuczny poród a nie radzą wykonywać tracheotomii. Z teoretycznego stanowiska rzecz wcale nie źle obmyślana. Jeżeli macicę uwolnimy od płodu, macica spuści się przy przeobrażeniu wstęcznem do miednicy, przepona zejdzie głębiej ku dołowi i w ten sposób przeciwdziałamy skutkom zwężeń tchawicy. Przypadek Billrotha wykazuje nicość teoretycznych tych rozumowań. Mimo wykonanego sztucznego porodu tak się zwię-

kszyły w jego przypadku objawy utrudnionego oddechu, że trzeba było wykonać następnie jeszcze tracheotomię a mimo to chora 3 dnia umarła.

Przepukliny każdego rodzaju można w czasie ciąży operować.

Złamania kości i wywichnięcia rzadko napotyka lekarz w czasie ciąży. Obrażenia te nie oddziałują niekorzystnie na matkę i dziecko. Devilliers, opisuje przypadek złamania kości udowej i goleniowej. Zagojenie prawidłowe. Przebieg ciąży normalny. Valette opisuje przypadek, w którym kobieta w 6 miesiącu ciąży spadła z wysokości 2 metrów i wywichnęła sobie prawe przedramię. Żadnych nie było złych następstw ani dla matki ani dla dziecka.

Wyluszczenie stawu w czasie ciąży zaledwie kilka razy dotychczas wykonywano. Cohnstein przytacza 2 odnośne przypadki, z których jeden (wyluszczonego stawu kolanowego) zakończył się z powodu zropienia się rany śmiercią, w 2 przypadku nastąpiło po wyluszczeniu stawu łopatkowego poronienie. Nicaise wyluszczył przedramię z powodu mięsaka u osoby ciężarnej. W 36 dni po dokonanej operacji nastąpił prawidłowy poród. Amputacje dają wyniki niepewne. Na 3 przypadki, przytoczone przez Cohnsteina, 2 zakończyły się poronieniem, jeden śmiercią. Tillaux natomiast amputował ciężarną bez złych następstw dla dalszej ciąży.

Wycięcia większych narośli wykonywano kilkakrotnie. Bardeleben operował znacznych rozmiarów wole naczyniakowe w 7 miesiącu ciąży. Narośl wycięto całkowicie, operowana nie obudziła się więcej z narkozy, zrobiono cięcie cesarskie i wyjęto świeżo obumarłe dziecko. Fillier operował kobietę w 5 miesiącu ciąży, która od 2 lat miała narośl dobrotliwą na prawym udzie. W czasie ciąży narośl się znacznie zwiększyła. Narośl wyluszczone, ciąża nie została przerwana. Rose wyjął ciężarną w 3 miesiącu wole, które tak było wielkie, że obie tętnice szyjne usunięte były aż do zewnętrznego brzegu mięśnia mostkoobojczykosutkowego. Operowana zniosła szczęśliwie operację i dziecko donosiła do końca.

Operacyjne leczenie wysięku opłucnej nie oddziałuje niekorzystnie na przebieg ciąży,

Tak samo punctio abdominis z powodu ascites.

Żyłaki mogą się wskutek zapalenia, zropienia, pęknięcia, sprawy zakrzepowej lub zatorowej stać niebezpiecznymi dla ciężarnej. Ruge i Martin otrzymali dobre wyniki przy podskórnych iniekcjach ergotyny w dolne kończyny, mające znaczne żyłaki. Poronienie nie nastąpiło. Co się tyczy operatywnego leczenia żyłaków zwracamy uwagę czytelnika na pracę kol. Matlakowskiego w niniejszym numerze *Nowin lekarskich*.

Tak więc reasumując to wszystko, co się powyżej powiedziało, wynika, że operować należy zawsze w czasie ciąży wtenczas, gdy chodzi o indicatio vitalis t. j. o wskazanie żywotne a więc przy różnych rodzajach wola, nabrzęku głośni, uklejach krtani, otoku piersiowym, zatrzymaniu moczu, przy ascites, uwiecznionych przepuklinach, pęknięciu torbieli jajnikowych, silnym krwotoku itd. Następnie operować i wtedy w czasie ciąży wypada, jeżeli jest rzeczą widoczną, że ciąża niekorzystnie oddziałuje na przebieg choroby. A więc operować należy i przy rakach macicy lub piersi, przy mięśniaku, torbieli jajnika, żylakach, nowotworach rodniczy czyli sromu itd. Jeżeli zachodzą w literaturze przypadki, w których po operacji nastąpiło poronienie, to pamiętajmy, że poronienie to nie koniecznie spowodowane być musiało odnośną operacją. Choroby płodu, błon jajecznych, błony śluzowej macicy, wielka zwyżka ciepłoty itp. stany, także poronienie wywołać mogą i wywołują.

Mając na uwadze błogie skutki, jakie nam dzisiaj przy operacjach daje aseptyka, śmiało tedy i bezpiecznie w czasie ciąży operować można jeżeli tylko po dokładnym namyśle wskazanie do operacji jest uzasadnione. Uratujemy w ten sposób nieraz i życie matki i życie dziecka.

Pogląd na leczenie pęknięcia macicy.

Braun Stanisław. *Przegląd lekarski* No. 41, 1888. Lund. *Angeschrift for Läger* 4 tom 1889, No. 50. (Frommla 3 rocznik str. 158 i 164.) Braun G. *Wiener kl. Wochenschrift* 1889, No. 50. *Coë. Med. Rec.* NY. 2 list. 1889. *Deutsch. Centr. f. Gyn.* No. 14, str. 234, 1888. *Green. Brit. med. J.* 1889, P4 wszesień. Herzfeld.

Wien. kl. Woch. 1889. Jawdyński. Gaz. lekarska 1888. No. 42. Kehrer. Centr. f. Gyn. 1889, str. 502. Piscacek. Sammlung klin. Schrift. II. Wiedeń 1889. Schäffer O. Münch. med. Woch. 1889, str. 718 i 735. Carl (Landek). Deutsche med. Woch. 1891, No. 10. J. Slechta (Praga). Wiener med Blätter 1891 No. 20—23. Blackwell (Londyn). Lancet 1890 4 stycznia. Underhill (Edinburg). Edinb. med. journ. 1890, październik.

Nim w niniejszym referacie ogólny damy pogląd na leczenie pęknięcia macicy, wypada nam dla tém lepszego zrozumienia przedmiotu słów kilka powiedzieć o etyologii, patologicznej anatomii i rozpoznaniu pęknięcia macicy. Powodem pęknięcia może być nie należyty stosunek miednicy i płodu, a nadto przeszłe porody i choroby macicy. Najważniejszą rolę odgrywa nieprawidłowa budowa miednicy. Że tak jest, dowodem zestawienia T r a s k a, który na 300 przypadków w 47,40% znalazł jako powód pęknięcia macicy nieprawidłową miednicę. Miednica z ostreimi krawędziami, wyrośniętymi kośćmi, budową koleczastą (akanthopelvis Kiliana) najłatwiej i najprędzej usposabia do pęknięcia. Ale i miednica ścieśniona, czy ona ścieśniona jest częściowo czy zupełnie, czy na podstawie krzywicy lub osteomalacyi, może być powodem pęknięcia macicy. Jak tylko przyjdzie do przetarcia ścianki macicy, możliwość pęknięcia staje się tylko kwestyją czasu. Następnie rozdarcie macicy spowodowane być może zbyt wielką objętością dziecka, wodogłowie, nieprawidłowem położeniem i ustawieniem się dziecka w czasie porodu. Jeżeli przytém główka dziecka większych rozmiarów pozostaje dłuższy czas na jedném i tém samym miejscu, tkanka maciczna ścieńcza się tutaj, staje się kruchą a założywszy następnie kleszcze, cóż łatwiejszego, jak wywołać pęknięcie macicy. Że przebyte dawniej porody nie są przy powstawaniu pęknięć macicy rzeczą obojętną, dowodzi tego statystyka, podług której pęknięcie u wielorodek o wiele częściej się znachodzi, jak u pierwsiastek. To téż W i l m a r t słusznie powiada: „Plus une femme compte de grossesses, plus la matrice chez elle est prédisposée à se rompre“. Powodu, dla czego wielorodki łatwiej podlegają pęknięciu macicy, nie potrzeba szukać daleko. Przez przeszłe porody szyjka maciczna wielkiemu podległa rozszerzeniu nadto tkanka maciczna jest mniej odporną a i tłocznią brzuszną mniej energiczną. Otwór maciczny wewnętrzny, B a n d l a, S c h r o e d e r nazywał go ściągającą obrączką — nie pozostaje przy końcu okresu otwierania i wychodzenia płodu w płaszczyźnie wejścia miednicy, lecz posuwa się ku górze, nie raz aż tuż do wysokości pępka. Tłocznią brzuszną nie działa silnie, wiażdża okrągłe wypowiadają z powodu rozluźnienia posłuszeństwo, płód nie jest w możności zesuwać się ku dołowi, cała macica ścisła silnie dziecko w podobny sposób, jak to bliżej opisaliśmy w No. 8 Now. lek., a wynikiem silnego bólu porodowego będzie pęknięcie macicy. Do rzadszych powodów pęknięcia zaliczyć jeszcze można wielką odporność otworu macicznego, rak, skurez silny, mięsaki macicy, blizny po dawniejszym cięciu cesarskiem, podwójna i nie dobrze rozwinięta macica, błędne dawanie sporyszu i obrażenia instrumentami.

Zazwyczaj powstaje przedarcie w części najwięcej rozszerzonej, a więc w dolnym odcinku macicy i tu ztąd może rana rozszerzyć się do dna macicy a ku dołowi do pochwy. Brzegi przedarcia są strzępkowate, znacznie ścieńczone i krwią zaszle. Jeżeli dziecko częścią ciała przeszło przez otwór, mamy wówczas pęknięcie zupełne, jeżeli otrzewna nie jest nadwyrężona, pęknięcie niezupełne. H u g e n b e r g e r opisał przypadek, w którym pochwa przy pęknięciu macicy zupełnie obrączkowo została oddzielona od macicy pękniętej i stan taki nazwał Kolpaporrhesis. B r a u n S t. opisuje przypadek samodzielnego pęknięcia macicy i wyjęcie płodu przez laparotomię po 6 tygodniach.

Do objawów pęknięcia macicy zaliczamy zwykle: uczucie nagle powstającego bólu w podbrzuszu, odchodzenie krwi, nagle zupełne ustanie bólów porodowych, możność dokładnego wyczucia części drobnych dziecka przez pokrywy brzuszne, brzuch jest przytém dziwnie miękki i wzdęty, macicę trudno wymacać, część przodująca dziecka cofnęła się, tętno szybkie i małe, znaczny zapad sił rodzącej. Nadto badając przez pochwę wyczuwamy strzępki w palcach, stojące w styczności z macicą. Francuzi uważają zazwyczaj za objawy charakterystyczne pęknięcia macicy: la dou-

leur, le craquement, l'hémorrhagie, la deformation du ventre et l'emphysème hypogastrique. Czy „le craquement“ albo jak drudzy mówią „le claquement“ zawsze słyszeć się daje, wątpić należy, choć czasami w rzeczy samej objaw ten słyszemy. Możliwości wypadnięcia pętli jelit z przedartego miejsca macicy zaprzeczyć nie można. Takie przypadki zachodzą, a referent wraz z śp. Kaczorowskim byli swego czasu powołani jako rzeczoznawcy w procesie lekarza, który wywoławszy kleszczami „sztuczne pęknięcie macicy“ zauważył, jak z pochwy dwa metry jelit wypadły, a które następnie uważał za odpowiednie nożyczkami odciąć!

Rokowanie pęknięcia macicy jest ogólnie biorąc niedobre i dla matki i dla dziecka. Ciężarna może zakrząwieć się lub podlegnąć zapaleniu otrzewny. W rzadkich wypadkach nastąpi wyleczenie jedynie przez zapalenie zlepnę. Lepszem jest rokowanie, jeżeli pęknięcie nie jest zupełnem i płód delikatnie został wyjęty.

W dawniejszych czasach były trzy sposoby leczenia pęknięć macicy. Jeden z nich to jest wyczekiwający słusznie zarzucony został. Polegał on na tem, że dziecko zostawiono swemu losowi, oczekując od natury pomocy i wyleczenia. Były opisywane przypadki, w których mimo to nastąpiło wyleczenie już to przez otorbienie się dziecka lub jeżeli dostały się zakazki dziecko zropiało i wydalone zostało na zewnątrz lub w okoliczne organa jamiste. Jak rzadko to znachodziło się, dowodzi Bandl, twierdząc, że przy metodzie wyczekującej 78⁰/₁₀ pacjentek umierało, a kto wie czy nawet i nie więcej. Nie pozostaje więc nic innego lekarzowi w takich razach, jak półóg ukończyć sztucznie. Dwie do celu tego prowadzą drogi albo wydobędzie lekarz dziecko per vias naturales, albo zrobi laparotomię. Skoro części miękkie dostatecznie są dla przejścia dziecka rozszerzone a miednica przytęm prawidłowo zbudowana i dziecko jeszcze w macicy, wtenczas w naturalny sposób wypada dziecko wydobyć. Przy przodującej główce należy założyć kleszcze względnie zrobić perforację i dziecko wyjąć przy pomocy kranioklastu. Jest pęknięcie spowodowane przez nieprawidłowe położenie dziecka, w takim razie można, wehódząc ręką do pochwy, aby przekonać się w którym miejscu macica pękła, zaraz zrobić obrót i ekstrakcję. Jeżeli dziecko z macicy przez przedarcie wyszło do jamy brzusznej, nie ma zazwyczaj trudności przez przedarcie w macicy dziecko napowrót wciągnąć a następnie wyciągnąć. Zapewne, że wystrzegać się należy, aby nie rozszerzyć i nie przedłużyć przy rękoczynie tym niepotrzebnie rany macicy.

Jeżeli miednica jest bardzo ścieśnioną lub znaczne nastąpiło krwawienie, natenczas bez względu, czy dziecko jest jeszcze w macicy, czy wyszło z macicy, trzeba wykonać laparotomię. Operacja ta jest dalej wskazana, jeżeli dziecko tak dalece od miejsca pękniętego leży w jamie brzusznej, że odszukanie nóżki między pętlami jelit jest utrudnione lub wprost niemożliwe lub gdy słuszną zachodzi obawa, aby wraz z dzieckiem nie wyciągnąć i jelit. Przypuśćmy, że dziecko wydobyte. — Jak postępować należy z raną macicy? W niektórych przypadkach żadnej pomocy udzielić nie będzie można, bo pacjentka w krótkim czasie przy objawach zapadu i wielkiej bezkrwistości umiera. W pozostałych razach dwa niebezpieczeństwa chorąg zagrażają: krwotok i zakażenie. Zwykle macica po wyjęciu dziecka tak się dobrze ściąga, że światła przedartych naczyń zostają ściągnięte i krwotok wstrzymany. Jest większe naczynie przedarte, wtenczas z wstrzymaniem krwotoku rzecz trudniejsza. Czy przez silny naciskowy opatrunek na brzuch da się zawsze krwotok taki wstrzymać, wątpić należy, to też obrzucenie szwem i podwiązanie krwawiącego miejsca jest jedynie rzeczą racjonalną. Lecz chcąc wykonać to trzeba przedewszystkiem zrobić laparotomię. Wprawdzie Veit twierdzi, że i przez pochwę obrzucenie szwem i podwiązanie krwawiącego miejsca da się uskuteczyć, czy jednakże zawsze to jest możliwe wątpimy. Jeżeli się nam to nie udało, to i tak laparotomować trzeba z tą tylko różnicą, żeśmy niepotrzebnie wiele stracili czasu. Gorszem jest niebezpieczeństwo zakażenia septycznego jamy brzusznej. Mimo ścisłej desynfekcyi nie zawsze jesteśmy w możliwości przewód porodowy zupełnie uwolnić od zarazków, tem więcej, że powietrze łatwo przy badaniu dochodzi do wnętrza, gdzie części, które się wydostały do jamy brzusznej, łatwo podlegają zakażeniu. Niebezpieczeństwo zakażenia stanie się większem, jeżeli przed powstaniem pęknięcia poród trwał czas dłuższy i dziecko już obumarło lub podpadło zbutwieniu. A że krew i woda płodowa także się

w jamie brzusznej nagromadzają, to i te warunki są bardzo korzystne do wywołania ropnego zapalenia otrzewny.

Zadaniem lekarza jest więc tém więcej zrobić laparotomię aby i części, które dostały się do jamy brzusznej, o ile możności z niej wydobyć. Na wessanie płynów z jamy brzusznej tak bardzo nie ma co liczyć, choć siła wessania jest u otrzewny co prawda znaczna i są przypadki, które mimo nagromadzonego płynu się szczęśliwie bez operacji zakończyły. Widocznie nie musiały się żadne do płynów tych dostać zarazki lub téż odpływ był znaczny jaki natura sobie utworzyła, nie mogąc wszystkiego wessać. Znacznym postępowaniem w leczeniu pęknięcia macicy był projekt Brauna, aby przez włożenie sączka utrzymać przedarcie otwarte i przez to ułatwić odpływ wydzielin. W ten sposób uzyskało się tę korzyść, że rana za rychło się nie zrosła i wydzieliny się nie zatrzymały. Metoda wiedeńskiego profesora tak znakomite dawała wyniki, że zaczęto ją często w odnośnych przypadkach używać. A w jakich przypadkach włożenie sączka uważano za głównie wskazane? W tych razach, w których nastąpiło przedarcie tylnej ścianki macicy. Płyn nagromadza się bowiem podług prawa ciężkości w zatoce Douglasowej a jeżeli tutaj sączek założymy, wynik będzie dodatni. Żeby metoda ta dobrze skutkowała muszą te części, które w ten sposób chcemy wydostać z organizmu, być w stanie płynnym. Skrzepy krwi, smółkę i strzępy błony doczesnej nie zawsze przez sączkowanie usunąć możemy. Jeżeli one zostaną, są one glebą bardzo dobrą do powstania zakażenia. Jeżeli przed założeniem sączka zarazki dostały się do jamy brzusznej, wtenczas i sączkowanie mało, albo wcale nie pomoże. Są przypadki znane w literaturze, gdzie sączek w krótko wypadł a mimo to chora wyzdrowiała. W tych razach zdaje się, że i bez sączka natura byłaby sobie dała radę. To też mając to na uwadze trzeba przyznać, że jak z jednej strony nieraz sączkowanie dobre daje wyniki, nie należy jednakże w każdym zaraz przypadku szablonowo używać przy pęknięciach macicy sączkowania i opatrunku kompresyjnego. Lehmann np. opisuje 11 przypadków, gdzie nawet mimo sączkowania wynik był śmiertelny. Jeżeli jeden lekarz tyle miał niekorzystnych wyników, to dowodzi to w każdym razie, że metoda Brauna wcale tak świetną nie jest, za jaką przez dłuższy czas uważaną była. Przytém zwracamy na to uwagę, że wydzieliny połogowe mogą się dostać do wnętrza brzucha przez sączek i wywołać w ten sposób wtórne zakażenie otrzewny. Przypadek taki zaszedł niedawno temu w klinice Kaltenbacha w Hali. Tak więc niektóre tylko pęknięcia macicy metodą Brauna leczyć można, inne natomiast wypadki wypadają laparotomować. O dwóch wskazaniach do laparotomii już mówiliśmy, to jest o wstrzymaniu krwotoku i ukończeniu porodu przy bardzo ściśnionej miednicy. Mimo niebezpieczeństw laparotomii przy pęknięciu macicy z powodu i tak wycięcia sił chorą, obawy chloroformowania operowanej, drażnienia otrzewny i jeszcze utraty pewnej ilości krwi, są korzyści operacji téj stosunkowo znaczne. Jeżelibyśmy bowiem z jamy brzusznej płynów, które się tam dostały, nie wydobyli, wynik śmiertelny czeka zazwyczaj chorą, tém pewniej śmiertelny, jeżeli części te zaczynają podlegać rozkładowi. Najlepiej i najracjonalniej jamę brzuszną po zrobionej laparotomii wyczyścić i następnie zamknąć. A jeżeli kto jest zwolennikiem sączkowania à tout prix na wzór Lawson Taita, Saengera i innych, to może ostatecznie po oczyszczeniu jamy brzusznej założyć jeszcze sączek szklanny i takowy wypełnić raz poraż jodoformową gazą, lub, co zdaniem naszym jest lepsze, użyć woreczka jodoformowego, jak to polecał Mikulicz przy jamach martwych.

Niektórzy autorzy z obawy, aby wydzieliny połogowe nie zakaziły chorą przez pęknięte miejsce, wycinali całą macicę metodą Porra. Jeżeli uprzytomnimy sobie te przypadki, w których wyleczenie nastąpiło, mimo że akuszerki całą pękniętą macicę nieraz wydarły, to dla czegożby operacja Porra nie powinna mieć widoku dobrego rezultatu, gdyż i tutaj może jama maciczna po wyjęciu macicy dobrze wydzielać niepotrzebną zawartość i następnie się zamknąć. Dalszą korzyść operacji téj w tém szukać należy, że przy wyjęciu całej macicy przeciwdziała się zająciu w ciąży. Jestto sprawą wielkiej doniosłości, gdyż faktem jest, iż kobieta, u której raz już macica pękła, do nowego pęknięcia więcej i łatwiej predysponuje. Nic w tém dziwnego. Blizna macicy może pęknąć, a kto nam zaręczy, że powód pęknięcia przy przeszłej ciąży i teraz przy obecnej ciąży nie może znowu wywołać pęknięcia? Sławiński

ski był pierwszy, który w ten sposób z pomyślnym skutkiem operował i poleca tę metodę, mianowicie skoro pęknięcie jest znacznie powikłane. Przedewszystkiem przemawia za metodą tą przy wynicowaniu macicy przez pęknięte miejsce i przy krwotoku, którego wstrzymać nie można. Następnie jest wycięcie macicy wskazane, jeżeli pęknięcie jest obwodowe około dolnego odcinka macicy, tak że prawie cała macica jest oddartą lub przy septycznym zakażeniu macicy. Również szczęśliwie operował w jednym przypadku Halbertsma, natomiast Fornari, S. Mason i Andrews mieli po operacji zejście śmiertelne u swych pacjentek. Za lat kilka, gdy więcej będzie w ten sposób operowanych przypadków, dopiero da się ocenić, o ile „Porro“ jest przy pęknięciu macicy uzasadniony. Dotychczas laparotomija przy pęknięciu macicy nie ma w stosunku do adeptów sączkowania i opatrunku uciskowego zbyt wielu zwolenników. Czy wyniki po laparotomii były tak odstraszające? Bynajmniej, bo przecież jeżeli zejście śmiertelne nieraz po laparotomii nastąpiło, to chodziło zwykle o przypadki i tak już rozpaczliwe, a przez laparotomiję starano się jeszcze chorą od niechybną uratować śmierci. Jeżeli gdzie to w tych razach umieć wybrać odnośne przypadki odpowiednie do laparotomii, jest rzeczą najważniejszą. Przy pęknięciu macicy w tylną ścianę maciczną i jeżeli mamy prawo przypuścić, że będzie można przez zatokę Douglasa wydzieliny wydobyć na zewnątrz, można w pierwszej linii wypróbować sączkowanie, a mianowicie przy niezupełnym pęknięciu. W wszystkich innych przypadkach wskazana jest laparotomija przy ścisłym wypełnianiu wymagań antyseptyki, a jeszcze lepiej aseptyki.

Jak i dzisiaj jeszcze poglądy na racjonalne leczenie pęknięć macicy nie są zbyt utrwalone, przekona się czytelnik z następujących przypadków z literatury z których także wynika, jak dziwnym jest nieraz przebieg pęknięcia i wyleczenie. Lunda powołano do 34-letniej dwurodki. I. poród prawidłowy. II. poród rozpoczął się rano, wody odeszły krótko przed południem, o 7 wieczorem rodząca nagle po silnym bólu porodowym zesłabła. Tętno ledwo wymagalne, bólesci w podbrzuszu znaczne. Główka poruszalna po nad wejściem do miednicy. Krwotoku nie było. Obrót i wyjęcie donoszonego dziecka. Na dolnym brzegu macicy znajdowało się poprzeczne, 3 cale długie pęknięcie. Przez otwór ten dostały się jelita i siatka w jamę macicy. Repozycja jelit, tamponada macicy i pochwy, opatrunek uciskowy. W 3 tygodnie później chora była zdrowa zupełnie. Tutaj w tym przypadku natura sama była lekarzem chorą, a że była dobrym wykazuje pomyślny wynik po pęknięciu. G. Braun opisuje przypadek, w którym przy pęknięciu macicy i dostaniu się dziecka do jamy brzusznej zrobiono laparotomiję, tamponadę macicy, sączkowanie w pochwie i zaszycie rany mającej 13 ctm. długości. Chodziło o VIII p., która 7 razy donoszone urodziła dzieci. Pęknięcie nastąpiło po 3 godzinnej pracy porodowej. Po wyczyszczeniu 20% roztworem karbolu per vaginam nastąpił zapad. Operowana umarła w 4 dni po operacji na septyczne zapalenie otrzewny. Braun jest zwolennikiem laparotomii przy pęknięciu macicy, choćby tylko już dla zatamowania krwotoku. Ale i przy niezupełnych pęknięciach może być nieraz laparotomija zdaniem jego wskazana to jest wtenczas, gdy grozi niebezpieczeństwo, że łożysko może się między otrzewną a warstwę mięśniową wcisnąć, zamiast odejść przez pochwę. Coë powołany został do ciężarnej, u której 2 godziny przedtem nastąpiło pęknięcie. Macica ku prawej skierowana stronie, główka dziecka po stronie lewej, dziecko nie żyje. Dwa pęknięcia z przodu i z boku. Obrót daremny, laparotomija, wyjęcie dziecka, odcięcie macicy i przymocowanie szypułki w ranę brzuszną. Powolne wyzdrowienie przy wytworzeniu się przetoki szyjkopochwopecherzowej. Coë nadmienia, że operacja ta jest sui generis, bo nie jest ani klasycznym cięciem cesarskim ani metodą Porra. Jawdyński opisuje ciekawy przypadek pęknięcia macicy w czasie porodu i wykonania następnie operacji Porra. Kehler wyleczył ciążę operacją także podług Porra. Chodziło w jego przypadku o uterus septus i poprzecznie podłużną miednicę. Przy obrocie nastąpiło pęknięcie. Łožysko dostało się do jamy brzusznej. Schäffer opisuje przypadek pęknięcia macicy i wykonanie operacji Porra. Śmierć 7 dnia na zakażenie septyczne. Deutsch zrobił u osoby, u której 4 lata przedtem przez laparotomiję wyjął z jamy brzusznej 6 miesięczny płód a ranę macicy zeszył, przy następnej ciąży ze skutkiem obrót i wyjęcie dziecka. Przy badaniu wyczuł dobrze bliźnię macicy. Po ekstrakcyi musiał z powodu silnego krwotoku

tamponować. Green opisuje przypadek wielkiego pęknięcia macicy w przedniej ścianie szyjki; krwotok znaczny. Było położenie poprzeczne, zrobiono obrót i ekstrakcję. Nie robiono ani tamponady, ani wypłukiwań. Znaczne wydzielanie ropy z pochwy przy wyższej ciepłoty. Powolne wyzdrowienie. Herzfeld opisuje przypadek samodzielnego pęknięcia macicy z powodu wodogłowia. Chorą bardzo osłabioną przyniesiono do kliniki wiedeńskiej. Przebicie i rozcięcie czaszki. Okazało się następnie pęknięcie macicy i wypadnięcie jelit. Odprowadzenie jelit i tamponada. Śmierć w 48 godzin na septyczne zapalenie otrzewny. Przy operacji skonstatowano, że rana macicy przechodziła i na otrzewną, która w znacznym obwodzie się od macicy oddzieliła. Macica, podzielona była przez przegrodę 6 cm. długą. Piskaček zestawiał 80 przypadków zupełnego pęknięcia macicy z kliniki wiedeńskiej, lecz wszystkie datują z czasów przedantyseptycznych. Z tych 23 laparotomowano, 57 leczono sączkowaniem, tamponadą i częściowo opatrunkiem uciskowym, inne wyczekująco lub zwykłymi przepłukiwaniami pochwy. Z pierwszych 23 umarło 14 = 60,8%, między nimi 3 operowano metodą Porra (2 zejścia śmiertelne). Z 57 nie laparotomowanych umarło 32 = 56,1%, głównie z powodu zakażenia i braku krwi. Z 10 kobiet leczonych sączkowaniem wyszło 4 a więc 60% śmiertelności. Dziwna rzecz, że 6 przypadków, w których pęknięcie było obwodowe, wszystkie wyszły. Z tych 4 były leczone sączkowaniem.

Z ostatnich miesięcy przytaczamy z literatury kazuistycznej ciekawsze przypadki pęknięcia macicy. Carl opisuje przypadek następujący. U VI-rodki nastąpiło przy ścieśnionej miednicy i położeniu czaszkowym przy silnych bólach porodowych pęknięcie szyjki macicznej i pochwy, przez co dziecko wyszło do jamy brzusznej tak, że wyraźnie wyczuć było można po stronie prawej ściągniętą, próżną macicę, tuż pod pokrywami brzucha małe części dziecka i to rączki w okolicy pępka a nóżki w okolicy śledziony. W znieczuleniu chloroformowym udało się przez obrót dziecko wydobyć, a już oddzielone łożysko rękoczynem wyjąć. Po desinfekcyi sromu włożył Carl sączek gumowy znacznych rozmiarów przez pochwę w pęknięte miejsce, nadto dał wewnętrznie sporysz, polecił robić zimne okłady na podbrzusze i przepisał leki podniecające. Na 2 dzień wyraźne objawy zapalenia otrzewny, ciepłota 40°, wyjęcie sączka. Przy zadawaniu makowca od 8 dnia począwszy żadnej nie było wyżki ciepłoty, względnie stan zadawalniający, tylko boleści w lewym podbrzuszu. Następny przebieg porodu bez wyżki ciepłoty. Przy końcu 4 tygodnia wyczuć było można przy prawidłowych zresztą stosunkach w środku przyczepu tylnej ściany pochwowój miękką bliznę. Korzystny wynik tem więcej budzi zajęcie, że operację wykonano na wsi, wśród najniekorzystniejszych warunków i lekarz mieszkający 2 mile od chorzej raz po raz tylko mógł ją doglądać. J. Šlechta opisuje z czeskiej kliniki ginekologicznej prof. Pawlika w Pradze 8 przypadków pęknięcia macicy. Pięć pęknięć niezupełnych, a leczonych tylko tamponadą, dały wynik pomyślny, 3 przypadki pęknięć zupełnych zakończyły się śmiercią. Z tych 2 laparotomowano, trzecią tamponowano. O leczeniu pęknięć macicy autor takie wypowiada zdanie, które jest prawdopodobnie i zdaniem pragskiej szkoły. Przy pęknięciu niezupełnym należy ostrożnie wewnątrz macicy oczyścić, poczem schwyty się ciało macicy przez pokrywy brzuszne i naciska się macicę ku dołowi aż brzegi rany zupełnie się do siebie nie zbliżą, aby wstrzymać krwawienie. W tej pozycji utrzymuje się macicę w ręku przez kilka godzin. Następnie kładą się końce palcy aż do miejsca pękniętego i wzdłuż tychże wprowadza się za pomocą cążków gazę jodoformową w podłużnych kawałkach, przyciska się ją do rany i wkłada się w ranę. Czyni się głównie przy krwawieniu. Między pojedyncze kawałki gazy wkłada się sączek z otworami, poczem tamponuje się szyjkę i pochwę. Na podbrzusze worek z lodem. W czasie porodu najpierw makowiec, aby jelita zrobić nieporuszałnymi, częste katetryzowanie. Tampony wyjmują się pomału 9 do 10 dnia. Blackwell w Londynie powołany został do bardzo otyłej 36-letniej VIII-rodki, która już prawie była bez tętna. Akuszerka twierdziła, że przebieg porodu był zupełnie prawidłowy, lecz nagle rodząca zemdląła. Z pochwy wychodziło cokolwiek krwi. Brzuch znacznie wzdęty, miękki, usta maciczne zupełnie otwarte, główka poruszalna w wejściu do miednicy, lecz cokolwiek skierowana na stronę. W ustach macicznych czuł Blackwell rodzaj poprzecznej rany. Kleszczami można było z łatwością dziecko wydobyć. Po wyjęciu skonstatowano w przedniej

ścianie macicy pęknięcie, z którego wychodziły pętle jelit. W kilka minut potem chora umarła. Sekcja wykazała silne stłuszczenie wszystkich narządów, otrzewna naddarta i od przedniej ściany macicy oddzielona, mięśnie macicy bardzo cienkie, w jamie brzusznej wielki skrzep krwi. Autor uważał pęknięcie za samopowstałe, ułatwione przez tłuszczowe zwyrodnienie mięśni i nadmiar potoku (hydramnion). Był to pierwszy przypadek pęknięcia macicy na 4000 porodów, obserwowanych przez autora. Jak wiadomo jest stosunek pęknięć do prawidłowego przebiegu porodu 1:1318. W przypadku *Underhilla* brało pęknięcie macicy początek od lewego wiazadła okrągłego aż do środka szyjki. Założono szwy katgutowe w dolnej części pęknięcia, Operacja *Porra* dała wynik pomyślny.

Na ostatnim zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie był zapowiedziany referat Dr. Stanisława *Brauna* o postępowaniu w przypadkach pęknięcia macicy. Niestety dla nieprzewidzianych przeszkód referat do skutku nie przyszedł a szkoda wielka, bo właśnie kol. *Braun* obserwował sam kilka ciekawych przypadków, ważne by więc było zapatrywanie się jego i szkoły krakowskiej na postępowanie lecznicze przy pęknięciach macicy.

Święcicki.

6. Choroby dzieci.

1. **Christian Ufer** (z Altenburga). O zaburzeniach umysłowych w szkole. (*Geistesstoerungen in der Schule.*) *Wiesbaden. J. F. Bergmann* 1891. str. 50. 80.

2. **R. Kafemann** (z Królewca). O częstości przerostu gardzielowego migdała wśród dzieci szkolnych. (*Schuluntersuchungen des kindlichen Nasen- u. Rachenraums an 2238 Kindern mit besonderer Berücksichtigung des Tonsilla pharyngea u. Aprosexia nasalis.*) *Gdańsk. Kafemann.*

3. **Otto Koerner** (z Frankfurtu n/M). Moczocięki u dzieci oddychających ustami. (*Enuresis Nocturna bei Mundathmern.*) *Centralbl. f. kl. med.* 1891. No. 23.

4. **Władysław Wróblewski** (z Warszawy). Przyczynek do wyrośli adenoidalnych (u głuchoniemych). *Przeegl. lek.* 23.

Książeczka *Ufera* składa się z dwóch części, z wykładu wypowiedzianego na zeszłorocznym zjeździe pedagogów w Weissenfeldzie i z dodatku z 13 doskonałymi opisami chorób umysłowych u dzieci wziętymi z książek *Conolly*'ego, *Guentza* i *Behra*, opisami tak dosadnie przedstawiającymi niektóre najczęstsze zbrocenia umysłowe u dzieci, że pedagog, który je uważnie przeczyta, niezawodnie nieraz będzie mógł wśród dzieci powierzonych jego pieczy spostrzedz wcześniej pojedyncze objawy podpadające i nie tylko sam wedle tego zmienić swoje postępowanie względem tak chorych dzieci, ale i nieraz rodzicom ich służyć dobrą radą, do kogo mają się udać po radę. Nie o leczenie tu chodzi, ale o zdwojoną ostrożność w prowadzeniu umysłowego wychowania dzieci dziedzicznie obciążonych, a więc albo przedwcześnie umysłowo rozwiniętych, albo tylko jednostronnie się rozwijających, lub też przeciwnie całkiem opóźnionych. W jednym wypadku wypadnie nauczycielowi wstrzymać zbyt pochopne do uczenia się dzieci, w drugim być wyrozumiałym i cierpliwym i nakłaniać do tego także rodziców, wymagających zbyt wiele od dziecka i wybierających dlań zawód zbyt trudny. — Indywidualizacja jest rzeczą konieczną także dla pedagoga, a jest ona niemożliwą dla tego, któremu obce są patologiczne zbrocenia umysłu dziecięcego. To też dosyć szeroko rozpisuje się autor o niektórych z nich, podając zarazem możliwą ich przyczynę, jak np. o tępości umysłu i niezdolności natężenia przedłużonego uwagi u dzieci, których nos zatkany skutkiem wyrośli odnośnych w gardzieli (*Aprosexia nasalis*) dalej o hallucynacjach, złudzeniach i opętujących wyobrażeniach (*Zwangsvorstellungen*) jakie się w tym wieku zdarzają, o nadmiernej wyobraźni i gonitwie myśli, wreszcie o tém, co *Prichard* nazwał *moral insanity*. — Pedagog może nieraz w istocie oddać wielką usługę, polecając wcześniej rodzicom zaprowadzenie dziecka do specjalisty lub do psychiatry; gdyż wiadomo, ile czasu zazwyczaj

mija, nim rodzina uwierzy w to, że takie dziecko jest choré; nie mało czasu przeminie, nim lekarz przywołany przekona się, że to choroba umysłowa, a jeszcze więcej, nim zapadnie decyzja powierzenia dziecka opiece psychiatry. Książka Kuffemanna jest także wykładem i dość popularnie napisanym i interesującym również nauczycieli szczególnie; traktuje zaś o częstoci przerostu migdałka gardzielowego. Dzieci takie, (jak już wyżej wspomnieliśmy), źle postępują w naukach jak to Guye z Amsterdamu a przed nim już Wilhelm Meyer z Kopenhagi zaznaczyli. Jeżeli wyrosłe zatykają otwory tylne nosa zupełnie, to tylko ustami oddychanie możliwe i poznać łatwo takie dzieci po opuszczonej dolnej szczęce, po zniknięciu fałdy nosowargowej i głupowatym wyrazie twarzy; dzieci takie chrapią w nocy, powonienie ich osłabione, gardło suche, głos „zamarły“ i przytém częste katary oskrzelowe, zła budowa klatki piersiowej, zły słuch w skutek niedostatecznej wentylacji średniego ucha, czasami i zupełne tegoż cierpienie. — Psychiczne zboczenia tych dzieci dotyczą nie tylko osłabienia umysłowego, ale i zmiany charakteru; dzieci tępieją i gnuśnieją zarazem. Na 2238 dzieci szkolnych między 6-ym a 14-ym rokiem, zbadanych przez K., było 7,8% chłopców, a 10,6% dziewcząt, dotkniętych przerostem migdałka gardzielowego i często, ale nie zawsze przytém były i migdały podniebienia obrzmiałe, lub ściana tylna gardzieli pokryta granulacyjami. Wobec wpływu, jaki mają wyrosłe adenoidne i pochodzące ztąd utrudnienie oddechania nosem nie tylko na słuch, ale i na zdolność uczenia się dzieci, napomina K. rodziców, aby pilnie uważali na to, czy dzieci w nocy nie oddychają ustami i t. d., a zarazem poucza, jak prostą operacją (wyskrobananiem lub wycięciem wyrosli) można usunąć przyczynę tych zaburzeń.

3) Do sprawozdania z popularnych wykładów dodajemy dopełniające je streszczenia z dwóch nowych prac Koernerera i Wład. Wróblewskiego. Koernerer podaje dwa wypadki usunięcia uporczywego moczocieku przez wycięcie przerosłego migdałka gardzielowego. — Fakt, że dzieci z nosem zatkanym często moczą się w nocy, znany już był dawniej. Majer, Ziem, Block, Schmalz pierwszy wykazał przyczynowy związek obu tych cierpień, usuwając moczocięk przez operacje w jamie nosogardzielowej. — Jakim sposobem adenoidne wyrosłe w gardzieli mogą przyczynić się do moczocięku? — Koernerer przypuszcza u takich dzieci zawsze osłabienie zwieracza pęcherza; niespokojny sen dzieci oddychających ustami byłby więc tylko przyczyną dodatkową; atoli możnaby równem prawem przypuszczać i nadkureczliwość mięśnia wypieracza moczu (detrusor). (Wiadomo, że dzieci cierpiące na moczocięk w późniejszych latach rozwoju nieraz cierpią na utraty nasienia w nocy). Pytanie, czy przerost migdałka gardzielowego nie przyczynia się téż i do nocnych pollucyi. Pearce Gould zauważył w wypadku przyrodzonego braku migdałów równocześnie upośledzony rozwój części płciowych, zwłaszcza jąder. Odwrotnie przy przerosnięciu migdałów, a więc i gardzielowego mógłby przedwczesny popęd płciowy w wieku rozwoju być przyczyną częstych pollucyi lub skłonności do onanizmu. Takie wypadki znane są referentowi; należałoby na to zwrócić uwagę¹⁾.

Wróblewski zauważył w kilku wypadkach u dzieci z wyrosłami adenoidalnymi częste krwotoki z nosa i krwioplucie. — Krwotoki te usuwał usunięciem wyrosli. Fakt to także ważny, na który dotąd nie zwracano uwagi. Wróblewskiego pobudziła do badania gardzieli u głuchoniemych dzieci praca Poissona (1883), który więcej niż u połowy znalazł wyrosłe adenoidalne. Podczas gdy w poliklinice szpitala ewangelickiego tylko u 7% osób, przeważnie dzieci, je zauważył, to pomiędzy wychowancami instytutu głuchoniemych w Warszawie znalazł je u większości (57%). Jego zdaniem nie ma częstszej przyczyny głuchoty w dziecięcym wieku, jak przerost migdału gardzielowego. Także tonsillitis hypertrophica współcześnie z wyrósłami dwa razy częściej zdarza się u głuchoniemych, niż u innych dzieci. Choć i u głuchoniemych adenoidne wyrosłe najczęściej umieszczone są na stropie gardzieli, a następie na ścianie tylnej, jednakowoż stosunkowo bardzo często (23 razy na 150) spotykał on także i boczne wyrosłe, co się u innych dzieci bardzo rzadko zdarza. — To nam tłumaczy upośledzenie słuchu.

Jak wiadomo u dorosłych adenoidne wyrosłe są stosunkowo rzadkiem cierpieniem; znikają one w istocie i, choćby pozostały, stanowią przy stopniowém powię-

¹⁾ Cfer wykład referenta o nasieniotoke. *Nowiny lek.* 1891. str. 234 i 297.

kszeniu się jamy nosogardzielowej małą stosunkowo przeszkodę. Jestto więc cierpienie wieku a, że oddziaływa na rozwój nie tylko fizyczny, ale i umysłowy dziecka, wiadomość o niem powinna być rozpowszechnioną nie tylko wśród lekarzy, ale wśród pedagogów i rodziców, aby jak najrychlej grożącemu niebezpieczeństwu mózgu zaradzić.

Chłapowski.

7. Choroby gardła, nosa i uszu.

Pelteson. Apsithyria. *Berliner klin. Wochenschrift* 1890, No. 30.

Solis-Cohen apsithyrią nazwał stan pokrewny bezgłowski hysterycznemu, hysteryczną zupełną niemotę, przy której i cichy szept jest niemożliwy. Charakterystycznem tej choroby jest niemożebność wydania jakiegokolwiek głosu. Gdy głuchoniemy albo chory z bezgłosem przynajmniej głośno śmiać się i płakać może, i zdolny wydawać nieartykułowane głosy, chory na apsithyrią nie ma władzy nad ustami, językiem i podniebieniem. „Utracił pamięć dla artykulacji i chwytą natychmiast za ołówek lub pióro, by się mózgu porozumieć z otoczeniem“. Cierpienie to dotknąć może ludzi obojga płci, a sądząc z publikowanych dotąd 45 przypadków, w latach od 6—51. Sześć razy spostrzegano przy apsithyrii i utratę słuchu, zawsze u mężczyzn. Początek zwykle jest nagły po przestraszeniu, gniewie itd., albo też w połączeniu z zapaleniem krtani lub bezgłosem, albo też po hysterycznych kurczach płaczących lub śmiejących; czasem powód nie da się wykazać. Wielu chorych skarży się na szczególne wrażenie w gardle lub na języku. Dokładne badania wziernikiem znane w małej liczbie. Pelteson w swoim przypadku stwierdził, że struny głosowe tworzyły szparę i nie mogły do siebie się zbliżyć. Przy intonacji spostrzegał tylko lekkie drganie wolnych brzegów strun głosowych, a bardzo mierne poruszanie się chrząstek nalewkowych. Rozchodzenie się strun było prawidłowe, chory ani śmiać głośno, ni też kaszleć nie był w stanie. Przebieg i trwanie cierpienia nie da się naprzód oznaczyć, często nagle głos wraca. Na cierpienie ośrodków nerwowych wskazują te przypadki, w których chorzy zanim mowę zupełną odzyskają, wprawdzie bełkocą lub się zająkują, wymawiając zrazu tylko wyrazy pojedyncze, a później dopiero zdania. Objawy hysteryi we wszystkich przypadkach stwierdzano. Rokowanie da się oznaczyć jako nigdy niepomyślne. W końcu zaleca Pelteson środki i sposoby leczenia przeciwhysteryczne i metodyczne ćwiczenia mówienia.

Charazac. Przypadek hysterycznej niemoty. Wyleczenie przez podawanie w hypnozie. (Un cas de mutisme hystérique. Guérison par suggestion pendant le sommeil hypnotique.) *Revue de laryngologie* 1890, Nr. 12.

Apsithyria, niemożebność wydania głosu, jedynym była objawem u hysteryczki, jak to Charcot już stwierdził, a również osoba ta nie gestykulowała. Biorąc się do pióra by odpowiedzieć — dawała odpowiedzi zupełnie dokładne i stosowne. Przed dwoma tygodniami połknęła była igłę i odtąd popadła w zupełną niemotę. Podawanie i hypnoza nie wystarczyły jednakże do uleczenia, jak to autor w tytule swjej pracy podaje, trzeba było jeszcze zastrzyknąć podskórną morfinę w okolicę jajnika, który był bolesny, by chora znów głos odzyskała.

Cervello. Rozedma płuc przez zamknięcie przewodów nosowych. (Emphysème pulmonaire par occlusion des voies nasales.) *Revue de laryngologie* 1890, Nr. 23.

Autor w zamiarze stwierdzenia doświadczeń Sandmanna wywołał u psów przez szczelne zaparcie przewodów nosowych już po kilku dniach rozedmę płuc. Temi doświadczeniami wykazał, że twierdzenia, dla nauki za rychło zmarłego Hacka wszelką miały podstawę i że wypada przy astmie zawsze baczyć na stan nosa, z kąd przez odruch takowa spowodowywana być może.

Thudichum. Włókniaki jamy nosogardzielowej, skuteczne ich usuwanie nowymi sposobami. (Fibromata of the nasopharyngeal space, their successful treatment by new methods.) *Lancet* 1891, 31 stycz.

Autor omówiwszy patologię tych nowotworów, ich skłonność do nawrotu, nawet po bardzo dokładnym zniszczeniu, wykazuje, że bardzo często są umiejscowionymi na tylnym końcu muszli średniej. Ponieważ łatwo na ich powierzchni owrzodzenia się wytwarzają, — a przez ucisk i owrzodzenia przytykającej błony śluzowej powstają, łatwem jest mylnie rozpoznanie zapalenia cuchnącego nosa, ozeny. Włókniaki wprowadzić mało mają naczyń krwionośnych, zrosty jednakże z błoną śluzową sprawiają, że przy operacji następują mocne krwotoki. Po krwawych też operacjach umiera jedna trzecia część operowanych na bezkrewkość, jedna trzecia na ropnicę (pyaemia) i zapalenie płuc, a jedna trzecia wraca po długim chorowaniu do zdrowia. Thudichum niszczy je śpiczastem albo widełkowem żegadłem galwanicznym. Przy większej skłonności do krwawienia z zrostów wstrzykuje rozczyn Ferr. sesquichlor. Wypala się przez nos, a szypułkowe cząstki usuwa się za pomocą pętli. Czasem trzeba odjąć kawał dolnej muszli, by sobie szerszą drogę przysposobić.

Bienfait. Przyczynek do nauki wyvodu choroby Basedowa, (Contribution à l'étude de la pathogénie du goitre exophthalmique.) *Bulletin de l'academie royale de médecine de Belgique*. 1890. No. 8,

Sumienna i obszerna bardzo praca autora przywodzi go do następnych wyników: 1) Wyłuszczenie ciałek siatkowych (corpora restiformia) sprowadza znaczne zaburzenia w obiegu krwi, już to wzmożenie, już też obniżenie nacisku krwi. 2) Toż obrażenie może wywołać przyspieszone bicie serca, albo też zmniejszyć liczbę uderzeń tętna. 3) Przyspieszone bicie serca nie zawsze zdaje się spowodowanym przez przecięcie nerwu błędnego. 4) Wytwarzają się objawy podrażnienia nerwowego, trzęsienie się, drgawkowe i tępcowe kurcze. 5) Głowa, płuca i gruczoł tarczycowy okazują niekiedy przekrwienia. 6) W 37% przypadków spostrzega się wysadzone gałki. 7) W przypadkach, w których nerwowe podrażnienia z wysadzeniem oczu a przyspieszonym biciem serca i przekrwieniem gruczołu tarczycowego razem występują, mamy klasyczny obraz choroby Basedowa. 8) Przyczyna więc polega na porażeniu, które na wzgórek rdzenia białawego (bulbus) przechodzi, a przede wszystkim na miejsce, gdzie się jądro nerwu błędnego znajduje. 9) Nie ma dowodu, aby u chorych na chorobę Basedowa nerw błędny był porażony, jakkolwiek niektóre objawy za tém przemawiają.

Schwabach. O przebiegu zapaleń ropnych ucha średniego u chorych na gruźlicę przy stosowaniu tuberkuliny. *Deutsche med. Wochenschrift* 1891. No. 20.

Badania robiono u 11 osób na gruźlicę chorych i dziewczęcia 6-letniego z gruźlicą kości. U trojga stwierdzono prątki w ropie z ucha, u 9 w płwocinach. Odczyn miejscowy po wstrzykaniach głównie polegał na lekkim bólu, słabym szumie i miernym wzmożeniu otoku. U dziewczęcia jednakże, które podlegało ropieniu z obojga uszu i martwinie prawego wyrostka sutkowego, za każdym razem był odczyn mocnym. Skóra nad obu wyrostkami sutkowymi obrzmiała i zabarwiała się czerwono, ból stawał się mocnym, a otok znaczniejszym. Wpływ jakkolwiek wstrzykiwań na przebieg cierpienia usznego w ogóle nie mógł być stwierdzonym. W jednym przypadku, w którym prątki w ropie się znalazły, nastąpiło uleczenie, ależ wiadomo, że i bez tuberkuliny takowe się zdarza. U trzech chorych nastąpiło pogorszenie, martwina kości skalistej i porażenie nerwu twarzowego.

Macdonnell. Mało znany objaw tętniaka tętnicy głównej. (Un signe physique peu connu de l'anévrysme de la crosse de l'aorte). *Semaine médicale* 1890. No. 10.

Stojący chory wypreża szyję o ile może przy zamkniętych ustach; lekarz chwyta chrząstkę pierścieniową palcem wskazującym i paluchem i tłoczy ją ku górze.

Skoro istnieje tętniak odczuwać można tętno łuku tętnicy głównej. W 23 przypadkach objaw ten autor stwierdził i dochodzi do następujących wyników: Objaw ten zdarza się tylko przy tętniaku łuku tętnicy głównej, a zachodzi tylko w takim razie, jeżeli tętniak z góry ku dołowi na lewą oskrzele albo na sąsiednie części tchawicy ciśnie. Czasem jest to jedyny objaw istnienia tętniaka łuku, a przy innych tętniakach tętnicy głównej nigdy stwierdzić się nie da.

Koehler.

8. Farmakolojia i Toksykolojia.

Dwa nowe ciała lecznicze: Piperacyna i dermatol.

W ciągu kilka lat ostatnich chemija nowymi środkami leczniczymi niepoślednio arsenał medyczny wzbogaciła; niestety jednakże doświadczenie nie odpowiadało zawsze oczekiwaniom i znaczną też część owych zaleconych leków, pomimo że zaszczyt przynoszą postępowi nowoczesnej chemii, w lecznictwie jako bezużyteczne historyi przekazano. Dwa leki jednakże tj. „Piperacyna“ i „Dermatol“ prawdopodobnie do odegrania ważniejszej roli w lecznictwie zdają się być powołane.

Pierwszy, — „piperacyna“ — początkowo przez L a d e n b u r g a: „Piperazidinem“ nazwany, jest identycznym z Diaethylendiiminem i Diaethylendiaminem Hoffmanna, wedle chemicznego składu swego uważanym być może za: „Piperidin“ i zawiera $C_4H_{10}N_2$. Utrudnione wytwarzanie tegoż stawało do tego czasu na przeszkodzie podjęciu wystarczających prób na polu fizjologicznym i farmakologicznym; obecnie wszakże trudność powyższa usunięta została. „Piperacyna“ jest ciałem stałym, jako bezwodnik topnieje przy $104-107^{\circ}C$, a przechodzi we wrzenie przy $145^{\circ}C$, w wodzie rozpuszcza się z największą łatwością, jest hygroskopiczną, gdyż z powietrza chciwie przyciąga wodę i kwas węglowy, przyczem się rozpywa. Rozczyn wodny ma odczyn zasadowy, bez żrących własności i jest prawie bez smaku. Połączenie chemiczne: „Piperacyny“ z kwasem solnym rozpuszcza się łatwo w wodzie, trudniej w wysoku. W obec kwasu moczowego odznacza się szczególniejszymi własnościami i zdaje się, iż skutkiem tego w leczeniu dny i tworzenia osadów moczanowych w organizmie, niepoślednie zajmie z czasem stanowisko. Wedle: „*Medizin. Newigkeit*“ nr. 29 i 30 oddziaływanie: „Piperacyny“ na kwas moczowy da się w następujący określić sposób. 1) „Piperacyna“ rozpuszczona w zimnej wodzie, przy dodatku kwasu moczowego, rozpuszcza tegoż 12 razy więcej, aniżeli węglan litonu w tejże samej postaci. 2) Moczan „piperacyny“ otrzymany przez poprzednie zagotowanie z kwasem moczowym w nadmiarze, przy $170^{\circ}C$ jest w wodzie o 7 razy więcej rozpuszczalny od moczanu litonu, a podczas gdy stosunek rozpuszczalności tegoż w wodzie, przy $170^{\circ}C$ podawanym bywa na 1:368, moczanu piperacyny rozpuszczać się daje 1 część w 50 częściach wody. 3) Przy wielkim nadmiarze kwasu moczowego, „piperacyna“ nie tworzy soli kwaśnych, lecz obojętne, łatwo rozpuszczalne. 4) W porównaniu z węglanem litonu w zimnej wodzie jest o wiele rozpuszczalniejszą.

W ustroju zdaje się, iż albo żadnemu, albo bardzo tylko nieznanemu utlenieniu ulega. Po zażyciu jednorazowej ilości 1 gram z łatwością w moczu daje się rozpoznać i to już po kilku godzinach znaczna część: „Piperacyny“ z odczynem zasadowym się ukazuje, — lecz także i po upływie 36 godzin, jeszcze w moczu jako taki odnajdywać się daje. W dozach 2 grm., a nawet i więcej nie oddziaływa trująco, skutkiem czego prawdopodobnie wszędzie tam znajdzie użycie, gdzie będzie chodziło o wprowadzenie do ustroju środka rozpuszczającego kwas moczowy. Solan piperacyny można podawać w dozach 0.5—1.0 grm., chociaż i dawki po 1.5 grm. i wyżej bez znacniejszego wpływu na czynności fizjologiczne organizmu pozostają. Podskórnie może być używanym solan piperacyny w 20% roztworze, czysty zaś Piperazin w 3—5%; silniejsze dawki bywają wprowadzane także znośne, lecz łatwo do podrażnienia doprowadzić by mogły.

Do użyciu wewnętrznego zaleca się najwięcej roztwór solanu piperacyny w wodzie sodowej i to 1 grm. na butelkę pro die, poczem zazwyczaj już drugiego dnia zwiększenie wydzielania moczu się pojawia.

Dr. G. Bardet w Paryżu ogłosił swe doświadczenia poczynione z piper-

zinem i pomiędzy innemi donosi, iż u pewnego chorego, którego moczu bardzo wiele kwasu moczowego w postaci tworzącego się osadu zawierał, już po zażyciu 0.4—0.6 grm. piperacyny, osad znikł, a za to w moczu zwiększoną ilość rozpuszczalnych moczianów było można wykazać. Dalsze 5 przypadków leczenia chorych na dnę i kolkę nerkową, wykazały skutki nader pomyślne i zachęcające, by w tym kierunku dalej badania siły leczniczej piperacyny poprowadzić. Dr. Vogt wedle wykładu mianego dn. 11 lutego b. r. w „*Soc. therap.*“ w Paryżu zauważył, iż po zażyciu piperacyny względna i zupełna ilość kwasu moczowego w organizmie się zmniejsza i dalej, iż w moczu obok zmniejszenia prawidłowej ilości kwasu moczowego, zwiększenie ilości moczniaka następuje. Objaw ten starał się V. w następujący sposób wytłómaczyć: „Zasada organiczna tj. piperacyna posiada obok własności antyseptycznych, przysługujących i wszystkim innym wytworom smołowcowym, także własności utleniające, jak w ogóle alkalia, lecz o wiele silniejsze; podczas gdy bowiem do uzyskania równego skutku potrzeba by np. po 8 grm. dziennie Natr. bicarbon. przez dni 14 — solan piperacyny tego samego dokonuje w dawkach po 1 grm. przez 5 dni.“

Wyrobem piperacyny zajmuje się akcyjna fabryka chemikaliów, przed tém E. Scheringa w Berlinie.

Drugie nowe ciało nazwane: „Dermatolem“ w chirurgji nie mniej ważną rolę prawdopodobnie odgrywać będzie. „Dermatol jest wedle swego chemicznego składu preparatem wismutu zasadowego kwasu dębiankowego (basisch gallensaures Wismuth), przedstawia proszek nadzwyczaj mialki, szafranowej barwy, bez zapachu, nie hygroskopijny, opierający się wpływowi powietrza i światła. W lecznictwie zdaje się, iż przeznaczeniem jego będzie zastąpić zupełnie jodoform. Wedle: „*Berlin. klin. Wochenschrift*“ z dnia 15 czerwca 1891, posiada lek ten następujące własności lecznicze. Działa silnie jako suche antiseptikum, w zwyczajnych płynach jest nierozpuszczalny: u człowieka użyty korzystnie działa w dwojakim kierunku, tj. najpierw przeciwnie nie wprost, a dalej i wysuszająco, przez co rozwój bakterji wstrzymuje. Własności wysuszające ujawniają się korzystnie przedewszystkiem przy wszelkich ranach, wrzodach, a w ogóle wszędzie, gdzie chodzi o szybkie zagojenie zewnętrznych uszkodzeń skóry. Dermatol nie drażni wcale, — a to z powodu swjej nierozpuszczalności i stałości, — gdyż nawet w aparacie parowym bez zmiany może być poddany sterylizacji — w porównaniu z innymi preparatami bismutu jest pozbawiony wszelkich własności trujących. Próby dotychczas poczynione w klinikach chorób skórnych chirurgicznych i ginekologicznych wykazały, iż w przeciwieństwie do wielu innych środków antyseptycznych, drażniących i opóźniających gojenie zazwyczaj, dermatol usuwa podrażnienie, zmniejsza wydzielinę z rany, rozwój i wzrost ziarniny przyspiesza, a tém samém do szybkiego gojenia się przyczynia. Z téj téż przyczyny zapotrzebowanie zwykłych środków opatrunkowych jak gaza, wata, bandaże itp. staje się o wiele mniejszem. Własności wysuszające dermatolu ujawniły się także przy innych cierpieniach ze znaczną ilością wydzielin jak np. przy oparzeniach wyższego stopnia, owrzodzeniach nóg, ekcemach sączących itp., a dalej przy chorobach ropiejących uszów i oczu. Zdaje się wszakże, iż i do wewnętrznego zadawania będzie dermatol przydatnym, z powodu bowiem braku własności trujących dawki dwugramowe pro die dobrze bywały znoszone. Dermatolem zatem dałoby się może zastąpić Bismuth. sub. nitr. a dalej i w cierpieniach trzewi, jak np. w rozwolnieniach kataralnych, lub skutkiem owrzodzenia ścian jelit powstałych, należałoby o skuteczności jego się przekonać.

Wedle odczytu dr. R. Glaesera na IV kongresie ginekologów zaczęto najpierw używać dermatolu w klinice wrocławskiej, przy małych ranach zewnętrznych, i przy starszych ranach po laparotomii, skoro pomniejszych braki skóry nie chciały się zagoić. Po pierwszym użyciu mniejsze defekta skóry i siaczące miejsca pokryły się strupem twardym, pod którym już bez późniejszego wydzielania ropy zagojenie nastąpiło; podrażnienia okolicznej tkanki nie zauważono. Wynik ten pomyślny spowodował zastosowanie dermatolu przy świeżych ranach po laparatomji. Po zdjęciu opatrunku znaleziono ranę zakrytą strupem, wydzieliny bardzo mało i ani śladu podrażnienia. Skutek ten sam pomyślny uwidocznił się przy wszystkich świeżych ranach. Po usunięciu szwów energiczne użycie dermatolu, na to opatrunkiem z pasty cynkowej — a gdy po dwóch dniach pasta się rozkruszy, zasklepienie rany jest już tak daleko posuniętem, iż choremu kąpiele nawet nie szkodzą. Uderzającem (gerade zu verblüf-

fend) było działanie dermatolu na starsze rany przy większych defektach skutkiem nekrozy; tutaj zmniejszenie się rany wychodziło szybko, nie bywało przy dotychczasowem używaniu wina kamforowego, maści rozmaitych i t. p. Zaczęto zatem śmielić używać dermatolu przy rakach ciekących, śródmaciecznie i t. p. i wszędzie tutaj zmniejszenie się wydzielin było widocznem, granulacje dotychczas słabe i o złej barwie stawały się żywo czerwonymi i silnemi. Powleczenie się nowym naskórkiem przy znaczniejszych oparzeniach rychło pod opatrunkiem dermatolowym się pojawiało. Własności wysuszające dermatolu w niektórych razach jednakże powodowały za silne zlepianie się opatrunku z powierzchnią rany — przegrodzenie za pomocą silku i temu wszakże zupełnie zapobiegało.

Wedle polecenia doktorów R. Heintze'go i A. Liebrechta fabryka farb Meister, Lucius & Brüning w Höchst n./M., dermatol w najczystszej wyrabia stanie.
Zaremba (Pierzchno).

W. Friedrich i M. Stricker. O wpływie picia wody w różnej cieplotcie i ilości na zdrowe i chore serce. (Ueber den Einfluss des in verschiedener Temperatur u. Menge getrunkenen Wassers auf d. gesunde u. kranke Herz.) *Orvosi Hatilep.* 1890, No. 37—40, *Med. Revue.*

Jeżeli serce zdrowe, to 200 cm³ wody na raz wypitych nie ma wyraźnego wpływu ani na ciśnienie krwi, ani na ilość skurczeń serca. W miarę jednak powiększenia się ilości wody naraz wypitej powiększa się ciśnienie krwi przy obniżeniu ilości tętna; może to potrwać godzinę, nawet do trzech godzin. Mniej więcej w godzinę woda wypita już uchodzi z moczem, najpóźniej w 2—3½ godziny; prędkość wydzielania wody moczem rośnie w stosunku prostym do ilości wody naraz wypitej.

Jeżeli jednak serce zdrowem nie jest, to 1) ilość tętna nie zmniejsza się w stosunku do ilości wody na raz wypitej; 2) ciśnienie serca — przy dobrém wyrównaniu jego wody — zachowuje się tak samo, jak zdrowego; ale gdy kompensacja jest niezupełnie dostateczną, ono nieco się wzmacnia; jeżeli zaś wyrównanie zupełnie nie dostatecznem, ciśnienie nie wzmacnia się wcale; 3) im większą jest ilość wypitej wody, tém później występuje szczyt działania na ilość tętna i ciśnienie krwi; 4) po przyjęciu większej ilości wody w ciągu 15—20 minut potrzeba przeszło 3—4 godzin, zanim tętno i ciśnienie krwi stanie się takim, jak przed tém; 5) woda dopiero po godzinie zaczyna przechodzić w mocz, którego ciężkość gatunkowa będzie w odwrotnym stosunku do ilości wypitej wody; 6) ilość oddanego moczu stosuje się do pewnej granicy do ilości wypitej wody; po za tą granicą ilość moczu staje się mniejszą; 7) 200—1000 cm³ wody wypitej po 3—4 godzinach jeszcze ledwo w połowie odchodzi z moczem u osób chorych na serce.

Tętno i ciśnienie krwi dla tej przyczyny inaczej się zachowują przy niewyrównanej wadzie sercowej pod wpływem picia wody, że serce chore nie podoła pomnożonej pracy pochodzącej od zwiększenia ilości krwi i dla tego gromadzi się krew w systemie żylnym, podczas gdy w tętnicznym ciśnienie, a ztąd i wydzielenie w mocz się nie powiększa.

Chłapowski.

9. Syfilidologia i Dermatologia.

Neisser E. Dyfteryja skóry. *D. med. Wochenschr.* 1891, 21.

U chłopca pięcioletniego z rozległą błonicą polyku i migdałów spostrzegł autor za lewem uchem, na twarzy i na prawej łopacie kilka przeciosów (excoriatio), które wprawdzie nieco były wilgotne, ale żadnego nie miały osadu. Skóra w okolicy otworu stolcowego na kilka centymetrów obwodu pokryta osadem białawym, niby błoniastym, który przy odskrobywaniu wywołuje lekki krwotok. Otoczenie całe twardo naciekle, brzegi zaczerwienione, prącie i moszna wodnisto obrzmiałe, ale bez osadu. Przed 2 tygodniami dostało dziecko ból w okolicy stolca, w tydzień później spostrzeżono czerwony pęcherzyk in rima ani, otoczony białawą obwódką. Błonica polyku przeszła na krtani, tracheotomija, zgon. Badanie skrawków skóry z okolicy otworu stolcowego wykazało prątki błonicowe, najobficiej usadowione w górnych warstwach

skóry (corium), sięgające jednak aż do głębokich pokładów warstwy siatkowatej. Przypadek ten przemawia za etjologiczną doniosłością Löfflerowskich prątków nie tylko odnośnie do błon śluzowych ale i do skóry.

E. Kromeyer. W sprawie leczenia rzeżączki chronicznej. *Berl. klin. Wochenschr.* 1891. 24.

W terapii rzeżączki (trypra) stawia sobie autor przedewszystkiem pytanie, czy zajęta jest tylko pars posterior, czy pars anterior, lub też jedna i druga. W tym celu za pomocą zwykłej strzykawki zastrzykuje do cewki pyoktaninę i tym sposobem farbuje na niebiesko elementa części przodkowej, poczem moczwypuszczony będzie zawierał w sobie nitki niebieskie i białe, jeżeli jest urethritis posterior, a jeżeli jest tylko anterior, otrzymamy tylko niebieskie nitki. Najprostsza metoda przy urethritis posterior polega na przepłukiwaniu za pomocą miękkich cewników i dodaniu do płynu sublimatu, siarczanu cynku, rezorecyny lub argent. nitr. w stosunku 1:4000. Inna metoda polega na aplikowaniu kroplami mocniejszych rozczyńców przedewszystkiem arg. nitr. za pomocą strzykawki Guyon'a. W urethritis anterior można zakonstatować endoskopem, że zajęta jest chorobowo przedewszystkiem fossa navicularis i bulbus urethrae. Jeżeli proces chorobowy jest powierzchowny, można go opanować za pomocą mocniejszych rozczyńców arg. nitr. aplikując takowe na zwitkach waty, dobry wynik dają także przepłukiwania środkami ściągającymi. W razie głębszych nacieków stosujemy leczenie zgłębnikami, które działają rozdzielająco przez to, że wywierają ucisk i rozciągają tkanki. W ostatecznym razie pozostają nam jeszcze dilatatoria i rozciniwanie nacieków.

Europen w chorobach kłowych.

Eichhoff i W. Siebel referują w Nr. 7 *Ther. Monatsh.* o nowym produkcie jodu, zwanym Europen, który co do fizyologicznych własności swoich ma być bardzo podobnym do Jodoformu. Jest to żółtawy proszek bezwonny, we wodzie nierozpuszczalny, łatwo rozpuszczalny w alkoholu, eterze, chloroformie i oliwie. Po zażyciu wewnątrznie wydziela się jod. Psy znoszą 2—3 gramów, a u człowieka po 1 grm. pojawia się tylko nieznaczne ciśnienie w okolicy żołądka. Preparat ten nie jest trucizną. Eichhoff próbował środka tego w chorobach kłowych i — z wyjątkiem rzeżączki — dobre osiągnął wyniki. Ulcera mollia goją się przy zwyczajnem posypaniu ich europenem. Na kiłę konstytucyjną we wszystkich okresach jej rozwoju działa europen korzystnie — czyto wewnątrznie zażyty czy też podskórnie wstrzyknięty. Zewnątrznie daje go autor w postaci maści 1—20%. Rp. Europen 2.0, Ol. olivar 10.0, Lanolini 88.0. M. f. Ung. S. Maść. — Do wstrzykiwań podskórnych używa się rozczyńcu w oliwie, a zaczyna się od 0.05 i dochodzi w następnych dniach do 0.1. Wstrzykiwania są niebolesne, i nie wywołują odczynu ani miejscowego ani ogólnego. Europen rozkłada się w ciele zwolna i działa przez dłuższy czas. Z chorób skórnych niekłowych nie ma skuteczności europen w Eczema parasitarium, w łuszczycy i strupniu (favus). Korzystnie zaś działa w Scrophuliderma, w wilku i we wrzodach podudzia, tudzież w oparzeniach. Eichhoff sądzi, że w europenie występuje do walki niebezpieczny konkurent jodoformu, którego pod niejednym względem przewyższa.

Alex. Paris-Maréville. Kiła mózgowa obok porażenia postępującego ogólnego. *L'Union Méd.* 1890. 104.

Ze statystyki autora tego wynika, że na 315 przypadków ogólnego porażenia u mężczyzn było 42 przypadków kiły — z tego wnosi autor, że syfilis nie jest swoistą przyczyną tegoż porażenia, najczęściej bywa nią przeciążenie pracą — zmęczenie ośrodków nerwowych. Także i alkoholizm jako taki nie może być uważany za bezpośrednią przyczynę porażenia — ile raczej znów zmęczenia, któremu nieporządnym życiem swoim tak alkoholicy jako i weneryczni zwykle się poddają. Dziedziczność i tu niepoślednią odgrywa rolę. Osoby chore na kiłę i równocześnie na porażenie ogólne, przedstawiają objawy różniące się od objawów przy samej rozlanej Periencephalitis.

E. Feibes. Przypadek niezwykłego przebiegu kiły. *Berl. klin. Wochenschr.* 1891. 22.

W tydzień po ostatniem, a w cztery mniej więcej tygodnie po przedostniem spółkowaniu pacjent 28-letni dostał wrzód na prąciu (penis.), leczono go kamieniem piekielnym i proszkiem arystolu, poczem nastąpiło znaczne pogorszenie. W szóstym tygodniu choroby zakonstatował F. po prawej stronie prącia na wewnętrzuje blaszce napletka wrzód wielkości fenygówki, przechodzący na żołądz o brzegach ostrych, dnie ropiastym. Wrzód twardy i bolesny, naczynia limfatyczne na dorsum penis prawidłowe, ani śladu zapalenia cewki moczowej. Gruczoły limfatyczne po stronie prawej obrzękłe i bolesne. Brak wszelkich objawów wtórnych. Mimo to leczenie wstrzykiwaniami z Hydr. salicyl w 1,0, Paraffin liq. 10,0 w trzeci i czwarty dzień po poł. strzykawki. Wrzód czyszczono dwa razy dziennie roztworem sublimatu i pokrywano plastrem, w gruczoły wcierało trzy razy dziennie masę. Rp. Plumb. jod. Extr. Bellad. aa 3,0 Lanol. pur. 20,0 Ol. amygd. dula 5,0. Mfungt. Po drugiej iniekcji wrzód zaczął się goić, gruczoły się zmniejszać, a po czwartej wszystko było zagojone. W trzecim tygodniu kuracyi spostrzegł chory na dorsum penis obrzęk niebolesny i niezapalny, po dalszych dwóch tygodniach guzek ten nieco się spłaszczył, był wielkości orzecha włoskiego, poruszalny. Naczynia limfatyczne na grzbiecie członka obrzmiałe, napletek wodnisty naciekły (oedema), z cewki moczowej pojawia się rzadka ropa. Wypływ ten uważano za trypra i robiono lekkie wstrzykiwania — a swoją drogą rozpoczęto znów leczenie przeciwkiłowe. Po trzech dniach blizna po szankrze mocno się zaczerwieniła i zgrubiała, objawy ze strony cewki te same, ale w narządzie tym czuć twardość, poczynawszy w orificium aż na $1\frac{1}{2}$ cala w górę. W zmianowany powyżej tumor za skórą zrosnięty. W wydzielinie cewki ani śladów gonokoków. Na miejscu dawnego szankra utwożył się nowy płytki wrzód o brzegach nierównych, w cewce dostrzeżono miejsce owrzodzone pokryte szarą ropą. F. uważał proces ten za gumma — mimo że chronologicznie wniosek ten nie zdawał się być uzasadniony — zaordynował leczenie rtęciowe i 4 grm. jodku potasu na dzień. Wyleczenie.

Kuttner. Zastosowanie miejscowe kwasu chromowego przeciwko owrzodzeniom kiłowym. *Therap. Monatsh.* 1891. 6.

W uporczywych owrzodzeniach kiłowych (syfilitycznych) błony śluzowej jamy ust i gardzieli osiągnął K. dobre wyniki. Technika polega na tem, że się bierze zgłębnik srebrny, lub nowosrebrny i na główce jego topi kilka kryształków kwasu chromowego, tak jak się to robi ze saletranem srebra (arg. nitr.). Gdy zgłębnik ostygnie, pociąga się nim odnośne miejsca chorobowo zajęte, poczem miejsce to pokrywa się strupkiem żółtawo-zielonym, nadmiar kwasu chromowego należy spłókać wodą. Ból przy tej manipulacji jest bardzo nieznaczny, reakcyi nie bywa zwykle żadnej. Po 1—2 dniach strup się oddziela, a wtedy procedurę należy powtórzyć — i to tak długo, póki się owrzodzenia nie zagoją. Środek ten jednak — jak wszystkie inne — absolutnie pewnym nie jest, autor przytacza bowiem przypadek bardzo uporczywego wrzodu twardego, gdzie kwas chromowy okazał się zgoła nieskutecznym.

Zielewicz.

D. Ruch w Towarzystwach.

1. Sprawozdanie z walnego Zebrania wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyj. Nauk w Poznaniu z dnia 18 czerwca 1891 r.

Po odczytaniu i przyjęciu porządku obrad porusza przewodniczący kol. Wicherkiewicz sprawę wysłania delegatów na VI zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Po krótkiej dyskusji proponują zebrani koledzy kol. Wicherkiewicza i kol. Święcieckiego, którzy wybór przyjmują.

Walnemu zebraniu przewodniczy kol. Wróblewski z Buku. Nad działem chorób nagminnie panujących zajmuje głos kol. przewodniczący rozwodząc się nad

blonicą i jej złośliwym przebiegiem i zaznaczając, że połowa dzieci nieomal w obecnej epidemii życie swe zakończyła. — Kol. Drobnik potwierdza w zupełności złośliwy przebieg blonicy w niektórych okolicach Szamotuł i Wroniek i dodaje, iż mimo tracheotomii zakażenie idzie dalej i następuje zejście śmiertelne.

Stosownie do porządku obrad następuje wykład kol. Święcickiego o etyologii i terapii zamacicznego krwistka. Mówca nawiązując do 2 przypadków, jakie w ostatnich tygodniach obserwował, mówi obszerniej o źródłach, z których krwistek zamaciczny powstaje, a więc wspomina o jajowodach, zamacicznej ciąży, jajnikach, macicy itd., nadmieniając zarazem o różnych bezpośrednich powodach powstawania zamacicznego krwistka. Następnie podaje prelegent, jako konieczne warunki przy tworzeniu się krwistka zamacicznego: zrosty i krwotoki poniżej zrostów. Najwięcej do powstawania takich krwistków predysponuje ciąża zamaciczna. Przechodząc z kolei tworzenie się i przebieg ciąży jajnikowej, jajnikojajowodowej, jajowodowej i brzusznej, (w tę ostatnią mówca nie bardzo wierzy), mówi prelegent obszerniej o stosunku zamacicznej ciąży do krwistków w małej miednicy i sądzi, że ze wszystkich powodów wywołujących ciążę, najczęściej odgrywają rolę rzerzączka i przebyte dawniej zapalenie okołomaciczne. Później objaśnia mówca, w jaki sposób tłumaczyćby sobie można powstawanie zamacicznej ciąży i czy można zamaciczne wywołać krwistki. Dotąd dokazać tego nie było można, tak że zdaje się, jakoby prócz zrostów i krwawienia poniżej zrostów jeszcze inne momenta wchodziły tutaj w rachubę. Prelegent podziela zapatrywanie Veita, że krew w jamie otrzewnowej może chociaż po mału skrzepnąć, i że skrzepy te z łatwością przylegają do błon wrzekomych, a nagromadzając i skupiając się coraz bardziej, wywołują one zupełne oddzielenie i utworzenie jamy, która ze swjej strony może wywrzeć nacisk na krwawiące naczynia i przez to też krwawienie wstrzymuje. Krwotok tam się przeważnie rozszerzy, gdzie są ściany mniej odporne, a więc zazwyczaj w zatoce Douglasa. Następnie mówi prelegent o rozpoznaniu różniczkowym zamacicznego krwistka, o jego przebiegu, rokowaniu i przechodzi do terapii. Jest ona wyczekującą lub operatywną. Ta ostatnia polega na punkcyi przez pochwę lub odbytnicę, na incyzyi przez pochwę lub laparotomii. Prelegent przemawia głównie za postępowaniem wyczekująco-symptomatycznym i tylko wtedy przystąpiłby do operacyi, odrzucając z góry punkcję, a mając tylko na uwadze incyzję przez pochwę albo laparotomię, jeżeli 1) krwistek zamaciczny jest bardzo znacznych rozmiarów, 2) jeżeli nie okazuje skłonności do wessania nawet po upływie kilku tygodni, 3) jeżeli podległ posocznicy lub ropnicy i jeżeli 4) nadzwyczaj wielkie wywołuje bólesci lub objawy niekorzystne ze strony pęcherza lub odbytnicy.

Przy znacznym krwotoku wewnątrznie otrzewnowym a przytém bez żadnych objawów otorbenia się krwotoku, trzeba natychmiast laparotomować i odnośne naczynia krwawiące podwiązać. W jednym przypadku etyologia powstania zamacicznego krwistka była o tyle ciekawa, że z chwilą powstania (w czasie miesiączkowania pacjentka piorąc, stała przez kilka godzin przy wannie) krwistka zamacicznego ciepłota poszła w górę i że tak samo przy następnej miesiączce znów przy podskoczeniu ciepłoty przyszło bez żadnego powodu (chora leżała bowiem w łóżku) do nowego krwotoku i do eksacerbacyi. Na odnośnej krzywicy pokazuje prelegent przy tej sposobności także wyraźną zwyżkę przedmiesiączkowej fali. (Jacobi, Reil, Hegar, Otto). Zwyżkę ciepłoty przy powstawaniu krwistka tłumaczy sobie kol. Święcicki w tym przypadku w ten sposób, że ponieważ osoba ta przechodziła notorycznie rzerzączkę, prawdopodobnie jad rzerzączkowy dostał się z jajowodu do wybroczyny krwistej.

Kol. Drobnik mówi o zachowawczém leczeniu grzłicy chirurgicznej. Zachowawcze leczenie grzłicy chirurgicznej podzielić można na leczenie środkami wewnętrznymi, albo za pomocą ekstensyi. Prelegent przechodzi kilka środków, używanych ogólnie, empirycznie przy leczeniu grzłicy zwracając uwagę, że wszystkie te środki o tyle mają wartość, o ile wwołują miejscowe przekrwienie. Do najlepszych takich środków zaliczyć należy ekstensję uważaną przez swego wynalazcę jako najlepszy środek przeciwzapalny. — Najnowsze badanie nad działaniem jodu wykazują, że środek ten użyty wewnątrznie jak kal. jodat. np. posiada wogóle własności przyspieszania gojenia ran, szczegółowo jam wytworzonych przez operacyje. Działanie na sprawy grzłicze jodu polegałoby więc na wzmaganiu i spotęgowaniu odpornej działalności komórek na około ognisk grzłicznych. Do podniesienia miejscowej odporności tkanki służą wszelkie

środki wzmagające obieg krwi i odżywienie w miejscu gruźlicą zajętem. Do tych środków głównie zaliczyć należy ekstensję, dalej wszystkie rubefacientia racjonalnie użyte, w czasach antyseptycznych środków tych posiadano bardzo wiele, pomiędzy nimi grało przyżeganie gorącym żelazem i zakładanie sznurków z włósa rolę niepoślednią. Zasluga nowszej chirurgii są operacje konserwatywne i staranie się o zastósowanie za ich pomocą specyficznych środków przeciwzarazobójczych w miejsca zajęte sprawą gruźliczą. Wstrzykiwanie karbolu w jamy, stawy, ropnie gruźlicze kości należą już do przyszłości. Do rzędu tychże należą wstrzykiwanie jodoformu, balsamu peruwiańskiego, arg. nitricum i tém podobnych środków, będących obecnie na porządku dziennym doświadczeń po wielu klinikach. Podejmowanie operacji większych jak np. artrektomii itp. zaliczyć należy do najracyonalniejszych i najwięcej obiecujących pod względem praktycznym i teoretycznym. Metody tych operacji konserwatywnych nie są wprawdzie wykształcone, zaledwie początek został zrobiony. Spodziewać się jednakże należy, że przy dzisiejszej szybkości, z jaką w lot pochwytane bywają myśli i w czyn przeradzane, w nie długim czasie dojdziemy do wyników zmieniających wiele w dzisiejszej chirurgii.

W końcu referował kol. Panieński o skombinowaném leczeniu władu rdzenia pacierzowego za pomocą galwanizacyi i suspensyi równocześnie. Aż do ostatnich 3 lat leczono wład rdzenia jedynie za pomocą galwanizacyi. Roku 1889 ogłosił pomyślne wyniki leczenia władu prof. Charcot za pomocą suspensyi, na które zwrócił mu uwagę rodak nasz Moczułkowski z Odessy. Obie metody lecznicze referent u wielu pacjentów zastósowywał, po obu miał w początkowych stadyjach władu dosyć pomyślne rezultaty co do usuwania przykrych objawów choroby, jak bólów błyskawicznych, zmniejszenia ataksyi, regulowania upustu moczu itd. W skutek tego powziął kol. Panieński myśl zastosowywania obu metod leczenia równocześnie. Wynik terapii był bardzo zachęcający. U chorych tych znacznie rzadziej i słabiej pojawiały się bóle błyskawiczne, szybciej regulował się upust moczu, zmniejszała się ataksya aniżeli po zastosowaniu galwanizacyi i suspensyi z osobna. Ujemnych następstw skutkiem tejże referent nie obserwował i wzywa kolegów zebranych, by metody tej leczenia używali. Przy tej sposobności dla poparcia tej metody przedstawił kol. Panieński chorego z władem, u którego suspensye żadnego nie miały dodatniego rezultatu, a który wskutek galwanizacyi pozbył się bólów błyskawicznych, nieomal zupełnie ataksyi i nieregularności w upuście moczu. Posiedzeń elektryzacyi do osiągnięcia skutku potrzeba było w tym razie około 40. Dla spóźnionej pory referował kol. Panieński jeszcze krótko o porażeniu nerwu sprychowego przedstawiając odnośnego chorego, przy czém zwracał uwagę, ażeby badać zawsze przy każdym porażeniu takiem, czy mięśnie dają normalny odczyn na prąd elektryczny, czy nie. W tym przypadku na prąd galwaniczny następował odczyn a na faradyczny nie było najmniejszej reakcyi. Pacjenta leczono przedtém prądem faradycznym bez żadnego skutku. Po galwanizacyi codziennój 6 tygodniowej funkcyja nerwu sprychowego prawie zupełnie przywróconą została.

Po wyczerpaniu porządku obrad przewodniczący o godzinie 8-miej posiedzenie solwuje.

Teodor Dembiński,
sekret. wydz. lek.

2. Sprawozdanie z posiedzenia wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyj. Nauk w Poznaniu z dnia 11-go września 1891 r.

Po odczytaniu i przyjęciu porządku obrad zaznacza przew. kol. Wicherkiewicz, że co tylko wyszedł *Nowin lekarskich* Nr. 9 i zawiera dzięki staranności kol. Święcickiego obszerne i dokładne sprawozdanie z VI zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Kol. Święcicki reprezentował na zjeździe nasz wydział lekarski, a należąc zarazem do komisji celem obmyślenia miejsca na przyszły zjazd za 3 lata zakomunikował w imieniu tejże, że komisya się jednomyślnie na stolicę Wielkopolski — Poznań — zgodziła. Na przewodniczących wydziału gospodarczego VII zjazdu wybrani zostali DDr. Wicherkiewicz Bolesław, Chłapowski Franciszek.

Nad działem chorób nagminnie panujących zabiera głos kol. Drobnik podnosząc w bieżącym półroczu kilka przypadków róży (erysipeloid) z łagodnym przebie-

giem i bez żadnych powikłań. Kol. Krysiwicz zauważył na wewnętrznym oddziale Sióstr Miłosierdzia tężec (tetanus) samoistnie powstały, prócz tego po złamaniu nogi tężec, który w 24 godzinach zakończył się zejściem śmiertelnym.

Następnie omawia kol. Krysiwicz w zastępstwie kol. Zielewicza dwie przez ostatniego wykonane tyreoektomie z przedstawieniem chorych.

Kol. przewodniczący podaje ze wszech miar zajmujący i dotąd nie znany przypadek samoistnego wessania zaćmy starczej.

Po wyczerpaniu porządku obrad przypomina kol. Wicherkiewicz jubileusz 70-letni Virchowa, wzywając zebranych kolegów do wynurzenia zdań w jaki sposób uczestniczyć w tej uroczystości. Kol. Koehler podnosi, że reprezentować będzie Towarzystwo Przyjaciół Nauk i wręczy przy tej sposobności dyplom honorowy od Tow. To też kol. Wicherkiewicz prosi kol. Koehlera, żeby był łaskaw reprezentować także wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk. Kol. Koehler zgadza się na życzenie to.

W końcu porusza kol. Święcicki sprawę słownika Towarzystwa lekarskiego krakowskiego z roku 1881, którego poprawne wydanie w celu ujednostajnienia słownictwa polskiego ma niebawem nastąpić. Wynikiem ożywionej dyskusji nad tym przedmiotem jest wybór komisji składającej się z 6 członków należących w połowie do komitetu redakcyjnego Nowin lekarskich tj. radcy dr. Wicherkiewicza, radcy Dr. Zielewicza i Dra Koehlera i 3 stojących po za obrębem tychże tj. Dr. Jerzykowskiego, Dr. Krysiwicza i Dr. Drobnika.

Komisya wyda odezwę do wszystkich lekarzy i przyrodników zamieszkujących polskie dzielnice pod zaborem pruskim, by swe uwagi i poprawki językowe do téjże komisji przysłać zechcieli.

Teodor Dembiński, sekr. wydz. lek.

3. Kongres towarzystwa francuzkiego okulistycznego w Paryżu.

(Dokończenie.)

9. Suarez de Mendoza w krótkim wykładzie zachwala dawniej już polecony przez siebie sposób zakładania szwów rogówkowych przy operacji zaćmy, podnosząc korzyści tegoż, a mianowicie zapobieganie wypadaniu tęczówki i szybkie doraźne zagajanie się rany.

10. Wecker mówi: O nowym sposobie operacyjnym zaćmy operacyjnej.

Prelegent porzucił od dawna przyjęty sposób operowania zaćm następczych za pomocą igły, raz dla tego, iż operacyja ta nie jest skuteczną w bardzo wielu razach, a powtóre dla tego, iż połączoną bywa niejednokrotnie z niebezpieczeństwem dla oka (przez drażnienie i zakażenie). Zastąpił więc operacyję tę sposobem, który polega na tém, iż w obrębie dawniej blizny operacyjnej, jeżeli cięcie górą zrobiono, zagłębia nożyk grotowy na 3—4 mm. szerokości, a prędko go wysunawszy, ile możliwości przed upływem cieczy wodnej, wprowadza szczypczyki torebkowe (pincet-kystotomes) i takowemi wyrzywa jak największy kawałek zaćmionej błony. Skoro w chwili wciągania błony do rany pokazuje się, iż cała błona postępuje za szczypczykami, asystent odcina pochwyconą i wyprowadzoną część, by niepotrzebnie nie drażnić zbytniem wyciąganiem części sąsiednich oka.

Panas i Dor mniej więcej ten sam zachwalają sposób operowania, Abadie zaś robi w rogówce dwa cięcia przeciwległe — przez jedno błonę nożyczkami nacina a przez drugie płat nacięty wydobywa i odcina.

Meyer przypomina, iż w przypadkach, gdzie błona nie jest zrosniętą z tęczówką postępowanie Arlta polegające na zawinięciu błony na haczyk i wydobyciu najwłaściwszemu się być zdaje.

Suarez de Mendoza robi Graefoskim nożykiem dwa przeciwległe cięcia, przez jedno wprowadza haczyk, którym błonę zawija i wyciąga; jeżeli ciągnięcie zbyt okazuje się silnym wprowadza przez drugi otwór inny haczyk, którym wstrzymuje ciągnięcie, w ten sposób błonka odrywa się bez nadwyrężenia tęczówki i ciała rzęskowego.

11. Vennemann z Leodyum mówi o jaskrze krwawej, którą zwykle przypisuje się cierpieniu czysto siatkówkowemu, podczas kiedy według V., który odnośne przypadki przytacza, zapalenie tarczy wzrokowej przez zastój żylny, częścię aniżeli to zdawało, cierpienie rzeczzone wywołuje.

12. *Gaupillat* wspomina o przypadku, którego nie umie sobie wytłumaczyć: 30 letni dotknięty od 6-tego roku życia myopiją, którą wyrównywał szklami wklęsłymi od 3,50 do 6 D., dostawszy obustronnego porażenia akomodacji zupełnie i bezpowrotnie myopiję swą stracił.

Javal podobne zrobił spostrzeżenie u współlucnia, który zawsze krótkowidzem będąc stracił w skutek syfilitycznego porażenia akomodacji możność korzystania ze szkieł wklęsłych.

Martin zauważa słusznie, że gdyby porażenia akomodacji częściej występowały, możnaby też stwierdzić w ich następstwie znikanie krótkiego wzroku, który atropinie stawiał opór. Myopia statyczna zależną jest częściej, aniżeli się to na pozór zdawać mogło, od kurczu mięśnia rzęskowego.

13. *Bourgeois* opisuje przypadek urazowego przerwania prawego mięśnia prostego dolnego z obrazem klasycznym porażenia tegoż mięśnia u mężczyzny 64-letniego. Gdy nie można było końca przeciętego mięśnia zeszyć, wykonano tenotomię na przeciwniku tj. mięśniu górnym prostym tegoż oka i to z dobrym skutkiem.

14. *Teillais* (z Nantes) mówi o zaćmieniach rogówkowych przez stłuczenie, a mianowicie kleszczami w czasie porodu u noworodków. Zaćmienia te mogą niekiedy robić wrażenie zacmienia porodowych, lecz znikają szybko dosyć.

15. *Lagrange* z Bordeaux opisuje mięsak czarny (*sarcome mélanique*) powiek u 60-letniego. Zdaniem L. mięsaki te są rzadkie, a jemu trzy przypadki z literatury tylko znane (*Gibson, Richet, Sallenga*).

16. *Dransart* mówiąc: o ruchach wahadłowych u górników w północnej Francji podnosi przedewszystkiem dwie tegoż cierpienia postaci kliniczne: 1) lekką tj. zarodkową (*nystagmus embryonnaire*), 2) ciężką tj. *nystagmus klasyczny*. W obu razach wahanie powstaje tylko, gdy wzrok zwrócony w górę. Lekka postać, która górnikom nie sprawia żadnych zaburzeń, może być odkrytą tylko, gdy górnik opuszcza miny, gdyż później po wypoczynku wahanie już się nie powtarza. Postaci ciężkiej towarzyszą zaburzenia czynnościowe, jako to niedowład akomodacji, taniec przedmiotów, ból głowy, zawrót, dwojenie, hemeralopija czyli kurza ślepotą, niedowidzenie, łzawienie i światelka. Na 174 przypadków w 92 była lampa bezpieczeństwa używaną. Prelegent sądzi, iż *nystagmus* górników jest *neuromyopatyją* analogiczną kurczowi pisarskiemu. Zawieszanie miało w leczeniu tego cierpienia dobre odnośne skutki.

17. *Kalt* dochodzi na podstawie badania anatomicznego jakic zrobił na jednym przypadku wolego oka do wniosku, że wole oko (*buphthalmos*) jest następstwem bardzo przewlekłego zapalenia tęczówko-naczyniówkowego, które prowadzi do zrośnięcia naczyń jagodówkowych; że powstaje nadmierna wydzielina, zatem przemawia nadzwyczajne rozdęcie dróg wydzielniczych oka. Zdaje się więc, że zarośnięcie większej części włoskowatych naczyń naczyniówkowych podnosi napięcie w tętnicach rzęskowych z czego wynika przesączanie płynu.

18. *Landolt* przedkłada kilka przyrządów odnoszących się do operacji zézu i katarakty, przyczém *Gaupillat* zauważa, że ze skutkiem wykonuje równocześnie wypłukiwanie i aspirację pozostałości soczewkowych, a *Wicherkiewicz* podnosi, iż wypłukiwanie komorek ułatwia bardzo szybkie zabliźnienie rany operacyjnej.

19. *Suarez* zachwala: przy wrzodach rogówkowych kwas karbolowy czysty w stanie płynnym. Po 3 krotném, co 2 dzień powtarzaném dotknięciu wrzodu pędzelkiem napojonym płynem tym, szybko wrzody miały się zagajać.

20. *Bull* z Paryża zauważył, iż dłuższe zajęcia oka jednego czyto lupą czy mikroskopem dają początek jednoocznój polyopii, którą tłumaczy sobie zfatdzeniem rogówki wskutek ucisku powieki, powstającego przy silném zmrużaniu.

21. *Sulzer* mówi o postaci rogówki i jej wpływie na wzrok.

Stósownie do tego, czy oko jest niezborném lub nie, przypisywano rogówce postać elipsoidu o trzech nierównych osiach. Badanie doprowadziło *Sulzera* do przekonania, iż na setki przypadków żadna z tych postaci nie da się rzeczywiście wykazać. Postać rogówki przedstawia powierzchnię niesymetryczną. Badając rogówkę od środka ku obwodowi przekonujemy się, iż wypukłość jej zmniejsza się nieregularnie nie tylko wzdłuż dwóch południków głównych, ale nawet wzdłuż połówek tego samego południka. Te nieregularności sprawiają, iż zachodzi różnica znaczna między

niezbornością środkową a obwodową, ztąd też szerokość źrenicy wpływa na waryacje w objawach podmiotowych niezborności.

22. Parinaud rozodzi się nad wypadnięciem tęczówki przy zwyczajnem wydobyciu zaćmy, rozróżniając między wypadnięciem pierwotnem, do czego usposabia rodzaj cięcia (obwodowe) a następowem, wywołanem później przez niestaranne zachowanie się operowanego, kaszel i przypadkowe okoliczności; prelegent zresztą przytacza rzeczy znane.

Trousseau sądzi, że nie mało sposób zakładania opaski do wypadywania tęczówki przyczynić się może.

Wecker przeczy, aby rodzaj cięcia a mianowicie cięcia w obrębie rogówki przezroczystej, mógł wypadnięciu tęczówki zapobiedz — zdaniem jego pęcznienie pozostałej górą za tęczówką kory sprowadza jedynie wypadek w mowie będący.

Wicherkiewicz robiąc zastrzykiwania wśródoczne celem zwężenia źrenicy po operacji zaćmy daje pierwszeństwo pilocarpinie przed ezeryną, która zbyt oko drażni.

Gałęzowski wyraża przekonanie, że rodzaj cięcia wielce przyczynić się może do zapobieżenia wypadnięciu.

23. Nuel z Liège mówiąc o ochronie przed ropieniem po operacji zaćmy zachwala zakładanie opaski przez 2 dni przed operacją. Jeżeli po 2 dniach nie będzie wydzieliny można operować bez obawy, w przeciwnym razie trzeba wprzód tę skłonność do ropienia zwalczyć.

24. Vignes z Paryża daje pogląd na torbiele dermoidalne oczodołu i ich pochodzenie z błony śluzowej zarodkowej jam nosowych lub też od wpochwienia ectodermicznego w szczelinie czołowo-szczękowej. W pierwszym razie torbiele zawierają płyn surowiczy, w drugim komórki nabłonkowe, włosy a nawet zęby (przypadek Barnes). Do torbieli drugiego rodzaju daje prelegent w końcu sam ciekawy przyczynek.

Bol. Wicherkiewicz.

E. Feljeton.

Z powodu „słówka o homeopatyi.“^{*)}

Napisał
Dr. I. Drzewiecki.

Wiele razy miałem sposobność czytania traktatów, krytykujących homeopatję, tyle razy przekonać się mogłem o zupełnym w nich braku strony pozytywnej i obiektywnej, — zawsze stawione homeopatyi zarzuty tyczyły się i tyczą nie r z e c z y samej, lecz o s o b y. Tego rodzaju postępowanie nie tylko krytykowi, ale i krytyce ujmę przynosi i — zdaniem mojem — dowodzi albo nieznajomości gruntownej przedmiotu, o jakim się pisze, albo też braku odpowiednich, pozytywnych argumentów.

Wszystkie powyższe cechy, — jak — to poniżej postaram się udowodnić — posiada artykuł dra Chłapowskiego, zamieszczony w felietonie No. 7 i 8 *Nowin lekarskich*, jaki, zamiast być słówkiem o homeopatyi jest raczej słówkiem o Drzewieckim. Niedosć, że szanowny krytyk nie przytoczył ani jednego faktu, ani jednego argumentu przeciw homeopatyi, ale co ważniejsza powołał się na cały szereg danych, świadczących na jej korzyść i wziął się do krytykowania przedmiotu — o jakim — co także poniżej udowodnimy — nie ma dokładnego pojęcia. O ile w artykule dra Ch. bardzo mało o homeopatyi, o tyle znów bardzo wiele o mojej osobie znalazłem (być może jest to nowy nieznan mi sposób krytykowania?) Ja w dowodzeniu zasad homeopatyi trzymałem się metody indukcyjnej tj. na mocy szeregu pojedynczych danych (faktów) stawiałem tezę, aby tym sposobem dać krytykującemu możność postawienia kontra-faktów i kontra-tezy. Tymczasem dr. Ch. zupełnie pomi-

^{*)} Umieszczając replikę p. Dr. Drzewieckiego na feljeton w No. 7 „Nowin lek.“ str. 365 zaznaczamy, że na tém zamykamy wszelką w tej mierze dalszą rozprawę, gdyż wątpliwą wartość metoda zwana „homeopatyczną“ nie wchodzi wcale w zakres naszego pisma.
(Red. Now. lek.)

nał metodę indukcyjną, a trzymał się metody insynuacyjnej, polegającej na stawianiu mi gołosłownym takich zarzutów, jak np., że sam robię lekarstwa i daję je chorym¹⁾, że jestem nieprzyzwoity, trywialny, że świadomie fałszuję, nakręcam i przekręcam fakty, że nie mam pojęcia o rzeczy, że jestem reklamistą itd. itd.

Rozbierzmy po kolei zarzuty powyższe:

Nie wiem, skąd dr. Ch. posiada taką dobrą wiadomość, że ja sam fabrykuję lekarstwa i chorym je rozdaję? Nie jest to nic innego, jak domysł dr. Chł., domysł, zbyt ubliżający mi, choćby przez wzgląd na etykę lekarską i zbyt dotkliwy, a na tego rodzaju zarzuty ani argumentami ani też faktami się nie odpowiada.

Nie wiem również, na jakiej podstawie dr. Chł. zarzuca mi fałszowanie, nakręcanie i przekręcanie faktów i nie rozumiem, dla czego tak poważnych zarzutów nie udowodnił faktami, a zadowolnił się jedynie czczym frazesem. Prosiłbym więc go najuprzejmiej o wykazanie mi, na czym owe fałszowanie itd. faktów polega. Zdawałoby się jednak, że robiąc mi zarzuty powyższe postara się sam od nich uchronić; tymczasem czy to przez nieuwagę, czy też przez nieznamość rzeczy sam nakręca i przekręca fakty, a mianowicie: według dr. Chł. nikt z poważnych bakteriologów nie polecał nigdy środków antyseptycznych w celu desinfekcji wewnętrznej. Dość jednak przejrzyć historię terapii gruźlicy za ostatni dziesięć lat, aby się przekonać, że opierała się przeważnie na desinfekcji wewnętrznej. Nie dość na tym, w celu ośmieszenia mnie dr. Chł. stara się, o ile można, pomijać wybitne, poważne argumenty moje, a wybiera tylko takie, jakie pozbawione całości, mogą rzeczywiście wydać się trywialnymi. I tak, pomijając cały szereg dowodów, świadczących przeciw teorii pasożytniczej powstawania chorób, dr. Chł. przytacza następujący fakt: że jednorazowe stąpienie bosą nogą na zimną posadzkę może u osób nieprzyzwyczajonych do chodzenia boso, spowodować katar nosa, i moją argumentację nazywa trywialną. Prosiłbym bardzo dra. Chł. aby był łaskaw jaśniej mi wykazać na czym owa trywialność polega, ponieważ dla mnie fakt powyższy jest nader wymowny i poważny. Prof. Eichhorst w dziele „Specielle Pathologie und Therapie“ cytuję szereg faktów a między innymi i przypadek Hühnerwolff'a, gdzie jednorazowe powąchanie róży zawsze spowodowało silny katar nosa i tracheitis. Dopatrując się trywialności widocznie dr. Chł. zapomniał, że i katar nosa jest chorobą zaraźliwą i, że w wydzielinie katarralnej można wykryć diplococci identycznie z temi, jakie znajdują się in pneumonia cruposa. Tego rodzaju fakty wymownie stwierdzają, że *caussa efficiens* są nie bakteryje, lecz „coś“ plus, o co mi głównie chodzi, wszelkie zaś teoryje, stawiane w celu objaśnienia tych faktów, są zbyt naciąganiem, aby z nimi liczyć się było można. Zresztą z prac poważnych profesorów M. Nenckiego i Sali'ego wypływa, że bakteryje w ustroju chorym wydzielają produkty, których wpływ dla samego organizmu jest korzystnym, czyli — innymi słowy, wychodząc z powyższego punktu widzenia, bakteryje nie tylko nie są szkodliwe, ale — co ważniejsza, — stanowią jeden czynnik więcej, jakimi natura zaradca posługuje się w celu zwalczania choroby²⁾. Stawiając mi zarzut trywialności, powinien dr. Chł. pamiętać, że nawet w najbardziej ścisłej pracy, jak mówi Horacy:

„Discit enim citius, meminit que libentius illiud,

Quod quis deridet, quam quod probat et veneratur.“

Według dr. Chł. nieprzyzwoitą jest zdanie, że „terapija nie zrobiła żadnych postępów.“ Ponieważ, broniąc się, mógłbym się okazać jeszcze bardziej nieprzyzwoitym, poproszę, aby mnie inni wyręczyli; i tak:

1) Dr. Lauder Brunton, prof. farmakologii i terapii w Londynie, redaktor czasopisma „*The Practitioner*“, autor dzieła *A Text-book of Pharmacology, Therapeutics and Materia Medica* (editio 3) tak się w przedmowie swej wyraża: „Nasze zdania są często niejasne i nieokreślone. Przepisujemy lekarstwo, na chybił trafił, nie mając należytego pojęcia, co ono ma zrobić i opieramy się tylko na przypadkowości, (accidentalness) w oczekiwaniu rezultatów pomyślnych. Jeżeli zaś

¹⁾ Tego krytyk nie powiedział, tylko, że homeopata nie uznający potrzeby używania minimalnych dawek, nie powinien sam dyspensować. (Red.)

²⁾ Jaką rolę i jakie znaczenie odgrywają drobnoustroje w chorobach, dowiódł najpiękniej prof. Peter w artykule „Grandeur et decadence du microbe.“ *La Semaine Medicale*. Nov. 21. 1888.

lekar
we

istwo nie skutkuje, to nietylko nie umiemy objaśnić jego bezskuteczności, ale na-
t nie staramy się znaleźć tej przyczyny.“

2) Prof. H. C. Wood w przedmowie do swego dzieła *A. Text-book of Therapeutics and Materia Medica* takie wypowiada zdanie: „Śledząc za przewrotami i sprzecznościami czasów ubiegłych i przysłuchując się płataninie (entanglement) lekarskiej czasów obecnych, czyż możemy się dziwić, że ludzie dochodzą do nihilizmu w medycynie? Doświadczenie — mówią — jest matką mądrości. W medycynie jednak było ono ślepym przewodnikiem ślepego, a historia postępu medycyny jest historia ludzi, idących po omacku w ciemnościach, znajdujących jeden za drugim pozorne ziarna prawdy, ziarna, jakie następnie wyrzucane zostają do olbrzymiego stosu śmieci, za prawdę w swoim czasie uważanych.“

3) Prof. Gerhard, obejmując w Berlinie klinikę wewnętrzną w dniu 2 października 1885 r. wygłosił mowę, w której wymownie opisał stan smutny terapii: „Jeżeli mnie zapytacie, co w ogóle do tego czasu zrobiła terapia, to odpowiedź będzie bardzo skromna. Pomimo obfitości szkół i systemów, panujących przez całe wieki w medycynie, terapia nie może się pochwalić takimi postępami, jakie mogłyby mieć jaki taki wpływ na przeciętną długowieczność człowieka.“

4) *The Lancet* z dnia 27 czerwca br. pisze co następuje: „Ginekologija jest ulubioną dziedziną wszelkich złudzeń. Najbardziej przeciwne sposoby leczenia zmieniają się w niej z zadziwiającą szybkością i, chociaż mają na widoku cel wspólny, bo zdrowie chorych, jednak bardzo często pozbawione są podstaw naukowych, i są wynikiem wątpliwych przypuszczeń....“

Nie mam bynajmniej zamiaru przytaczać więcej tego rodzaju „nieprzyzwoitych“ zdań, wszelako polecam uwadze dr. Chł. wykład prof W. T. Gairdner'a zamieszczony w *The British Medical Journal* (May 2. 1891) pod tytułem: „Remedies Old and New. Errors and Fallacies, with Suggestions for the Improvement of Therapeutic Methods,“ w którym autor sceptycyzm swój względem terapii do szczytu nieprzyzwoitości posunął.

Co się tyczy nieznamości rzeczy, to takową dr. Chł. przedewszystkiem widzi w tém, że nie wyliczył wszystkich gatunków pasożytów człowieka. Pozostawiam do wyboru dr. Chł. albo niechaj sądzi o mnie, że jestem nieukiem, albo też, że mam złą pamięć, — wszelako radbym wiedzieć, jaki też związek tego rodzaju zarzut ma z homeopatyją? Dodać jednak muszę, że dr. Chł., szcząc się znajomością pasożytów i występując jako mój nauczyciel, zapomniał jeszcze wymienić dermatomycoses, i dermatozoonoses.

Nie przeczę, że w broszurce mojej, w krótkości rozbierającej zasady homeopatii, nie mógł być wyczerpany cały materiał naukowy, jakim rozpocząć mogłem; pewne wątpliwości muszą zawsze wynikać po jej przeczytaniu i tylko dalsza dysputa naukowa rozwiązać jest je w stanie. Zadanie moje było za pomocą tej broszurki zdruzgotać uprzedzenia średniowieczne w lekarzach do homeopatii i rzucić na nią zdrowy pogląd. Że do dziś dnia nawet lekarze nie mają należytego o homeopatii pojęcia, to najlepiej dowiódł tego swem wystąpieniem dr. Chł., dla którego minimalne dawki są jeszcze i dzisiaj główną podstawą i z tej więc racji stawia mi zarzut, że nie wystąpiłem w obronie dawek minimalnych. Zarzut powyższy tembardziej staje się dla mnie zabawny, że sam dr. Chł., za nim zdobył się na niego, zacytował moje zdanie, iż istotę homeopatii stanowi prawo podobieństwa, a nie dawki minimalne. A zatem, pytam się, po cóż miałem dowodzić wartości dawek minimalnych, skoro one nie stanowią istoty homeopatii? Nieznajomość homeopatii dr. Chł. wykazał jeszcze i w powoływaniu się na Hahnemanna, jakoby homeopatyja wciąż się obracała w tym samym promieniu, jaki on Hahnemann ją zakreślił. Dr. Chł. powątpiewa że homeopatyja już trwa blisko 100 lat, skoro przy wyrazie „stuletni“ stawia znak zapytania i czyni toż samo, gdy mówi „o dziesiątkach tysięcy lekarzy-homeopatów.“ A jednak tak łatwo byłoby drowi Chł. uchronić się od tej nieświadomości, przejrzaawszy tylko statystykę dyplomowanych lekarzy-homeopatów, — sam Londyn liczy ich przeszło 1,000 (tysiąc). Dr. Chł. nazywa prawo podobieństwa teorią i tym sposobem dowodzi, że dla niego sfera faktów jest równoznaczna ze sferą teoryj. Bowiem faktem jest, a nie teorią, że zatrucie ustroju chininą symuluje zimnicę (Bretonneau, Trousseau, Merkel,

Weitenweber) i faktem jest, że pewne gatunki zimnicy skutecznie ustępują chininy. Faktem jest, a nie teorią, że merkuryjusz, zatruwając robotników pracujących w fabrykach luster, powoduje wysepkę na ciele, obrzmienia gruczołów chłonnych i owrzodzenia na błonach śluzowych jamy ustnej i gardzieli (Hallopeau, Wood, Huber, Gailliard) i faktem jest, że reseola syph. i obrzmienia gruczołów syfilityczne ślicznie ustępują pod wpływem merkuryjusza. Dalej, faktem jest, a nie teorią, że fosfor, dawany przez długi czas zwierzętom młodym powoduje w końcach kości długich prawie także same zmiany, z jakimi spotykamy się u rachityków (Wegner, *Virchows Arch.*, Bd. IV.) z drugiej znów strony zbytby rzeczą powoływać się na skuteczność fosforu w krzywicy. Jonathan Hutchinson (*Transactions of the Pathological Society*. 1888), opisał szereg przypadków, gdzie arszenik, dawany chorym w dawkach heroiczych przeciw innym chorobom, wywoływał zapalenia skóry, symulujące lichen ruber, psoriasis i lepra, tj. choroby, w których arszenik jest przedewszystkiem jako lek skuteczny zalecanym. Słowem to, co dr. Chł. nazywa teorią, jest faktem, w jakim zawsze możemy wykazać podobieństwo, pomiędzy objawami choroby a objawami działania leku na ustrój zdrowy. Oprócz tego dr. Chł. dziwi się, że sam ograniczam zastosowanie prawa podobieństwa, jak gdyby mogło istnieć jakieś prawo w przyrodzie, którego sfera działania nie byłaby ograniczoną.

Dzisiaj, kiedy homeopatyja weisnęła się do klinik i uniwersytetów, kiedy kraj tak praktyczny i rozważny, jak Anglija, w prowadza ją do armii, a zwolennicy tej metody leczenia z każdym dniem wzrastają, dzisiaj — powtarzam — sprawa homeopatii coraz bardziej staje się kwestyją palącą. Jeżeli jestto herezyja naukowa, to ze względu, że ma do czynienia z życiem i zdrowiem ludzi, jako taka winna być przez państwa zabronioną. Jeżeli zaś jestto prawda naukowa, to zbrodnią jest, że prawda tak doniosłego znaczenia do dziś dnia należycie ocenioną nie została.

Gdy zechcemy rozpatrzyć się w zarzutach, stawianych homeopatii, to przekonąć się możemy, że wszystkie one obracały się i obracają w dziedzinie apriorystycznych teoryj. Ocena naukowa wymaga, aby faktom postawiono *contra*-fakty, a teom — *contra*-tezy. Tylko na tej drodze spodziewać się możemy rezultatów pozytywnych.

Być może, że homeopatyja jest herezyją; być może, że z tej racji i ja błędę i pociągam innych na drogę błędną za sobą. Jednak obowiązkiem ludzi, przodujących drugim, sprowadzić błędzących na właściwą drogę. Proszę więc jeszcze raz najuprzejmiej dr. Chł., aby wykazał mi błędy homeopatii nie zarzutami, skierowanymi przeciwko mojej osobie, zarzucając jej chęć reklamy, lecz argumentacją spokojną, poważną i zbrojną w fakty niezbite.

Dr. J. Drzewiecki.

F. Zapiski lecznicze.

126. **Działanie kwasu salicylowego na macicę.** Wacker: (*Centralbl. f. Gyn.* 1890. 38) i Linhoit (*Wien. med. Presse*) uważali silne działanie salicylowego kwasu i jego soli na macicę krwotoki u położnic, poronienie u ciężarnych. Dla tego Wacker polecał salicylan sody przy dysmenorrhoea z dobrym skutkiem. Linhoit zaś opisał wypadek chorą na gościec stawowy, cierpiącą na nieźnośne krwotoki miesięczne, póki używała salicylanu; krwotoki te ustały, gdy tego środka zaprzestał, albo gdy go dawał wraz ze sporyszem.

127. **Chorobą Pageta** nazywamy cierpienie sutki powierzchowne z początku i zupełnie określone, polegające jakto pierwszy Dariar wykazał, na zakażeniu psorospermiami albo keydiami, jako psorospermiozę więc, wiodącą wnet do stwardnienia sutki i bardzo uporezywiają, której dalszém następstwem najczęściej prędzej lub później jest rak sutkowy. — Wickham w ten sposób radzi postępować, aby psorospermie w łuszczącej się skórze wykazać: najprzód przez kilka godzin miękczy on łuski w 10% roztworze amoniaku, następnie barwi metodą Grama; albo też rozmiękcza je przez całe 2 dni z rzędu w 20% roztworze dwuchromianu amonu, obmywa, a następnie barwi hematoksyliną. Oczywiście, że nie udało mu się wyhodować ani zaszczipiać psorospermii. Według tegoż autora w rychłych okresach pomaga przyżeganie miejsce zajętych 25% roztworem chlorku cynku. (Czyżby tu właśnie sposób Mosetiga nie mógł się przydać?)

128. **Wstrzykiwania wśródtchawiczne (intratracheal) przy suchotach płucnych.**

Bechag i Der (*Gaz. degli hospitaies* 7/I 1891.) wstrzykiwali w oskrzela za pomocą katetru u 5 chorych 20% roztwór kreozotu w oliwie. — Dwóch chorych stan wnet się polepszył: przybyło im 4 kilo; — u 3 innych też stan zdrowia się poprawił. — Dawka wynosiła z początku 1 cm. kub., ale z czasem dochodziła do 8–10.

129. **Rhus Toxicodendron jako antirheumaticum.** Aulde przekonał się o zbawienno-działaniu tego amerykańskiego gatunku sumaka w przewlekłym goścu, zwłaszcza w rwie kulszowej. W wypadkach, w których go zawiodło leczenie elektrycznością, salicylowym kwasem, Colchicum itp. widział pomoc po użyciu wewnętrznym i zewnętrznym przetworów sumaka jadowitego. Do wewnętrznego użytku nadaje się Tinct. Rhus toxicodendros 5 kropeł 3 razy na dzień; powoli można przejść do kropeł 10. — Zewnętrznie daje on ten sam nastój z oliwą jako skuteczny środek do nacierania. (*D. med. Woch.* 1890 No. 43). Wiadomo, że sumak jadowity zawiera sok, który po zetknięciu z skórą wywołuje zapalenie jęj i że w nocy wydzielają się z tej krzewiny szkodliwe wyziewy.

130. **Leczenie szkarlatyny.** Hutniel wychodząc z założenia, że streptokokki, jakie się rozwijają w gardle i nosowej jamie zakażonych tą chorobą, nie są bez pewnego znaczenia, poleca szczególniej płukanie częste ust i gardła roztworami boru lub naftolu oraz pomazywanie migdałów watą maczaną w borowej wodzie. — Prócz tego oczywiście każe leżeć i daje chorym tylko mleko (*Journ. de med.* 1891.).

131. **Nitrogliceryna w dusznicy bolesnej** poleconą już była niejednokrotnie (Cfer. *Now. lek.* 1891 str. 254.) Ronbach poleca kołaczyki (Trochisci) zawierające 0,001 tego środka; mają działać w 3 minuty. — William Murrel daje nitroglicerynę w 1% alkoholowym roztworze zazwyczaj na raz tylko 0,0001–0,0012, później coraz więcej, bo można się przyzwyczaić do środka. Jednemu choremu dawał Murrel bez szkody 100 i 110 kropeł 1% roztworu ośm razy na dzień. Chorzy tacy powinni nosić flaszeczkę z tym płynem zawsze z sobą. — *Ther. Monatsh.* 1890. Nr. 11.

132. **Acidum asepticum czyli związek borokresolu z nadtlakiem wodoru** uważa Lindew *D. med. Woch.* 1891. No. 6 za najlepszy środek antyseptyczny. Jest to płyn bezbarwny, prawie bezwonny, o smaku ługowatym łatwo za dodaniem do krwi szumiącym. Działanie tłumiące się wydzielaniem tlenu. W stężonym stanie na delikatną skórę lub śluzowy polany sprawia lekkie pieczenie; w 10% roztworze oczyszcza wrzody: granulację, przydać się ma zwłaszcza do wstrzykiwania w jamę nosową przy dyfteryi tych części; w roztworze 5% wystarcza do desinfekcyi ran i rąk operatora; przy oparzelinach działa aseptynowy kwas także pobudzająco na naskórek otaczający. — Nadto działa ten środek w stężonym stanie znakomicie jako tamujący krew (haemostaticum), prawdopodobnie skutkiem rozczepienia hemoglobiny i ścinania się krwi upływającej. — Przytem jest to środek nietrujący. Dotąd używany tylko w dentystyce, powinien, zdaniem Lindego, cieszyć się większym rozpowszechnieniem.

133. **Urologia przy leczeniu sposobem Kocha.** Combemale i Lamy (z Lille) zauważali w 18 wypadkach 1) lekki białkomocz przemijający w ciągu 2 dni; 2) prawie zawsze (z wyjątkiem 3 wypadków) zmniejszenie ilości moczu; 3) zmniejszenie ilości mocznika przy ogólnie podwyższonym ciężarze gatunkowym moczu 4) nieraz zauważyli reakcję dziazową Ehrlicha. (*Sem. méd.* 1891 No. 20).

134. **Nowy sposób leczenia gruźlicy.** Picot poleca (*Bullet. méd.* 1891 No. 19) wstrzykiwania podskórne wyjałowionej oliwy lub waseliny z jodoformem (0.01) i guojokolem (0.05) na 1 cm. Wstrzykiwania na grzbiecie nie są bolesne i nie sprawiają lokalnego podrażnienia. Nigdy nie zauważył po nich zaburzeń trawienia, zmian w moczu (białkomoczu, krwimoczu), gorączki; czasami po nich spostrzegał dwugodzinne poty. — Skutek leczniczy w 15 wypadkach suchot zauważył P. znakomity: uśmierzenie kaszlu, nocnych potów, pomnożenie apetytu, przyrost wagi, wysychanie jam płucnych (kawern). Mianowicie w wysiękach opłucnych widział pomoc. Wielkie wyniki znikły w 10–12 dni.

135. **Kwiat róży w biegunkach przewlekłych.** Dr. Aleksiejewski z Petersburga zastosował ten środek domowy w naparze. Dawał dzieciom 1 szklanekę na dzień tych ziołek, starszym 2–3. W przeciągu 7 dni zwyciężył uporczywe rozwolnienia. (*St. Pet. med. Ztg.* 1891. No. 15).

136. **Niejednolitość tuberkuliny Kocha.** Dr. Andrew Smith podaje w *N. Y. Med. Rec.* 1891. No. 15 wypadek suchot, w którym dawał 10 razy z rzędu iniekcye od 0,001–0,0037 tuberkuliny z jednej flaszeczki; 11-ta iniekcya wynosiła 0,0045, a więc nie wiele większa, ale z inną nową flaszeczką; wywołała gorączkę 40,3° C., tętno 140 i niepokojące objawy ze strony płuc oraz sinicę i śpiączkę. Autor nie ma wątpliwości, że różnica reakcyi polegała na różnicy składu tuberkuliny w obu flaszeczkach. Nie w tem z resztą dziwnego, gdyż to nie chemiczny

137. **Wydalanie bakterii chorobotwórczych z potem.** Czytelnikom *Now. lek.* wiadomo, że na przypuszczeniu tej samopomocy natury Świeciecki (Cfer. 1891. str. 85.) polecił picie obfitęj ciepłej ilości wody z solą kuchenną (0,6%) i zastrzykiwał pilokarpiną w wypadku zakażenia połogowego z pomyślnym skutkiem. Dr. K. Brunner z Zurychu zauważył w wypadku ropnicy przewlekłej (pyaemia chr.), w którym we krwi znajdował się obficie *Staphylococcus albus*, ten sam rodzaj bakterii także i w pocie. Szereg doświadczeń na świniach i kotach przekonał go nadto, że w podobny sposób wydała zakażony organizm tych zwierząt prątki karbunkulowe, oraz *Stafylokokki złociste* itd.

138. **Leczenie tocznia (Lupus) mięsieniem.** Oryginalny w pomysłach hamburgski dermatolog Unna przedstawił w lekarskiem towarzystwie w Hamburgu ludzi z toczniem, leczonych przez codzienne wygniatanie pojedynczych paru guzików toczniowych. Część wygniataną pokrywał zwykle mulem pomazanym maścią cynkową (Zinkpflastermull); w 10 wypadkach widział Podobne zmiany w otoczeniu guzików wygniatanych, jak po wstrzykiwaniach tuberkuliny. Jego zdaniem przy wygniataniu dostaje się w obieg krwi drobna ilość tuberkuliny zawarta w każdym guziczku i stąd następuje znikanie guzików pojedynczych. — Także i nacinanie tocznia (dissection multiple) polecane przez Vidale działałoby nie innaczej jak ułatwieniom przedstawia się tuberkuliny w obieg krwi. (*Munch. med. Woch.* 1891. No. 23.)

Prof. dr. Adamkiewicz wniósł w kwietniu r. b. podanie do Ministerstwa oświaty i wyznań, aby mu celem dokonywania dalszych badań klinicznych nad chorymi dotkniętymi rakiem oddano odpowiedni oddział w wiedeńskim szpitalu powszechnym. Gdy to podanie prof. Adamkiewicza zasługiwało według zdania JE. pana Ministra na szczególne uwzględnienie i poparcie, zasięgnął JE. pan Minister zdania grona prof. Wydziału lek. wiedeńskiego, jak należałoby postąpić, aby prof. A. dostarczył odpowiedniej liczby chorych na raka w jednej z klinik wiedeńskich. Wydział Lekarski uniw. wiedeńskiego przychylił się jednogłośnie do wniosku referenta prof. Alberta, aby prof. Adamkiewiczowi dać sposobność do dalszych badań na materyjale kliniki chirurgicznej prof. Alberta. Wskutek tego udzielił JE. pan Minister prof. Adamkiewiczowi urlopu na przeciąg najbliższego zimowego półrocza i zażądał od Wydziału Lek. Uniw. Jagiell. wniosków co do zastępstwa nieobecnego profesora. Prof. Adamkiewicz opuszcza Kraków już w dniach najbliższych.

Kiedy już mowa o specyfikach na raka, to wspomnijmy też na wieczną rzeczy pamiątkę, że Dr. Seweryn Robiński w Berlinie nie tylko poleca, ale zachwala i wprost nakazuje używać przy raku w roztworze chloran, octan lub jodek potasowy (kali chloricum, aceticum et jodatum). A napisał o „wynalazku tym“ obszerną książkę i przez lat 20 z okładem leków tych „z korzyścią“ używał przy raku.

Błogi wpływ ciąży na przebieg suchot od dawna był sławionym. Bogate jedynaczki, sieroty po suchotniczych rodzicach znajdowały rychło mężów, którzy.. dla posagu się poświęcali. Obecnie Teodor Clemens z Frankfurtu n. M. twierdzi, że w swęj długiej praktyce miał takich wypadków kilkadziesiąt, gdzie cięaża wstrzymywała zupełnie sprawę gruźliczą w płucach. Suchotnica z wyraźną kawerną odzyskiwała apetyt, siły, a myśl, że będzie matką, dodawała jęj ochoty do życia. Zna wypadki, że chora dopiero po 7 porodach z rzędu przestała zachodzić w cięażę, uległa postępującym znów wtedy suchotom. *Allg. med. Central-Ztg.* 1891, No. 15. Obok wpływu cięaży na apetyt itd. może godziłoby się przypuścić i pomyślny wpływ bardziej żełrowego oddechania po zajęciu w cięażę, gdyż suchotnice tem się odznaczają od innych kobiet, że oddechają więćej pracą przepony a mniej żebrami. (*Red.*)

Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej wydawne przez wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie, pod redakcją Prof. Dr. Edwarda Korczyńskiego.

Istnieje od lat blisko 15 w Krakowie towarzystwo wydawnicze, które sobie za cel wzięło wpływać na rozwój literatury lekarskiej polskiej przez wydawnictwo podręczników oryginalnych ze wszystkich działów umiejętności lekarskiej. Towarzystwo to — piękny unikat w dziejach cywilizacji polskiej — widocznie rośnie w siłę, kiedy wydawszy dotychczas czternaście dzieł, prawie bez wyjątku znamienitych, obecnie zaczęło wydawać pojedyncze rozprawy, treścią i objętością zastosowane do potrzeb praktykującego lekarza. Zagraniczne wydawnictwa tego rodzaju wielkiem cieszą się powodzeniem, jakkolwiek uważnemu spostrzegaczowi w tej formie literackiej nietrudno dopatrzeć się niebezpieczeństwa jednostronności lub braku krytycyzmu przy ocenianiu wartości drukowanych w zbiorze rozpraw, jak to np. miało miejsce w pierwotnem wydawnictwie Volkmana; towarzystwo krakowskie pod znakomitą przewodnictwem swego założyciela i kierownika, prof. Korczyńskiego, w błąd ten nie popadnie, już przez to samo, że jest towarzystwem, a więc jednostką zbiorową, zdolną do odradzania się i krytyki własnego działania.

Początek wcale dobry. Mamy przed sobą trzy zeszyty seryi pierwszej, a mianowicie 1. O wynikach leczenia operacyjnego gruźlicy stawów, skreślił Dr. E. Lachowicz, 2. O urojeniach, przez Doc. Dr. Żuławskiego, i 3. O wyjmowaniu zębów, napisał Dr. Kazimierz Szymkiewicz, dentysta w Krakowie. Rozmaitość więc wielka co do przedmiotu, a że psychiatryja i dentystyka stanowią te właśnie dzieła, które w publicystyce naszej lekarskiej traktują się bardzo po macoszemu, słusznie więc wydawnictwo krakowskie wydobywa je z zapomnienia. Żaden więc krótkość co się zowie, a o nią tak bardzo chodzi wielu naszym czytelnikom — jest wyraźny i czysty, a niechby jeszcze — co bardzo doradzamy — krakowskie wydawnictwo nie pożałowało kilku centów na obciążenie introligatorskie każdego zeszytu i ułatwiło tym sposobem czytanie, to już zapewne nikt nie pożałuje trzech guldenów austriackich na zapisanie sobie całej seryi Rozpraw, z których początkiem czytelników naszych niniejszemu zapoznajemy. Szczególniej dla naszych wielkopolskich kolegów wydawnictwo to ma wielką doniosłość praktyczną, znajdują tu bowiem na kilku niemal kartkach całą nomenklaturę lekarską danej specyalności — i naucza się jej bez trudu i kosztów — a jakże to miło rozmawiać ze sobą swoim językiem, rozumieć rodaków i z nimi się porozumieć bez koszlawienia szlachetnych dźwięków ojczystej mowy!

Sedimentator Steinbein'a w klinice okazał się nader pożytecznym instrumentem otrzymywania w krótkim czasie osadu przy badaniu moczu, płwocin i innych płynów chorobowych. Jest to przyrząd centryfugowy z cylindrami szklannymi do przyjmowania płynu w centryfudze obrabianego. Z pomocą tego przyrządu znajdzie się osad i w najczystszy mocz, znajdzie się prątki gruźlicze nawet w płwocinach, w których metodą Biederta wykryć ich nie udało się. Dla tego Jacksch poleca go mocno. *Prag. med. Wochenschr.* 1891, No. 18.

Encyklopedia przyrodnicza. Pod tym tytułem *Encyclopedie der Naturwissenschaften* wychodzi w Wrocławiu u E. Trewendt'a poważna publikacja w seryjach, w której optykę opracował Dr. S. Czapski.

Teoryje brzuchomóstwa są rozmaite. Jedni autorowie uważają za konieczne przytęm obniżenie krtani, drudzy przeciwnie podniesienie jej. Dr. E. Blenler z Rheinau, który sam tej sztuki nauczył się od wędrownego artysty brzuchomówcy, twierdzi w *Munch. med. Wochenschr.* 1891, No. 21, że i w jednym i drugim wypadku a także i przy nieporuszonej krtani brzuchomóstwo jest możebne, że najważniejszą rzeczą nie jest wcale położenie krtani, ale użycie nader słabego prądu powietrza do mówienia. To właśnie sprawia, iż trudno oznaczyć skąd głos pochodzi. Położenie niższe lub wyższe krtani ma tylko o tyle znaczenie, że przez różną długość jamy ponad krtanią powstają różne odcienia stłumienia, odbrzmiwania; i tak przy obniżonej krtani głos wydaje się pochodzić z oddali, jakoby z podziemi. Wbrew zdaniu Gruetznera twierdzi B., że brzuchomówca niezawsze oddziela językiem jamę nosową od gardzielową. Używa on może czasami także bardzo silnego ciśnienia powietrza, ale wtedy sam szczelniej ścieśnia głosnie.

Budaistyczny uniwersytet w Tybecie. Według *Nature* trwa nauka medycyny przy tej wszechnicy dla Lamów najmniej lat 10. Przez pierwsze 4 lata tylko języki i teologia jest przedmiotem nauki, w 5-ym roku rozpoczynają się nauki medyczne, w 8-ym roku wykładana jest astronomija, w 9-ym i 10-ym filozofija.

Wiadomości osobowe.

Dr. Andrzej Obrzut, którego cenne prace na polu patologii znane są naszym czytelnikom, a który na ostatnim zjeździe w Krakowie postawił na mocy swych badań tezę, zbijając dotychczasowe pojęcia nasze o czerwonych ciałkach krwi (cf. referat odnośny w dzisiejszym

numerze *Now. lek.*), mianowany został po powrocie z Krakowa nadzwyczajnym profesorem przy czeskiej wszechnicy w Pradze. Młodemu rodakowi naszemu: Szczęść Boże!

Dr. **Maydl** z Wiednia mian. zwyczaj. prof. chirurgii przy uniwers. czeskim w Pradze. — Dr. **Righi** w Padwie habilit. się dla higieny. — Prof. nadzw. **Skrzeczka** przy uniwers. berlińskim, mian. zwyczaj. hon. prof. — Doc. przy wojsk. akad. w Petersbunku Dr. **Burszyński** mian. prof. farmakol. w Tomsku. — Prof. **Guido Goldschmidt** z Wiednia powoł. został na prof. chemii do uniwers. czeskiego w Pradze. — Prof. **Gaertner** z Jeny powoł. został na dyr. hyg. instyt. w Marburgu. — Dr. **Dennig** habilit. się dla wew. med. przy uniwers. w Tübingen. — Prof. **Moos** w Heidelbergu, jeden z najstarszych otiatrów mian. prof. honor. tamże. — Nadzw. prof. Dr. **Otto Binzwanger** w Jenie, objął tamże nowo utworzoną katedrę psychiatryi z tyt. zw. prof. — Dr. **Ogner** w Moskwie mian. nadzw. prof. porówn. anatomii tamże. — Dr. **Kuffner** habilit. się dla psychiatryi przy czes. uniw. w Pradze. — Dr. **Caster** w Chicago mian. prof. patol. przy College of Physicians and Surgeons. — Jen. sztab. lek. Dr. **Coler** otrzymał stopień jen. porucznika, a książę Dr. **Karól Teodor** bawarski order czarnego orła. — Dr. **S. Klug** mian. prof. fizjologii w Peszcie. — Prof. **Du Bois-Reymond** w Berlinie otrzymał „wielki medal złoty dla nauk.“ — Dr. **Paltauf** mian. prof. medycyny sądowej przy niemieckiej wszechnicy w Pradze. — Dr. **Rubner** z Marburga mian. prof. hyg. w Berlinie w miejsce ustępującego prof. **Kocha**, który otrzymał zarząd instytutu dla chorób zakaźnych. — Dr. **Rubner** habilitował się jako chirurg, dr. **Guenther** w bakteriologii, dr. **Koeppen** w psychiatryi na berlińskiej wszechnicy. — Dr. **B. Fischer** mian. prof. higieny w Kilonii. — Dr. **Serafici** i dr. **Bernabei** habilitowali się w higienie, względnie patol. anat. w Rzymie. — Dr. **Tenti** mian. docentem patologii w Bolonii. — Dr. **Colzi** docentem chirurgii w Florencji. — Dr. **d'Urso** docentem chirurgii patologii w Neapolu. — Dr. **Kurz-zauder** docentem anatomii w Padwie. — Dr. **Torsellivi** docentem higieny w Sienie, a drdr. **Paccinotti**, **Grandio** i **Secondi** mian. docentami patol. anat. wzgl. fizjologii i oftalmologii w Turynie.

Kronika żałobna.

† Dr. **Hugenberger**, były dyrektor moskiewskiego zakładu babienia w **Majorenhofie** pod Rygą. — † Dr. **Wolski** w **Kiszyniewie**. — † Prof. **Martin** w **Mnichowie**. † Prof. laryng. **Dr. Potter** w **Buffalo**. † Prof. **Charles Joy** w **Nowym Yorku**. † prof. wew. med. **Mc. Donnel** w **Montreal**. † Prof. **Caston** w **Montpellier**. † Były prof. dyr. szkoły weter. w **Gracu** Dr. **R. von Koehle-Thaheib** zmarł tamże. † Prof. **Karól Emanuel Klopsch** znany chirurg we **Wrocławiu**. † Tajny radca Dr. **Langner** w **Landeku** na Szląsku. † Prof. histol. Dr. **Wedl** w **Wiedniu**. Dr. **Hopfenblum**, b. ord. klin. szpit. mian. warsz. w **Warszawie**. — Dr. **Orłowski Józef** prym. szpit. w **Przemyślu**. † Dr. **Kopernicki** prof. antrop. w **Krakowie**.

Nadesłano Redakcyi:

1. **Sokołowski-Dmuchowski**. Przyczynek do patologii i terapii spraw zapalnych migdałów. *Gaz. Lek.* 1891.
2. **Żuławski**. O urojeniach (Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie).
3. **Lachowicz**. O wynikach leczenia operacyjnego gruźlicy stawów. (Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie).
4. **Szymkiewicz**. O wyjmowaniu zębów. (Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie).
5. **Pawlikowski**. O stosunkach zdrowotnych w mieście Lwowie. Protokoły posiedzeń Tow. Lek. Lubelskich za rok 1888/90.
6. **Mintz**. O metodzie Winter-Hayem'a i o stosunku wolnego kwasu solnego do utajonego w soku żołądkowym. *Gazeta lek.* 1891.

Od Redakcyi.

Rękopisy nadsyłać należy na ręce radcy **Dr. Bol. Wicherkiewicza**, **Poznań, Śty Marcin Nr. 6**. Równocześnie uprasza się o oznaczenie żądanej ilości odbitek na pierwszej stronnicy pracy.

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 Redakcją odpowiada sekretarz Kom. red. **Dr. Fr. Chłapowski**.

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

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:

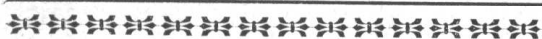
Farbwerke dawniej Meister Lucius & Brüning,
w Höchst a. M.

Prosimy wyraźnie żądać w aptekach

Dra Knorra Antypyrynę, Loewenmarke,

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

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



Dr. Aleks. Ostrowicz,

lekarz zdrojowy z Landek, ordynować będzie od października tego roku

w San Remo.

W miesiącach letowych ordynuje tenże od lat 16-tu w Landek.



Dr. E. Brühl

ordynuje, jak w latach poprzednich: od 15 maja do 15 września w **Gleichenbergu, Villa Max**, od 16 września r. b. do 10 maja r. p. w **Meranie, Marktgasse 5.**



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.

Miejsce kuracyjne Salzbrunn w Śląsku.

Stacja kolei żelaznej, 407 mtr. ponad poziom morza, łagodny klimat górski. Sezon od 1 maja aż do końca września. Pierwszorzędne źródła alkaliczne. Słynny zakład serwatkowy. Racyjonalne urządzenia do odjałowienia mleka i desinfekcyjne. Kąpielnie. Mięsenie. Wspaniałe skwery. Mieszkania w każdej cenie. Miejsce skuteczne w chorobach narządów oddechowych i żołądka, na żółty, cierpienia nerek i pęcherza, na gościec, krwawicę i cukrzyce; polecenia zwłaszcza godne dla niedokrwistych i rekonwalescentów. Wysełkę wody ze znanego już lekarzom w r. 1601 gło-

wnego źródła

OBERBRUNNEN

zajmują się panowie Furbach & Strieboll. Wszelkich bliższych szczegółów, wykazu mieszkań i t. p. udziela

Książęca Inspekcya Źródlana.

Zobacz: Europäische Wanderbilder
No. 158/9.

Perla 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 zniżone, a to dziennie od 3 złr. 50 ct. poczynszy, za pokój kompletnie urządzony z pościelą, pożywienie i kąpiele. — Goście korzystają **bezpłatnie** z zakładowej biblioteki, bilardu, fortepianu, czytelni, kręgielni i gimnastyki. — Prospekta na żądanie gratis i franko. — Z powodu liczego zjazdu gości w sezonie letnim, uprasza administracyja zakładu o listowne lub telegraficzne poinformowanie się przed przybyciem, czy pokój na razie jest do dyspozycyi.

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

Oberbrunnen

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

Rozsyłka książęcych wód mineralnych Obersalzbrunnen:
Furbach et Strieboll.

Skład we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych.

SALZBRUNN

miejscowość lecznicza na Śląsku pruskim.

Sezon trwa od 1 maja do końca Września.