

NOWINY LEKARSKIE

ORGAN WYDZIAŁU LEKARSKIEGO TOWARZYSTWA PRZYJACIOŁ NAUK
POZNAŃSKIEGO.

Wychodzi na początku każdego miesiąca w Poznaniu
staraniem

KOMITETU REDAKCYJNEGO

składającego się z Dra Cłapowskiego, radcy Dra Koehlera, Dra Święcickiego, radcy
Dra Zielewicza z Pozn., Dra L. Szumana z Torunia i Prof. Dra Wicherkiewicza z Krakowa,

BIURO REDAKCYJNE

znajduje się u przewodniczącego komitetu
redakcyjnego, Dra Heliodora Święcickiego
Rynek, pałac Działyńskich. (Telefon 237.)

ADMINISTRACJA I EKSPEDYCJA:

w drukarni „Kuryera Poznańskiego.”
Poznań, ul. Św. Marcina pod liczbą 16/17.

Przedpłata: którą przyjmują: Drukarnia nakładowa Nowin lek., pod firmą „Kuryer Pozn.” Sw.
Marcin 16/17, w *Poznaniu*; księgarnie: Krzyżanowskiego w *Krakowie*; Gebethnera
& Wolffa w *Warszawie*, jako też wszystkie urzędy pocztowe Ces. Niem. 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.

1. Symetryczne wysypki przy zakażeniu septycznem.

Napisał

Władysław Biegański,
lekarz Szp. N. M. P. w Częstochowie.

Symetryczne umiejscowienie jakiegokolwiek sprawy chorobowej czyni wielce prawdopodobnym współdział ośrodkowego układu nerwowego w jej wytwarzaniu. Pomijając nieliczne zresztą wyjątki, które tłumaczyć sobie możemy bądź jednorodnością budowy anatomicznej tkanek, najłatwiej ulegających pewnej sprawie chorobowej, bądź zbiegiem przypadkowych okoliczności, — w większości przypadków symetryczne umiejscowienie będzie dowodem związku przyczynowego pomiędzy spostrzeganą sprawą patologiczną a układem nerwowym. — Układ nerwowy odgrywa tu rolę albo pierwotną bezpośrednią, albo też następczą, pośrednią. W pierwszym przypadku pierwotna sprawa zachodząca w mózgu, w rdzeniu lub korzeniach nerwowych, powoduje zmiany symetryczne na obwodzie, w drugim zaś pierwotna sprawa tkwi głębiej, w ogólnem zatruciu lub zakażeniu ustroju, układ zaś nerwowy bywa pośrednio wciągnięty w łańcuch związku przyczynowego. Ten drugi właśnie przypadek mamy tutaj na myśli, mianowicie idzie nam o te symetryczne sprawy, jakie wynikają z ogólnego zakażenia, a które objaśnić sobie możemy tylko przez pośrednie zajęcie ośrodków i dróg naczynioruchowych i troficznych w układzie nerwowym.

W niniejszej pracy mam zamiar zwrócić uwagę, jak to zresztą wskazano w tytule, tylko na umiejscowienie wysypek skórnych przy zakażeniu septycznem.

Otóż przytoczę tu opis dwóch przypadków, gdzie symetria w umiejscowieniu wysypki stanowiła objaw najwięcej wydatny.

1) Józefa Ozimińska, 15 lat wieku licząca, zasięgała porady w ambulatoryum szpitalnem w miesiącu Październiku 1895 r. na plamy czerwone, jakie od trzech miesięcy wystąpiły u niej na twarzy, uszach, rękach i nogach. Przed dwoma laty chorowała na szkarlatynę równocześnie ze siostrą swą i bratem. Przebieg szkarlatyny był bardzo ciężki, chociaż bez powikłań; brat jej nawet umarł wtedy. Zresztą dotychczas była zdrowa, zapadała tylko często na ból gardła z gorączką, ból gardła przemijał zwykle bez leczenia w kilka dni. W roku 1895-ym, w lecie chorowała także na gardło, nie pamięta jednak dokładnie, w jakim to było miesiącu. W końcu lipca t. r. wystąpiły plamy czerwone równocześnie na obu goleniach. W miejscach tych, gdzie następnie plamy wystąpiły, kilka dni poprzednio uczuwała mocny ból. Z wystąpieniem plam ból zmniejszył się, pozostało jednak stałe uczucie jakby klucia, palenia, potęgujące się, jeżeli chora leżała w łóżku pod przykryciem. W kilka tygodni potem wystąpiły takie same plamy na ramionach, i tu także chora miała to samo uczucie klucia tylko w mniejszym stopniu. Nakoniec w końcu sierpnia wystąpiły plamy na policzkach także ze znacznym rwącym bólem. Od tego czasu plamy te pozostawały w jednej prawie mierze.

Przy badaniu znaleźliśmy dziewczynę dość dobrze zbudowaną z bładami błonami śluzowymi. Na każdym policzku widoczną była obszerna plama mocno czerwona z odcieniem nieco fioletowym, wyraźnie odgraniczona z przodu brózdą nosowo-wargową, z góry dochodząca prawie do oczodołu, z dołu do dolnego brzegu żuchwy a z tyłu ginąca niewyraźnie w okolicy okołosusznej. Skóra na tem miejscu była widocznie nacieczona, grubsza i przy dotyku chropowata. Ucisk palcem na plamę wywoływał ból dość znaczny. Chora uskarżała się na stałe mocne klucie a nawet niekiedy rwanie w twarzy. Na obu muszlach usznych na samym ich brzegu można było zauważyć także wybitne czerwono fioletowe zabarwienie. Na obu ramionach na tylnej powierzchni, odpowiadającej ściśle mięśniowi trójgłowemu znaleźliśmy wyraźne poczerwienienie, dochodzące ku dołowi do samego łokcia, z ograniczeniem mniej wyraźnem ku górze w górnej $\frac{1}{3}$ części ramienia. Plamy te posiadały te same cechy, co i plamy na twarzy, barwa tylko tych plam była nieco więcej brązowa, nie tak mocno czerwona. Na prawej ręce po nad stawem napiętkowym na zewnętrznej powierzchni napiętka widoczne były drobne plamki, właściwie guziczki, wielkości ziarenka soczewicy, gęsto rozsiane; kilkanaście takich plamek znaleźć można było w tem samym miejscu i na lewej ręce. Nakoniec na obu goleniach na zewnętrznej powierzchni znaleźliśmy także rozlane plamy brązowe wielkości dłoni z temi samemi właściwościami, co i poprzednio opisane. I tu również chora uskarżała się na ból i palenie. Wszystkie te plamy wyraźnie odgraniczały się od prawidłowo zabarwionej skóry, która, jak już wspominaliśmy, była biała.

Badając narządy wewnętrzne, nie znaleźliśmy żadnych zmian w płucach; w sercu zaś wysłuchać można było nieznaczny skurezowy szmer przy wierzchołku, bez wyraźnego powiększenia rozmiarów sstłumienia. Mając na względzie ogólny błąd wygląd chorej, przypuszczaliśmy przy ponownem badaniu obecność anemicznego szmeru bez zmian organicznych w sercu. Śledziona była nieco powiększona i wyczuwalna; zakażenie nie wielkie, przy rannem badaniu stan bezgorączkowy.

Chorej przepisałem żelazo i poleciłem jej co kilka dni dla dalszej obserwacji pokazywać się w ambulatoryum. Przy drugiej wizycie zbadałem krew cho-

rej i znalazłem 3,800,000 czerwonych krążków i około 10.000 białych ciałek oraz 60% hemoglobiny (podług hemoglobinometru Fleischla). Przy dalszych wizytach zauważyłem, że szmer skurczowy w sercu stawał się coraz wyraźniejszy, uderzenie serca przesunęło się na lewo na linię sutkową i równocześnie zauważyć można było coraz wyraźniejsze zaostrzenie drugiego tonu nad tętnicą płucną oraz powiększenie rozmiarów stłumienia serca w wymiarze podłużnym. Widocznie więc mieliśmy do czynienia ze świeżem zapaleniem wsierdza. Wtedy także zbadałem po raz pierwszy mocz i w moczu znalazłem w małej ilości białko. Temperatura w godzinach rannych była stale prawidłowa.

W obec powyższych objawów zaleciłem chorej pozostanie w łóżku i odwiedzałem ją następnie dwa razy w mieszkaniu w porze wieczornej. Otóż wieczorem zawsze znalazłem stan gorączkowy: raz temperatura była 38° a drugi raz $38,2^{\circ}$. Ogólny stan chorej nie wiele się zmienił. Plamy na twarzy i kończynach pozostały bez zmiany; w sercu wytworzyła się w całej pełni wada zastawkowa a stały, niewielki białkomocz do ostatniego czasu spostrzegałem.

Od połowy Grudnia chora przez miesiąc cały nie pokazywała się w ambulatoryum, zjawiała się dopiero w drugiej połowie Stycznia b. r. Plamy na twarzy zginęły już wtedy, na ramionach i goleniach pozostało tylko pewne brązowe zabarwienie z mocno łuszczącym się w tem miejscu naskórkiem. Pomimo to ogólny stan chorej był ciągle ten sam, znalazłem mniej więcej te same zmiany w sercu, białkomocz i nie wielką gorączkę ($37,7^{\circ}$ w porze południowej) obok znacznej niedokrwistości i wychudzenia.

Mając na względzie powyżej opisany przebieg choroby, rozpoznałem obecność zakażenia septycznego. Dla sprawdzenia tego rozpoznania postanowiłem jeszcze zbadać bakteryologicznie krew. W tym celu w dniu 25 Stycznia b. r. wyjąłową strzykawką metalową wyciągnąłem z żyły w zgięciu łokciowym, po uprzednim dokładnem odkażeniu tego miejsca, kilka cm. krwi, z której następnie przygotowałem kilka płytek agarowych i żelatynowych. Płytki agarowe trzymane były w termostacie przy 37° , żelatynowe zaś w temperaturze pokojowej. Na wszystkich płytkach rozwinęły się kolonie, które przy dalszem przyszczepianiu na bulion, agar i żelatynę oraz przy badaniu mikroskopowem okazały się być czystą hodowlą gronkowca białego (*staphylococcus pyogenes albus*). A zatem rozpoznanie nasze zostało stwierdzonem. Zachodziła tylko kwestya, jaki był punkt wyjścia tego zakażenia. Prawdopodobnie jako źródło zakażenia należy uważać wspomniane w anamnezie zapalenie gardzieli, jakie chora przechodziła w lecie 1895 r., gdyż wkrótce potem wystąpiły pierwsze objawy obecnej choroby. Jak wiadomo, zapalenie gardzieli wysiękowe często bywa przyczyną ogólnego zakażenia septycznego wskutek przenikania drobnoustrojów ropotwórczych z migdałów do obiegu krwi.

Rozpoznając u naszej chorej ogólne zakażenie septyczne, musimy przyznać, że i owe plamy symetryczne na skórze są przejawem tejże ogólnej sprawy. W biegu zakażenia septycznego bardzo często spotykamy rozmaitego rodzaju wysypki, najczęściej w postaci różycy wysiękowej, bądź to rozlanej po całej skórze, bądź rzadkiej ograniczonej do pewnej przestrzeni. W tej ostatniej postaci różycy wysypkowa niekiedy ogranicza się do powierzchni tylko wyprostnych na kończynach górnych i dolnych. Podobne rozmieszczenie spotykamy i w obecnie opisywanym przypadku; i tu także plamy występowały na ramionach i goleniach tylko na powierzchniach wyprostnych.

Zachodzi teraz kwestya; czy możemy plamy rozlane czerwone wielkości

dłoni, jakie spotykaliśmy u naszej chorej, utożsamiać z różycą wysiękową. Otóż sądzę, że możemy. Pewne nacieczenie skóry, na miejscu plam zauważone, pewna chropowatość teje oraz ten wzgląd, że na napięstkach u obu rąk u teje chorej spostrzegaliśmy wyraźne grudki — plamki, stanowiące jakby początkowy okres powyżej opisanych plam, przekonywają nas o tem, że plamy przez nas spostrzegane były właściwie różycą wysiękową, gdzie oddzielne grudki zlały się w jedną dużą plamę.

Niezwykłym tylko dla różycy wysiękowej był ból. Zwykle przy tej sprawie chorzy uczuwają tylko swędzenie na zajętych miejscach skóry, nigdy zaś prawie nie zdarzyło mi się spostrzegać różycy z mocnym bólem lub ze spotęgowaniem uczuciem palenia i klucia, jak to widzieliśmy w naszym przypadku. Otóż dla wytłomaczenia tego bólu można przypuścić zajęcie czuciowych nerwów skórnych na ograniczonej przestrzeni. Ta sama zakaźna przyczyna, która wywołała zapalenie wsierdzia i białkomocz, mogła spowodować zapalenie pewnych drobnych gałązek nerwów skórnych. Jako następstwo tego zapalenia (neuritis) należy uważać zmiany naczynioruchome (plamy czerwone, różycą wysiękową) oraz zaburzenia czuciowe (ból) w zajętych miejscach.

Tłomaczenie jednak powyższe wyjaśniające nam dobrze dwa główne objawy: wysypkę i ból, nie tłumaczy w zupełności owej typowej symetrii w umiejscowieniu plam czerwonych na skórze. Takiej idealnej, że tak powiem, symetrii nie możemy spotkać przy zajęciu gałązek nerwów obwodowych. Chcąc ten objaw wytłomaczyć, należy szukać przyczyny w ośrodkowym układzie nerwowym, mianowicie w rdzeniu, oraz środkach naczynioruchowych i troficznych, które według wszelkiego prawdopodobieństwa należy upatrywać w okolicy tylnych i bocznych rogów istoty szarej rdzenia. (Eulenburg.¹⁾ Wtedy, przypuszczając jako następstwo zakażenia pewne zmiany, może czynnościowe tylko, w ośrodkach naczynioruchowych i troficznych rdzenia, będziemy w stanie wytłomaczyć i symetryczne umiejscowienie i zmiany w zabarwieniu skóry, pozostaje jednak niewytłomaczonym ból. Eulenburg tłumacząc podobnie analogiczne objawy choroby Raymonda, i erytromelalgii przypuszcza dla objaśnienia neuralgicznego bólu zmiany w tylnych pęczkach, resp. tylnych korzeniach rdzenia. Ten sposób tłumaczenia nie wystarcza nam jednak dla objaśnienia bólu, ściśle, jak w naszym przypadku, umiejscowionego do zajętych przez wysypkę obszarów skóry. Prędzej należałoby szukać wyjaśnienia na drodze pośredniej, mianowicie przez następcze troficzne zmiany w zakończeniach nerwów czuciowych w zajętej skórze: tym bowiem sposobem wytłomaczyć tylko możemy ścisłą lokalizacją bólu.

2) Drugi przypadek umiejscowiony nieco inaczej, lecz posiadający te same właściwości wysypki skórnej, spostrzegałem w prywatnej praktyce przed dwoma laty. Dotyczył on 19 letniej panny Felicji R., która przez rok cały chorowała na ciężką, przewlekłą, skrytą postać zakażenia septycznego, ostatecznie zakończonego śmiercią chorej w 1894 r. Źródło zakażenia pozostało do końca niewyjaśnionem. Powoli wystąpiły z początku nieznaczne objawy, jak brak łaknienia, niewielka przestankowa gorączka, upadek odżywiania, następnie po kilku miesiącach dopiero zjawiły się poważniejsze objawy, jakoto: zapalenie wsierdzia, osierdzia, zapalenie opłucnej, białkomocz, wysypki krwotoczne na skórze i ostatecznie po długiem trwaniu choroby nastąpiła śmierć przy objawach rozległych zatorów w płucach. Szczegółowego opisu przebiegu choroby w tym przypadku nie będę tutaj przyta-

¹⁾ Eulenburg. *Deutsch. med. Wochensh.* 1893.

czał, uczyniłem to na innem miejscu;¹⁾ zresztą mając na względzie ściśle określony cel niniejszej pracy, zastanowię się tylko nad szczegółowym opisem wysypki, jaką w tym przypadku w ciągu kilku miesięcy spostrzegaliśmy.

Symetryczna wysypka i tu także była jednym z pierwszych objawów zakażenia septycznego. Kiedy po raz pierwszy zostałem wezwany do tej chorej, rodzice jej, radząc się ze względu na brak łaknienia i upadek odżywiania chorej, trwający już od kilku tygodni, mimochodem wspomnieli, że chora od kilkunastu dni uskarża się na ból w palcach u nóg, że nie może chodzić w trzewikach. Badając szczegółowo nogi chorej zauważyłem, na dwóch ostatnich palcach u obu nóg mocne poczerwienienie z odcieniem fioletowym, ściśle ograniczone do palców, nie przechodzące na stopę, pewien obrzęk skóry na palcach oraz dość znaczny ból przy ucisku. Na ból zresztą uskarżała się chora stale, ból ten opisywała jako mocne palenie a niekiedy nawet rwanie, ból również wzrastał się, jeżeli noga była w obuwiu lub w łóżku pod przykryciem. Na razie przyszła mi myśl, że miałem do czynienia z odmrożeniem palców. Przeciwnie takiemu jednak przypuszczeniu przemawiała przedewszystkiem pora roku (badałem chorą w końcu lata) oraz ten wzgląd, że chora podobno nigdy zimą nie cierpiała na odmrożenia. Nie umiałem więc na razie wytłumaczyć pochodzenia tego dziwnego objawu. Zaleciłem wcierania maści z ichtyolem obok innych środków skierowanych na poprawę ogólnego odżywiania. Poprawy jednak nie było żadnej i chora wciąż uskarżała się na mocne klucie i palenie w palcach, które ciągle były czerwone i obrzmiałe. Wkrótce w przebiegu choroby wystąpiły inne cięższe objawy, one to zwróciły na siebie całą naszą uwagę. Chora, czy to przez zwrócenie uwagi na inne pewniejsze objawy, czy też rzeczywiście z powodu, że palce mniej jej dokuczały, coraz rzadziej o nich wspominała. Ostatecznie w 4 miesiące od pierwszego badania mogłem zauważyć, że czerwoność i obrzęk z palców zeszły a ból w zupełności ustał.

Umiejscowienie i rodzaj wysypki w pomyślnym przypadku rażąco przypominały niedawno opisany przez Weir-Mitschela zbiór objawów, znany pod nazwą erytromelalgii. Znajdowaliśmy tutaj i umiejscowienie właściwe dla erytromelalgii na palcach, i czerwoność z obrzękiem, i symetryczne rozmieszczenie i na koniec dość znaczny ból. Rozpoznawać jednak w naszym przypadku erytromelalgii jako samoistnej nerwicy nie mogliśmy, gdyż niewątpliwie spostrzegane objawy były tylko następstwem ogólnej sprawy, ogólnego septycznego zakażenia, jak to w następstwie z przebiegu choroby wyjaśnionem zostało. Lecz z drugiej strony dodać winniśmy, że erytromelalgia według obecnych poglądów przedstawia właściwie nazwę pewnego szeregu objawów a nie pewnego ściśle określonego bądź etyologicznie, bądź anatomicznie, bądź nakoniec klinicznie gatunku chorobowego. Lewin i Benda,²⁾ rozebrawszy dokładnie trzydzieści kilka przypadków, pod nazwą erytromelalgii opisanych w literaturze, przychodzą do przekonania, że wszystkie te przypadki dadzą się pomieścić w trzech anatomicznie różnych działach. Do pierwszego działu należą przypadki, gdzie objawy erytromelalgii występują w przebiegu ciężkich chorób mózgowych (paraliż postępowy, guzy mózgu i t. p.); do drugiego działu przypadki, gdzie te same objawy spotykamy przy zajęciu rdzenia kręgowego, do trzeciego nakoniec działu należą najliczniejsze przypadki, gdzie najprawdopodobniej bezpośrednią przyczynę choroby upatrywać należy w zapalnym

¹⁾ Patrz moją pracę: „O skrytych postaciach zakażenia sept. *Medycyna* 1896 r.

²⁾ Lewin und Benda. *Berl. klin. Wochsch.* 1894.

zajęciu nerwów obwodowych. Zajęciem nerwów obwodowych (neuritis) dadzą się objaśnić wszystkie główne objawy erytromelalgii: ból — nerwobólem, poczerwienie — zaburzeniem naczynioruchowem skóry. Właściwie więc erytromelalgia, jako oddzielna postać chorobowa, jako nerwica nie istnieje, jest ona tylko objawem najrozmaitszych spraw chorobowych układu nerwowego.

Te krytyczne uwagi Lewina i Bendy są, zdaje się, w zupełności uzasadnione. Nasz przypadek dowodzi, że taki zbiór objawów erytromelalgii zdarzyć się może i przy sprawach ogólnych zakaźnych. I tu niewątpliwie wciągnięty w grę pośrednią, bywa układ nerwowy, mianowicie ośrodki naczynioruchowe i troficzne w rdzeniu (podług teorii Eulenburga) albo też nerwy obwodowe (podług teorii Lewina i Bendy). Bądź co bądź, jakkolwiek tłumaczyć będziemy te objawy, pozostaje to tylko niewątpliwym faktem, że w przebiegu zakażenia septycznego zdarzyć się mogą symetryczne wysypki, identyczne (ze względu na umiejscowienie i na rodzaj całej sprawy) z tym zbiorem objawów, jaki opisywano pod nazwą erytromelalgii.



Z kliniki Prof. Dr. B. Wicherkiewicza w Poznaniu.

2. Wypaproszenie gałki (exenteratio, evisceratio bulbi).

Podał

Dr. Barbara Burbo.

Zasadą każdego operacyjnego rękoczynu jest, nie usuwać organizmowi więcej nad to, czego konieczna potrzeba wymaga. W uwzględnieniu tej zasady polega zasługa Bonnet'a, który wprowadził wyłuszczenie gałki, zamiast wyłuszczenia oka całego. Ale i operacja Bonnet'a staje się zbytęzną, gdy można jeszcze część gałki ocalić. A można ocalić często całą twardówkę lub część jej: 1^o przy silnych zranieniach gałki, gdy nastąpił ubytek, lub silne wypadnięcie zawartości gałki: naczyniówki, ciała rzęskowego, ciała szklanego itd. Nie może wtenczas być mowy o utrzymaniu wzroku, gdyż błony odżywiające przyrząd wzrokowy oka: naczyniówka, ciało rzęskowe, tęczówka, we większej części lub w całości następnie zanikają. Nie ma też wtenczas powodu do wyłuszczenia całej gałki, a tylko chodzi o usunięcie pozostałej zawartości, aby ta czy to przez łatwo mogące nastąpić zakażenie, czy też przy zaniku, przez mechaniczne podrażnienie licznych nerwów rzęskowych, następnie nie przyczyniła choremu bólu, lub sympatycznego podrażnienia drugiego oka. Twardówka, nie przedstawiająca takiego niebezpieczeństwa, pozostać może w oczodole.

2^o. W przypadkach ropienia rogówki, soczewki, ciała szklanego, t. zw. ropniach wewnątrz gałkowych. Tutaj wypaproszenie jest metodą, odpowiadającą leczeniu wszelkich ropni: szerokie nacięcie, wyskrobanie ropą zajętej tkanki z następnem przemyciem płynem odkażającym. Twardówka, która zwykle nie ulega ropieniu, nie potrzebuje być usuniętą.

3^o. W wypadkach zapalenia całej gałki (Panophtalmitis). Gdy gałka jest pękniętą i ropa wychodzi na zewnątrz, tam wypaproszenie dokończa rozpoczętą przez naturę samą sprawę — usunięcia ropnych tkanek z organizmu, albo nawet gdy gałka jest całą, operacja w mowie będąca stosowaną być winna wtedy, kiedy

przypuszczamy, że gałka może podczas wyłuszczenia pęknąć. Wtenczas to bowiem zarazki, z zawartością gałki dostawszy się do tkanki oczodołowej, łatwo mogą przez pochwę nerwu wzrokowego, nn. III, VI i ich pochwy, naczynia i jamy chłonne, naczynia krwionośne, przenieść się na opony mózgowe i wywołać poważne bardzo niebezpieczeństwa. W tem właśnie leży wyższość wypaproszenia nad wyłuszczeniem, przy panophtalmitis mianowicie, iż daje ona możność szybkiego usunięcia zropiałych części, bez niebezpieczeństwa dalszego rozpowszechnienia zakażenia. Bunge w swej pracy (Ueber Exent. d. Auges 1887 p. 7.) uważa pozostającą twardówkę, jako ścianę ochronną przed zakażeniem opon mózgowych.

Właśnie dzięki utrzymanej twardówce, zapobiega się otworzeniu pochwy nerwu wzrokowego i tylnych naczyń chłonnych, prowadzących wprost do jamy czaszkowej. Zaznaczyć też wypada możność lepszego odkażenia przez irygację wnętrza twardówki, niż wnętrza oczodołu. Że wyłuszczenie gałki może być operacją niebezpieczną, widać według zestawienia statystycznego z dosyć znacznej liczby wypadków, śmiertelnie kończących się, z powodu zapaleń opon mózgowych. I tak: A. Graefe zebrał 10 śmiertelnych zejść, Hansen — Grut 2, Brückner, Deutschmann 26, Otto Becker (Jahresbericht im Gebiete d. Ophthalmol. 1890, p. 117.) uważa jednak obawę przed zapaleniem opon mózgowych, przez operację samą spowodowanem, za przesadzoną, gdyż z 43 wypadków przez niego zebranych, tylko w 18 razach było udowodnionem zapalenie ropne, w 3 zapalenie gruźlicze, w innych pewnych danych nie było; przytem większa część tych śmiertelnych zejść odnosi się do czasów przed antyseptycznych. Pomimo tego twierdzenia O. Becker wykonywał jednak wypaproszenie często. A. Graefe, który przy irido-cyclitis ropnej, po usunięciu zaćmy powstałej, pomimo antyseptyki miał 2 zejścia śmiertelne przez meningitis, poleca wypaproszenie we wszystkich wypadkach, prócz narośli wśródocznych. Segel, Hansen-Grut również Pflüger wyłuszczenie przy panophtalm. uważa za absolutnie przeciwwskazane. Również Gauita-Kasaurow przy ropnych zapaleniach gałek, przy silnych zranieniach robi wypaproszenie. Schweigger oddaje pierwszeństwo wypaproszeniu przed wyłuszczeniem: »przy silnych zranieniach, szerokiem rozdarciu rogówki i twardówki, które nie tylko zniszczenie siły wzroku, ale najczęściej ropne zapalenie tęczówko-naczyniówkowe (iridochoroiditis) wywołują i przy powolnym, bolesnym przebiegu choroby, zanik spowodzają. Przy małych zranieniach, z ciałem obcym lub nie, gdy ono grozi ropnem zap. tęczo-naczyniówkowem, aby nieuniknione zejście zanikiem jak najszybciej skrócić!« nadto we wszelkich innych wypadkach, prócz tych, gdzie wybuchło sympatyczne zapalenie, przy których usuwa gałkę lub robi wycięcie nerwu wzrokowego-rzęskowych. Hirschberg przy panoph. robi wypaproszenie, gdy trzeba przebieg choroby skrócić. Ture przy panoph. tylko wypap. poleca, a nie wyłuszczenie. Z powyższego zestawienia pokazuje się, iż większa część autorów oddaje przy panophtalmitis, przy ropniach wśródgałkowych, przy silnych zranieniach gałek pierwszeństwo wypaproszeniu gałki przed wyłuszczeniem.

Obok tej ważnej własności, że wypapr. może zabezpieczyć chorego przed zapaleniem opon mózgowych, ma ono jeszcze i tę, iż daje się znacznie szybciej wykonać niż wyłuszczenie. Następnie pozostaje znacznie lepszy kikut dla sztucznego oka, ruchomy, wielkości $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{5}$ gałki. Po trzecie chorzy lub ich otoczenie, którzy nie chcą zgodzić się na usunięcie całej gałki, łatwiej dają się nakłonić do wypaproszenia; zresztą zazwyczaj nawet o operacyi nie ma potrzeby wspominać, gdyż chorzy zwykli powstały kikut uważać za następstwo zapalenia.

Wypadków wypaproszenia w statystyce dotychczas ogłoszonych dosyć dużo; w klinice w Halli do 1891 — 407., Mueles 50., Hansen-Grut 13 (do 1885), Rossander 8., Kasaurów 6., Segal 7., Fowner 26., w klinice berneńskiej 154 (do 1894.), O. Becker 23., Albin 8., Knapp 1., w klinice Wicherkiewicza 22., Schulek 36. Wśród tych 36, Schulek miał 2 zejścia śmiertelne, o których bliższych szczegółów nie mogłam znaleźć.

Wypaproszenie ma swoich zwolenników jako zapobiegawczy środek przy sympatycznych zapaleniach, zamiast wyłuszczenia, lub neurectomii opticociliaris na pierwotnie obrażonym oku. Jedną wyższość nad tą ostatnią operacją ma ona niezaprzeczenie, a mianowicie, — usuwa zarodki zakaźne, podczas kiedy po wycięciu lub przecięciu nerwu optyczno-rzęskowego zarodki te pozostają na miejscu. Trudno sobie wyobrazić, jakim sposobem samo przecięcie lub nawet wycięcie nerwu przy tych sympatycz. objawach, gdzie przypuszczać można przyczynę zakaźną, usuwać miałyby takową. Zarodki bowiem, jeżeli nie przez nerw, to przez żyły, lub naczynia chłonne do jamy czaszkowej dostać się mogą. Sam zabieg operacyjny, chociażby najantyseptycznie wykonany, już przez samą sprawę gojenia się, wywołuje w głębi oczodołu szybszą zmianę materii, więc chwilowe podrażnienie, przez co może nawet ułatwić przechodzenie zarodków do czaszki.

Natomiast dodatni może być skutek wycięcia, względnie przecięcia nerwu opt. rzęskowego w tych wypadkach sympatycznego zapalenia, które jest następstwem działania zwrotnego, gdyż wtenczas drogi wywołujące podrażnienie zwrotne zostają przecięte. Sam rękoczyn (neurec. optic. cil.) pomimo antyseptyki spowodował zapalenie opon mózgowych w przypadku podanym przez Panas'a (Transactions of the International medic. Congr. London. 1881. Vol. III. p. 46.) »one case of death from basilar suppurative meningitis in a child, of fourteen years, coming on the third day after the operation.« Bunge poleca gorąco, we wyżej przytoczonej pracy, rozciągnąć wypapr. na wszelkie gałki zanikłe, nawet na phtisis dolorosa, wychodząc z założenia, że takowe zawierają najczęściej wewnątrz zakaźne zarodki, jako powstałe wskutek zapalenia, lub zranienia z następnym zakażeniem, uważając w tych wypadkach wycięcie nerwu optycz. rzęskow. za niedostatecznie zapobiegające przechodzeniu zapalenia na drugie oko. Równie radzi stosować ten rękoczyn do gałek, zawierających garbce wielkie (staphyloma), lub do gałek wodnisto rozrośłych (hydrophtalmus), gdy potrzeba zastąpić je sztucznym okiem.

Pole dla przecięcia nerwu rzęskowego pozostawia tylko w tych amaurtycznych przypadkach, gdy chodzi o gałki, które nie zawierają narośli złośliwych, które nie mają skłonności ani się zwiększać, ani zmniejszać, mając dobry wygląd, nie wymagają zamiany na sztuczne oczy, a które z powodu boleści dokuczają choremu (np. przy jaskrze).

Skutek wypapr. na zanikłych gałkach, grożących zapaleniem sympatycz. drugiemu oku nie zawsze bywa dobry; czasami wręcz wywołuje zwiększenie objawów, a często operacja połączoną jest z większymi trudnościami, niż wyłuszczenie gałki. Dr. Hotz na zebraniu medycznym w Milwaukee wspomina o wypadku zapalenia sympatycznego nerwu wzrokowego po wypapr. gałki, bolesnej na dotyk, zanikłej po zranieniu. Ściany tylne naczyń i naczyńki były skostniałe, tak iż z wielką trudnością dały się oddzielić od twardówki. Cros po wypapr. miał 2 razy sympatyczne zapalenia, w tych razach były kule szklane zaszyte we worek twardówkowy. Mueles, uważając za ustaloną teorię zakaźną zapalenia sympatycznego, we wszelkich odnośnych wypadkach poleca wypapr., wyłuszczenie uważając za

zbyt niebezpieczny, przecięcie lub wycięcie nerwu wzrok. rzęskowego za niedostateczny rękoczyn. Grun John, Ducamp, Hansen-Grut, Bunge, Kuhnt robią wypapr. i przy istniejących objawach sympatycznych. Schweigger, Thompson, Pflüger, Kasaurow, Roland — są przeciwni wypaproszeniu przy zanikłych gałkach, uważając za stosowniejsze wyłuszczenie. Pflüger przy iridocyclitis, irido-choroiditis, gdzie gałka nie doszła jeszcze do zaniku, a grozi sympatycz. zapalenie, wypapr. przyjmuje jako względnie wskazane, bo w wykonaniu nie przedstawia trudności, co zaś do zapobieżenia symp. objawom, daje te same gwarancje co i wyłuszczenie. (Są zaś wypadki sympatycznego zapalenia, którego ani wyłuszczenie, ani wypaproszenie, ani przecięcie lub wycięcie n. wzroczn. rzęskow. nie są zdolne powstrzymać w rozwoju.) Przy zanikłych gałkach, wypapr. ma jeszcze tę ujemną stronę, iż jest boleśniejsze od wyłuszczenia.

Wypaproszenie przypomniał szerszym kołom Alfred Graefe z Halli, na zjeździe lekarzy i przyrodników w Magdeburgu w 1884., które było wykonywanem lubo w innej postaci i inaczej zwanem już dawniej. Guerin w 1769 (*Essai sur les maladies des yeux*. Con. p. 420) wspomina o częściowem wyłuszczeniu gałki (*d'extirpation d'une partie de l'oeil*), prawdopodobnie w zamiarze leczenia garbea. A także Beer (*Lehre von d. Augenkrht.* Wien. 1817. p. 221) nie dając jej nazwy wykonywał przeciw *staphyloma corneae totius*. Noyes (*Eviscer. bulbi*. Centrblt. f. prakt. Augenhkd. 1885. März) podaje, iż od 15 lat robi wypapr. Dopiero po publikacyi Graefego mnożą się doniesienia: Guaita, Hanse-Grut, Bunge, Truc itd. Graefe proponuje, doznawszy śmierci po wyłuszczeniu, zastąpić je wypaproszeniem we wszelkich wypadkach, prócz narośli wśródgałkowych.

Przystępujemy teraz do sposobu operacyjnego, w tutejszej klinice. Chcąc wykonać ten rękoczyn trzeba wrażliwych chorych usypiać. Narkoza bromkiem etylu bywa też dostateczną. Wytrzymalsi dostają tylko do worka spojówkowego kilkorazowo roztwór kokainy 10⁰/. Dokładne, antyseptyczne oczyszczenie powiek, worka spojówkowego, założenie rozwieracza najlepiej Desmarres'a. Następnie operator, jeżeli nie było rany w rogówce, tę ostatnią przecina nożykiem, a w miejscu tem szczypcami dużemi, uchwyciwszy brzeg rany, nożyczkami cooperowskiemi średniej wielkości robi cięcie ku górze aż 3 ctm. ponad brzeg rogówkowy. Od górnego brzegu rany okręża rogówkę na prawo i lewo.

Po wycięciu rogówki, względnie gdy tej już niema tęczówki i przytykającego brzegu twardówki, łyżkę ostrą, wypukłością ku twardówce zwróconą, wsuwa operator między twardówkę i naczyniówkę, szczypcami przytrzymując brzeg twardówkowy. Przesuwając łyżkę ku dołowi, ku głębi gałki przecinamy naczynia wirowe, tylne tętnice rzęskowe, szyjkę tarczy nerwu wzrokowego, jako też zrosty naczyniówko-twardówkowe w jego otoczeniu. Przesuwając łyżkę ostrożnie, ale szybko, można całą zawartość gałki wyjąć, nie naruszając anatomicznych stosunków tejże. (Łyżki używa się dużej, według wskazówek Dr. Bungego przez fabrykanta Baumgartha w Halli zrobioną. Przy zanikłych gałkach używają małej.)

Po usunięciu zawartości worka twardówkowego, następuje odkażenie i oczyszczenie tegoż. Kasaurów przypala całą wewnętrzną ścianę twardówki termokauterem, aby krwotok wstrzymać, resztki naczyniówki i twardówki zniszczyć i przez to zabezpieczyć przebieg zupełnie aseptyczny przy zagojeniu rany; przypalanie ma też zmniejszać ból, który po operacyi czasami się zjawia. Guaita ścianę twardówkową ociera małą wydłużoną gałką, umaczaną w jodynie. W klinice berneńskiej od 4 lat używany jest roztwór 1⁰/₀₀ trójtrichloridu, który ma mniej podrażniać

tkanki niż sublimat, a siłą odkażającą wyrównywać mu. Bunge, obok dokładnego obmycia całego pola operacyjnego sublim. $\frac{1}{5000}$, poleca gorąco w ciągu operowania bezustanne zraszanie sublimatem w tym samym roztworze, opierając się na doskonałych wynikach wskutek takiego odkażenia przy operacji zaćmy.

W tutejszej klinice dłuższe zraszanie po operacji roztworem sublimatu $\frac{1}{10000}$, chłodnym, okazuje się też zupełnie dostateczne. Po obmyciu odkażającym worka twardówkowego, nakłada się szwy spojówko-twardówkowe, aby brzegi rany do siebie przylegały. Gdy można spodziewać się ropnej wydzieliny, tylko 1 lub 2 szwy, aby wydzielinie zostawić miejsce do wypłynięcia, w innych razach 3—5. Metoda operacyjna pierwotnie podana przez Graefego o tyle jest odmienną, że cięcie robił 1—2 mm. oddalone od brzegu rogówkowego, że była użyta tępą łyżką. Odkazanie sublimatem chłodnym (1:5000—300); we worek twardówkowy jodoform. Okrężny szew spojówkowy, na wierzch jodoform, na to opatrunek sublimatowy. Bunge, dla lepszego zachowania preparatu przecina nożykiem spojówkę i twardówkę między dwoma ostrymi haczykami, za pomocą których asystent podnosi te błony; po nacięciu nożykiem, operator przecina dalej nożyczkami, podczas czego brzegi rany ciągle są podtrzymywane haczykami. Zakłada 3—5 szwów, zbliżających brzegi spojówki i twardówki.

Po usunięciu wnętrza, jamę twardówkową napełnia aseptyczna krew ze środkowej tętnicy siatkówkowej (art. cent. retinae), tętnie rzęskowych, żył wirowych. Skoro wnętrze aseptyczne, występująca krew w następstwie organizuje się, i wtedy kikut bywa większy. W tym celu Bunge radzi, gdy słaby krwotek, zwiększyć go ciepłem zraszaniem. Dla otrzymania większego kikuta, proponowano zaszywanie do worka twardówkowego kulek ze szkła, srebra, złota, celuidyny, kości słoniowej. Nawet przesadzanie gałek króliczych. Prince wpycha w twardówkę gazę jodoformową i czeka, aż ona nie zostanie przez granulacye wypchniętą na zewnątrz; tkanki granulujące zwiększają objętość kikuta.

Wkładania tych ciał obcych w twardówkę ma zwolenników mniej, od czasu gdy zauważono zapalenie tkanki twardówkowej i sympatyczne zapalenie (Cros. dwa razy.)

W przebiegu pooperacyjnym przypadłością zachodzącą często, nieprzyjemną o tyle, iż przedłuża chorobę, chociaż nie przedstawiającą niebezpieczeństwa, jest nabrzmienie spojówki i powiek. Nabrzmienie to dochodzi czasami do takiego stopnia, iż przypomina obraz silnej panophtalmitis: powieki czerwone, twarde, spojówka silnie nabrzmiała, (zwykle bywa bledsza, niezbyt czerwoną wysuwająca się ze szpary, kikut naprzód wysadzony, nawet odpowiedni policzek nabrzmiewa w niektórych razach. Knapp (Archiv. f. A. h. K. XII. h. 55) nabrzmienie to uważa jako zapalenie tkanki łącznej oczodołowej, spowodowane zatorom żył wirowych. Naczynia te, przechodzą, jak wiadomo, przez ścisłą, mało elastyczną tkankę twardówki, gdy więc zostaną przecięte w wewnątrz-twardówkowym końcu, to ścianki ich nie spłaszczają się, jak w żyłach znajdujących się w miękkiej tkance, ale pozostają otwarte i zanurzając się w zawartości worka twardówkowego, uniemożliwiają dalszy odpływ. W następstwie wytwarza się przez to skrzep. Żyły wirowe więc, podobnie jak żyły w kościach, co Virchow w pracach swych wykazał, mają skłonność do szybkiego tworzenia skrzepów. Skrzep powstały w żyłach wirowych, może sięgać aż do vena ophtalmica super., która swój początek bierze w górnej powiece; tem się też tłumaczy większe zazwyczaj nabrzmienie górnej powieki niż dolnej.

Ten silny odczyn pooperacyjny tak przeraził Knapp'a, iż po pierwszym wypaproszeniu w 1885 r. zaniechał tej operacyi, pomimo, iż odnośny wypadek zakończył się pomyślnie (po 19 dniach już kikut był wielkości $\frac{1}{3}$ gałki, ruchomy), obawiał się możliwości zakażenia z worka twardówkowego skrzepów w żyłach, i przeniesienia się wtedy łatwego tego zapalenia do opon mózgowych. Bunge, obok przyczyny nabrzmienia podanej przez Knapp'a, uważa, iż silnie napięta, krwią napełniona reszta gałki, wywierając ucisk na otaczające tkanki, powstrzymuje odpływ żyłnej krwi i przez to powiększa nabrzmienie. Że ten odczyn, w postaci nabrzmienia, po wypaproszeniu spowodowanym jest mechaniczną sprawą, mianowicie zatamowaniem odpływu cieczy, a nie zakażeniem, za tem przemawia też i przebieg: ciepłota ciała zwykle bywa prawidłową, ogólnie chorzy czują się dobrze, tkanki po 14—20 dniach wracają do zupełnie prawidłowego stanu, kikut zwykle wynosi $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{5}$, wielkości gałki. Rozwoju flegmony, ani wrzodów nie spostrzegano w tych nabrzmiałych tkankach. Pomimo zewnętrznego podobieństwa w nabrzmieniu przy panophtalmis i po wypaproszeniu, przebieg bywa różny. Przy panopht. zwykle silna wydzielina ropna, ciepłota ciała podniesiona. To nabrzmienie objaśnia Leber (Archiv. f. Ophtalm. XXXI. Vol. 4. p. 265) diffuzyą do tkanek substancyi chemicznych, zdolnych wywołać zapalenie.

Czem wytłomaczyć, iż w jednych wypadkach nabrzmienie powstaje, a w drugich przy tych samych warunkach nie? Rzecz nie wyjaśniona, wiadomo tylko, że trudność w wykonaniu operacyi, ani stan oka, na jakim operacya była wykonana, nie mają na to wpływu.

Podnoszoną jest bolesność operacyi samej i w czasie pooperacyjnym. Aby uniknąć silnych bóli, Guaita radzi robić cięcie w twardówce po za ciałem rzęskowem, co obecnie jest zwykle wykonywane. Prince poleca jako środek łagodzący następce bóle karbol 95%, którym pędzkuje wewnątrz twardówki. Działa on jako środek odkażający i znieczulający, nabrzmienie ma być też wtedy słabsze. Silnych krwotoków ani silnych bóli nie spostrzegano w tutejszej klinice, dlatego środki polecane nie miały racyi bytu.

Po wypapr. przy panophtalm. wydzielina ropna zwykle trwa, aż tkanki nie otęchną zupełnie. Zraszanie sublimatem, lub lysolem, przytem proszek borotanninowy, argent. nitricum, ciepłe suche okłady, opaska glicerynowo-tanninowa złagodzą objawy, przyspieszają sprawę gojenia. Gdy silne nabrzmienie, a nie chce ustępować skarifikacyi nabrzmiałej spojówki, odprowadzenie tejże za powieki a na wierzch opaska glicerynowo-tanninowa zmniejszają nabrzmienie. (Dok. nast.)

Ze szpitala św. Zofii w Lwowie.

3. Gruźlica kręgow.

Podał

Dr. Schramm.

(Ciąg dalszy.)

3. Od ogólnego stanu zdrowia. Jeżeli stan ogólny dziecka w leczenie objętego był dobry, a gruźlica kręgu jedynem siedliskiem choroby, natenczas rokowanie można było postawić stosunkowo lepsze, niż przy zajęciu sprawą choro-

bową także innych kości i stawów, lub co pewne narządów wewnętrznych. Bardzo wyraźnie widać ten wpływ z następujących liczb.

Na leczonych ogółem 110 przypadków mieliśmy 34 wyleczeń, 27 dzieci opuściło szpital z znacznym polepszeniem, 35 wyszło nieuleczonych a 14 zmarło w szpitalu. Jeżeli zaś wybierzemy z pomiędzy nich przypadki, w których obok gruźlicy kręgów były jeszcze inne ogniska chorobowe, natenczas przekonamy się, że na 13 takich dzieci ani jedno nie wyzdrowiało w szpitalu, dwoje wyszło z polepszeniem, pięcioro nie uleczonych, a sześcioro zmarło w szpitalu. Stany chorobowe występujące w tych przypadkach równocześnie z gruźlicą kręgów były następujące:

Gruźlica ogólna	dzieci 5	zmarło 5.
gruźlica płuc	„ 1	nieuleczone 1.
„ kości śródreżca	„ 1	nieuleczone 1.
„ kości udowej	„ 1	nieuleczone 1.
„ kości stopowej	„ 1	zmarło 1.

Gruźlicze zwyrodzenie stóp dzieci 4 nieuleczonych 2 z poprawą 2.

Widzimy z tego, jak niekorzystnie na rokowanie przy gruźlicy kręgów wpływa obecność innych ognisk chorobowych, a naturalnie przeważnie obecność zmian w płucach.

4. Wpływ siedziby, choroby t. j. rodzaj zajętego kręgu na rokowanie w naszych przypadkach przedstawia następujące zestawienie:

Umiejscowienie	ilość	uleczone	z poprawą	nieuleczone	zmarło
kręgi szyjne	10	5	1	1	3
kręgi piersiowe	66	21	16	22	7
kręgi lędźwiowe	21	5	6	7	3
kręgi krzyżowe	3	1	—	1	1
Razem	100	32	23	31	14

Czyli obliczając procentowo przypadki śmierci i dzieci, które opuściły szpital nieuleczone, otrzymamy przy kręgach szyjnych 40%, przy piersiowych 44% przy lędźwiowych 45% wyników niekorzystnych stwierdzonych; tak w szpitalu jak i przez następne dochodzenie wyleczeń było przy kręgach szyjnych 50%, przy piersiowych 32% a przy lędźwiowych 25%. Wynikałoby zatem z naszych przypadków, że gruźlica kręgów szyjnych pozwalała na rokowanie co do wyleczenia najlepsze. Byłoby to zgodne z tem, że kręgi szyjne wystawione są stosunkowo na najmniejsze ciśnienie bo tylko głowy, jako też, że leczenie a mianowicie dokładne unieruchomienie i naciągnięcie tej części kręgosłupa, da się najłatwiej przeprowadzić bez zmuszania dziecka do szkodliwego leżenia w łóżku.

5. Okres choroby, w jakim dziecko zgłaszało się do leczenia, i powikłania, z jakimi do szpitala zostało przyjęte, wywierały również nie mały wpływ na wynik leczenia, jak to najlepiej widać z następnego zestawienia:

Powikłanie	ilość	uleczonych	z poprawą	nieuleczon.	umarło
Bez powikłań	51	19	21	9	2
z ropniami opad.	33	8	4	12	9
z przetokami	13	4	1	7	1
z porażeniami	13	3	1	7	2
Razem	110	34	27	35	14

Wynika zatem z tego, że u dzieci, które przyszły do szpitala z początku choroby, tj. gdzie prócz zboczenia w kręgosłupie w postaci mniej lub więcej wybitnego garbu, bez następnego ropienia lub objawów uciskowych na rdzeń pacierzowy, że u takich dzieci procent uleczeń wynosił przeszło 37⁰/₀; ze znaczną poprawą, to jest z niebolesnym i nie postępującym garbem, zaopatrzone w stanik ustalający, opuściło szpital 41⁰/₀; zaś nieuleczonych tylko 18⁰/₀ a zmarło 2, jedno z powodu ogólnej gruźlicy, drugie na zapalenie nerek. Znacznie niższe mieliśmy wyniki, jeżeli u dziecka w chwili przyjęcia do szpitala były już rozwinięte mniejsze lub większe ropnie opadowe, lub były przetoki po nich pozostałe, gdyż w takich przypadkach procent wyleczeń wynosił tylko 26⁰/₀, z polepszeniem opuściło szpital 11⁰/₀, natomiast procent nieuleczonych wynosił 41, zaś śmierci wskutek długotrwałego ropienia lub gruźlicy ogólnej blisko 22⁰/₀. Jeżeli nadto zważymy, że dzieci, które opuściły szpital jako nieuleczone, prawie wszystkie w krótkim czasie poumieraly, to przyjdziemy do przekonania, że rokowanie przy już rozwiniętym ropieniu jest przynajmniej podwójnie gorsze, niż gdy obejmujemy w leczenie dziecko bez ropienia w częściach miękkich. W tych przypadkach bowiem przez odpowiednie postępowanie lecznicze dość często udaje się nam sprawę chorobową powstrzymać i niebezpiecznemu ropieniu zapobiedz.

Gorsze jeszcze wyniki otrzymałem w przypadkach objawów porażennych z powodu zajęcia sprawą chorobową rdzenia pacierzowego, albowiem na 13 takich przypadków tylko 3 razy, tj. 23⁰/₀ nastąpiło wyleczenie, 54⁰/₀ wyszło nieuleczonych a 15⁰/₀ zmarło już w szpitalu skutkiem postępującego porażenia. Dodać jeszcze muszę, że owe 3 przypadki wyleczeń odnoszą się do dzieci, u których objawy porażen wystąpiły w stosunkowo wczesnym okresie choroby, które zaraz oddano do szpitala w celu odpowiedniego leczenia i że u dzieci tych prócz małego garbu nie było żadnych innych objawów ropienia, gdzie więc objawy nerwowe musiały być jedynie spowodowane obrzękiem opon rdzeniowych bez ważniejszych zmian anatomicznych.

Te trzy przypadki podaję niżej nieco obszerniej.

Jak już wspomniałem i jak to z natury rzeczy wypływa, zgłaszały się do szpitala dzieci już z mniej lub więcej rozwiniętą chorobą, za tem o tak ważnem leczeniu zapobiegawczem, jakie u dzieci zagrożonych gruźlicą a zwłaszcza gruźlicą kości powinno mieć miejsce, nie mogło być mowy. Dodać tylko muszę, że o ile na to środki szpitalne pozwalają, stosowano u takich dzieci obok leczenia miejscowego, także staranne leczenie ogólne, a więc dobre odżywianie, leki wzmacniające, pobyt o ile można na świeżem powietrzu, do czego obszerna weranda i ogród, a w lecie filia szpitalna w Iwoniczu dobrze się nadawały. Leczenie to uważam prawie za równie ważne, jak leczenie miejscowe i niejednokrotnie spostrzegałem,

że dzieci takie, które mimo starannego leczenia miejscowego w szpitalu wcale się nie poprawiły, u których nawet choroba miejscowo stale się pogarszała, odzyskiwały szybko zdrowie i sprawa chorobowa miejscowo się goiła, jeżeli dziecko zostało wysłane na świeże powietrze do Iwonicza. Bardzo wybitny taki przypadek z pomiędzy wielu innych jest np. następujący.

S. T. chłopiec lat 9 liczący od dwóch miesięcy skarży się na ból w stosie pacierzowym, promieniejące bóle zwłaszcza w nodze lewej, chód bardzo utrudniony. Badanie wykazuje poczynający garb w wysokości 8 kręgu piersiowego, którego wyrostek kołczasty sterczy dość mocno ku tyłowi, ucisk na ten krąg bolesny. Po lecono spokojne leżenie w łóżku — miejscowe lodowe okłady i maść ichtyolową. W 3 tygodnie później stan o tyle gorszy, że krąg mocniej wystaje ku tyłowi. Założono stanik ustalający. Mimo to garb się nieco powiększa, nadto kolano lewe obrzmiało, bolesne. Założono opatrunek ustalający tak, aby chora kończyna nie dotykała ziemi przy chodzeniu. W dwa miesiące potem t. j. w czerwcu 1893 roku stan nie zmieniony. 1 czerwca wyjazd do Iwonicza. Po 6 tygodniach pobytu tamże wraca w stanie o tyle lepszym, że garb się nie powiększył, jest przy nawet silnym ucisku nie bolesny — kolano skłębło — niebolesne, ruchy w niem swobodne. W zimie tegoż roku w czasie pobytu w domu znów pogorszenie. Zgięcie kończyny dolnej prawej w stanie biodrowym. Leżenie w łóżku gipsowym nie ma żadnego korzystnego wpływu, ropień powoli się zwiększa, znaczne bóle w krzyżach i w nodze, odbierające sen choremu dziecku. W marcu 1894 wykonałem punkcję ropnia, wypumpowałem około 300 gr. ropy i wstrzyknąłem do jamy ropnia 50 gram. zawiesiny jodoformu w glicerynie 10%. W maju ponowna punkcja ropnia, który się znów gromadził — w połowie lipca wyjazd do Iwonicza. Po 3-cio tygodniowym pobycie tamże ropień się nie powtórzył. Obecnie chłopiec zdrowy, garb niebolesny, chód zupełnie swobodny.

Jeszcze wybitniejsze przypadki miałem w praktyce prywatnej. U chłopczyka 4 letniego były już rozwinięte ropnie opadowe pochodzące od gruźlicy kręgu lędźwiowego drugiego. W czasie pobytu na wsi przy doskonałym odżywianiu i naturalnie unieruchomieniu kręgosłupa przez odpowiedni stanik, nie tylko, że sprawa chorobowa w kości się wygoiła z pozostaniem nieznacznego zboczenia, ale nadto ropnie uległy wessaniu, tak że po powrocie dziecka ze wsi po 3 miesiącach mogłem w ich miejscu stwierdzić tylko bardzo małe pozostałości w postaci rozlanych, twardych nasiaków. Obok tego dyetetycznego i klimatycznego leczenia stosowałem naturalnie zawsze leczenie miejscowe. Głównem jego zadaniem było unieruchomienie kręgosłupa i zniesienie ucisku, jaki na stos pacierzowy wywierają części wyżej położone.

Bardzo dobre usługi w tym celu oddawało mi tak zwane łóżko gipsowe sporządzone dokładnie podług przepisu Lorenza i Hoffa. A zatem kładłem dziecko na płaskim stole, pod czoło i pod miednicę podkładałem odpowiednie grube wałki tak, aby kręgosłup był lekko wygięty ku przodowi, o ile to nie sprawiało dziecku dolegliwości. Następnie cały tył ciała od tyłogłowia aż do fałdów pośladkowych okładałem opaskami gipsowymi, odciskając je dokładnie o wszelkie zagłębienia, mianowicie koło karku, pod pachami i koło miednicy. Nałożywszy 10 do 15 warstw opasek wzmacniałem opatrunek warstwą waty lub wiorów napojonych dość gęstą papką gipsową. Po zaschnięciu całego przyrządu odejmowałem odlew ostrożnie z dziecka, a następnie podkładałem od tyłu tyle gipsu, aby łóżko mogło stać poziomo bez chwania się na boki. Wreszcie wyściełałem łóżko war-

stwą waty i włożone w nie dziecko opasywałem szerokimi bandażami. W łóżku takim leżało dziecko bez zmiany 5—6 dni, potem wyjmowało się je ostrożnie, obmywało i kładło napowrót do łóżka. Z takim przyrządem można dziecko bardzo wygodnie wynosić na świeże powietrze, a unieruchomienie kręgosłupa pozostaje rzeczywiście idealne. Przekonałem się jednak, że sporządzenie takiego łóżka natrafia u dzieci mniejszych na znaczne trudności z powodu ich niespokojnego zachowania się i nieraz prawie nie możebne było utrzymać je w spokoju w położeniu na brzuchu tak długo, aż założone opaski gipsowe dostatecznie stwardły. Z tego powodu postąpiłem w dwóch przypadkach cokolwiek inaczej i zdaje mi się, że postępowanie to jest wygodniejsze i prędsze.

W celu otrzymania wygięcia kręgosłupa ku przodowi (potrzebnego w celu zniesienia ucisku na trzon kręgu) zamiast ułożenia na brzuchu i podkładania wałków pod głowę i miednicę lub na tak zwanym stole reklinacyjnym, układałem dzieci na plecach a pod sam garb podkładałem szeroką miękką taśmę w kształcie pętli, na której dziecko lekko unosiłem ku górze, podczas gdy jeden pomocnik podtrzymywał głowę, drugi miednicę dziecka, aby zapobiedz zbyt niemu wygięciu kręgosłupa. W takim położeniu zanurzam dziecko do połowy obwodu ciała, t. j. nieco po za linię pachową tylną, do skrzynki zaopatrzonej w odpowiednie wycięcie na kark i uda a która aż po te wycięcia napełniona jest wpół płynną świeżą masą gipsową. W ciągu kilku minut, podczas których dziecko można utrzymać spokojnie, masa gipsowa twardnie, pozostawiając dokładny odcisk tylnej powierzchni ciała dziecka. Zatem w stosunkowo znacznie krótszym czasie i znacznie wygodniej otrzymałem równie dokładne i odpowiednie łóżko gipsowe, jak sposobem podanym przez Lorenza.

W łóżku takim pozostawiałem dzieci przez 3 do 4 tygodni, tj. tak długo, aż bolesność kręgów znacznie się zmniejszyła, poczem dziecko dostawało dokładnie przystosowany stanik i w nim zaczyna chodzić.

W kilkunastu przypadkach, zwłaszcza przy objawach ze strony rdzenia pacierzowego stosowałem naciąganie kręgosłupa w ten sposób, że na głowę nakładałem pętlę Glissona, do niej przywiązywałem ciężarki wynoszące w miarę wieku dziecka 3—4 kilogramów i układałem dziecko na twardym materacu pochyłym, tak że ciężar dziecka stanowił kontraekstenzję. W takim położeniu pozostawało dziecko przez kilka dni dzień i noc. Następnie na kilka godzin dziennie zmieniałem położenie o tyle, że sznurek od pętli Glissona przeprowadziłem przez blok umieszczony w poprzecznie nad łóżkiem umieszczonej ramie i przywiązywałem tyle ciężarków, że dziecko tylko bardzo lekko dotykało pośladka pośladkami. Ułożenie to pozwala dziecku na małe ruchy, ułatwia mu jedzenie i defekację — dziecko łatwiej zabawi w łóżku a mimo to rozciąganie i unieruchomienie kręgosłupa jest dostateczne. Rozciąganie to stosowałem przez 3—4 tygodnie, poczem w razie pomyślnego przebiegu dziecko dostawało stanik do chodzenia.

W praktyce szpitalnej dla oszczędzenia kosztów dostawały dzieci zwyczajnie albo cienkie staniki gipsowe wprost na dziecko zrobione lub też z organantyny zrobione w odlewie gipsowym. Nadmienię tu muszę, że od dłuższego czasu zarzuciłem tak zwane staniki drzewne Waltucha a używałem tylko staniki z samej podwójnie krochmalonej organantyny, która po wyschnięciu stanowi masę dostatecznie mocną, a przytem bardzo elastyczną i lekką. Wszelkie wzmacnianie różnymi wkładkami — jak wiorami drzewnymi, siatką drucianą lub szynami są zbyteczne. Staników takich zrobiłem w szpitalu i praktyce prywatnej 135 i przekonałem się

o dobrem ich działaniu. Dzieci znoszą je dobrze z powodu lekkości i trwają w dobrym stanie przez 8 do 10 miesięcy, po upływie tego czasu jak każdy inny stanik powinien być zmieniony — wreszcie, the last not least, jest bardzo tani, gdyż wszystkie materyały wraz z obszyciem stanika, które może wykonać pierwszy lepszy rękawicznik, kosztują około 3 reńskie, zatem ono dostępne i dla najbiedniejszych. U ludzi bogatszych można polecać jeszcze lżejsze, trwalsze i więcej eleganckie staniki z cellulozy lub gorsety z szynami, które jednak muszą być bardzo dokładnie i przez dobrego bandażystę wykonane na odlewie dokładnym, jeżeli mają dobre oddawać usługi. Wszystkie staniki muszą być do zdejmowania — pozostawianie dzieci o stałych stanikach gipsowych jest nie odpowiednie a nawet z powodu niemożności kontrolowania, jak się zachowuje skóra w szczycie garbu, niebezpieczne. W dwóch przypadkach bowiem, w których dzieci z takimi stanikami wypuściłem do domu, przyszło do odleżyny w garbie — które dosięgło aż do samej kości.

Stanik sam oddaje dobre usługi tylko przy usadowieniu choroby w dolnych kręgach piersiowych i kręgach lędźwiowych, przy schorzeniu kręgów wyższych od 7 piersiowego zacząwszy, konieczne jest założenie przyrządu osobnego w celu umocowania i uniesienia ku górze głowy, jako tak zwany jury mast. I ten przyrząd da się bardzo dobrze zastosować do stanika organtynowego w postaci jednej szyny, dokładnie odkutej podług odlewu gipsowego i wplecionej dolną swą połową pomiędzy pokłady organtyny, górna zaś część jako kabłąk sztywny wystaje na 5 do 8 centim. ponad szczyt głowy i do niego przyczepione są paski, obejmujące głowę pod brodą i tyłogłowiem i naciągające głowę ku górze. Przyrząd Hoffy składający się z 4 szyn podtrzymujących pierścień obejmujący brodę i tyłogłowiem od dołu, stosowałem tylko kilka razy w praktyce prywatnej. Oddaje on jeszcze lepsze usługi niż poprzednio opisany kabłąk, podtrzymuje głowę dokładniej, za to jest cokolwiek cięższy i znacznie kosztowniejszy. (Dok. nast.)



4. Obecny stan nauki o rozpoznawaniu i leczeniu zapaleń pęcherza moczowego.

Napisał

M. Misiewicz (Warszawa).

(Ciąg dalszy.)

Jednym z dominujących objawów nieżyty jest owo rozluźnienie naczyń błony śluzowej, oraz niedowład włókien sprężystych, prowadzący do przekrwienia biernego; stan ów, nader dla pęcherza charakterystyczny, nazwał Guyon »état congestif«, a Thompson »cystite of relaxing.« O istotnej przyczynie owego stanu, usposabiającego do nieżytów, wiemy bardzo mało, i napróżno szukalibyśmy w społecznych podręcznikach odpowiedzi, czem on jest właściwie. Pod wpływem bodźców miejscowych i usposobienia osobniczego, powstaje napływ krwi do pęcherza, mówi Guyon, »przyczyną jest utrata sprężystości i porażenie naczyń włosowatych« powiada Thompson. Dla czego jednak zwykła »congestio« nie wywołuje nieżyty w innych narządach, naczem polega tak różnorodny przebieg w różnych odmianach nieżyty, jaką rolę odgrywa rostrzeń?

Istnieć muszą wyjątkowe warunki, których wyjaśnienia szukać należy w warunkach anatomicznych z jednej, a w hydrostatycznych i klinicznych z drugiej strony.

Przedewszystkiem przypomnę, iż pęcherz zabezpieczony jest od zewnątrz zymaczem opuszki, od wewnątrz zaś pierścieniem elastycznym ujścia moczowodów; że łączy się z narządami wewnętrznymi i na zewnątrz tylko za pomocą długich a wąskich kanałów, tj. cewki i moczowodów. Ściany jego ścięgnisto-mięśniowe mało usposabiają do zapaleń, rzadko też widzimy niezbyt samoistny, bez udziału narządów sąsiednich lub spraw ogólnych. Jest to wreszcie narząd w stanie zdrowym niewrażliwy na badanie i dotykane instrumentami, drażnienie, ucisk, i t. d.

Mniej korzystnymi dla pęcherza są warunki hydrostatyczne, i w stanie chorym jest on niezmiernie wrażliwy na wypełnienia go moczem. Przyjrzyjmy się chwilę tym warunkom. Prawo Paskala, iż ciśnienie wywarte na ściany naczynia, przenosi się bez utraty siły na wszystkie strony, i powtóre, iż ciśnienie to jest proporcjonalne do powierzchni ciała cisnącego. Na tej zasadzie, jeśli połączymy ze sobą dwa naczynia, jedno o średnicy 10 razy większej, niż drugie, to aby zrównoważyć ciśnienie w obydwóch, użyć musimy sił różnych. Gdy np. ciśnienie w małym cylindrze odpowiadało 1 funtowi, to wymagać ono będzie, dla równowagi w dużym cylindrze, 10 funtów. Właśnie takie 2 naczynia połączone ze sobą stanowi pęcherz i opuszka. A więc opór, jaki napotyka siła mięśniowa pęcherza w zwężonej cewce jest daleko większy, niż by to przypuścić można.

Dalej wiemy, iż na wysuszonych i nadętych pęcherzach łatwo się przekonać, iż szyja, i część prostatyczna są tylko przedłużeniem cewki, której zymacz przechodzi na pęcherz i zlewa się z jego muskulaturą.

Płyny, zawarte w tylnej cewce wracać mogą, pod ciśnieniem warstwy mięśniowej, do pęcherza, i tak, wraca do niego płyn nasienny przy obrączkowych zwężeniach, ropa i liquor. prostaticus przy rzeżączce tylnego odcinka cewki, wydzielina z ropni obokcewkowych itd. co niejednokrotnie badaniem moczu stwierdzono. Istnieje więc możność zwracania płynów z szyi do pęcherza, typowa regurgitacya, oparta na odruchu warstwy włókien mięśniowo-sprężystych.

Oddawanie moczu odbywa się w ten sposób, iż mocz naprzód w ilości małej rozszerza część błoniastą cewki i szyję; nagromadza się, w utworzonym w ten sposób lejku, w ilości coraz większej; rozdyma ją, i przez ciśnienie i drażnienie zakończeń nerwowych powoduje najprzód odruch wypieracza (detrusor), a potem zwolnienie w szyi pęcherza usadowionego zdziergacza, złożonego z pierścieni Wilsona, Goudego i Müllera. Zwolnienie to przenosi się niebawem na zymacza cewki i opuszki, te ostatnie się otwierają i mocz zaczyna wypływać. Gdy jednakże z powodu zwężenia cewki lub obrzęku gr. przyprątnego, mocz wyjść nie może, wtedy ciśnienie warstwy mięśniowej przenosi się na pęcherz, i ściany jego podlegają w ten sposób drażnieniu i rozdęciu, znacznie przenoszącemu opór napotykaną w cewce. Wprawdzie czas jakiś, sprężysta warstwa pęcherza zmniejsza siłę tego parcia, które odbywa się w postaci więcej falistej, ale z czasem następuje niedowład, i wpływ ciśnienia staje się coraz gwałtowniejszym, pod wpływem coraz większej masy moczu.

Wiemy, iż ciśnienie płynu na podstawie naczynia, równa się wadze słupa tegoż płynu, którego podstawą dno, a wysokością będzie odległość od dna do powierzchni. Ztąd wynika, iż ciśnienie będzie tem większe, im większą jest po-

wierzchnia dna, bez względu na postać ścian. Właśnie w pęcherzu moczowym ciśnienie na dno odznacza się niekorzystnymi warunkami, przy napełnieniu bowiem rozciąga się i wywołuje ucisk żył szyi i odbytnicy i innych spłotów naczyniowych. Podstawa pęcherza otoczona jest razem z gruczołem przyprątnym grubą włóknistą otoczką, pochodzącą z fascia pelvis, a po części z fascia perinea profunda Retzii; leży ona na dnie miednicy, utrzymuje się zaś w położeniu stałym, podlegając wskutek tej nieruchomości całej masie ciskającego płynu. W szyi pęcherza oraz od obydwóch tętnic pęcherzowych i od arteria pudenda com. rozchodzą się po niej gałązki tętnicze. Daleko zaś liczniejszą sieć żylną otrzymuje od vena vesicalis media v. vesic. i infer. i od v. pudenda communis. Na dolnym odcinku ciała opatrzoną jest warstwa mięśniowa pęcherza gęstym oplotem żylnym, łączącym się z v. haemorrhoidalis, której zastoje niezwłocznie wywołują napełnienie sieci żylniej pęcherza. Takie przekrwienie bierne obfitych w spłoty naczyniowe ścian pęcherza prowadzi do nieżyty zupełnie tak samo, jak przy zylakach odbytnicy rozwija się nieżytowe zapalenie kiszki prostej.

Przy leżeniu na krzyżu i podczas snu, na podstawie prawa o poziomem zachowaniu się płynów, — mocz zmienia położenie, i wywiera tym sposobem ucisk na ujście moczowodów, tamując odpływ krwi z nerek i wywołując zastój. Położenie to jest dla ludzi wiekowych, z obrzękiem i przerostem gr. przyprątnego, szkodliwe, i dla tego poleca im się leżenie w pozycji półsiedzącej. O ile bowiem, przy sprawnem opróżnianiu, dno pęcherza bywa skurczone i odpływ z moczowodów odbywa się prawidłowo, o tyle przy pełnym, zastoinowym pęcherzu — powstaje niezwłocznie zastój w moczowodach i przekrwienie nerek.

W niedostatecznie opróżnionym pęcherzu mocz ciśnie najsilniej na dno. pęcherza, gdyż ciśnienie bywa zawsze największem w warstwach płynu najniższych. A więc szyja i trójkąt Lieutanda cierpią najwięcej, a że są najobficiej unaczynione, największy też przyjmują udział w powstawaniu nieżyty.

Nieco odmiennie działają czynniki te przy guzach i kamicy. Kamienie i guzy ruchome są ciałami obcymi pograżonemi w moczu, a więc tracą tyle na wadze, ile waży mocz przez nie wydalony. Stają się więc lżejszemi, i wskutek tego odbywają częste i prędkie ruchy, uderzają o ściany, lub opadają na dno. Przy ruchach tułowia i wydalaniu moczu ruchy te zdwajają się, insult jest coraz częstszym, a drażnienie ścian, nieraz ostrymi i chropowymi odłamkami jest wybitne. Niemniej drażniącym jest uczepienie w fałdach błony śluzowej t. z. *calculs installée* — Biegelowa, oraz ciągła obecność dużej objętości fosforanów. Na powstawanie nieżyty wielki wywiera wpływ *zwyrodnienie naczyń miazdżycowe* aż do obliteracyi światła dochodząca, jak je spostrzegamy zbyt niestety często u starców, z przerostem gruczołu przyprątnego. Ułatwia ono zastój żylny, a niedowład tkanek sprężystych prowadzi do coraz większego zastoj u moczu, zaniku mięśni i rozstrzeni pęcherza. Sprawa nie ogranicza się na pęcherzu, ale przenosi się niebawem i na dalsze odcinki dróg moczowych, najczęściej przez zwyrodnienie to do zapalenia przygotowane.

Przy nieżytych spostrzeganych u chorych z guzem pęcherza, sprawa nieżytowa powstaje na tle zakażenia skazy ogólnej, charłactwa nowotworowego, które, na drodze zniszczonej lub upośledzonej odporności ogólnej, ułatwia powstawanie zapaleń.

Co do drobnoustrojów, to poniżej będziemy mieli możność bliższego rozpatrzenia się w udziale, jaki one mają przy omawianym nieżycie. Tu nadmienię

tylko, iż odgrywają one w czterech wyżej opisanych niezbytach rolę wtorną, choć nie drugorzędną. Korzystając bowiem z warunków upośledzonej odporności przygotowanych przez czynniki wyżej opisane, wkraczają niezwłocznie do tkanek i powodują zakażenie wtórne, silne ropienie, stan gorączkowy, a nawet zgorzel tkanek.

Przejdźmy teraz *do drugiego działu niezbytów*, w którym *mikroby i ich produkty główną a często jedyną odgrywają rolę*. Przedewszystkiem jednak zastrzedz się należy, iż prawa powyżej opisane, objaśniające powstawanie wyżej opisanych odmian, któreby można nazwać dynamicznymi, odnoszą się i do niezbytów drobnoustrojowych, ułatwiając wkroczenie tych ustrojów do pęcherza.

Na czym polega owo ułatwienie? — nie mamy dotychczas na to odpowiedzi. Wiadomo tylko, iż zaburzenia w krążeniu i złe odżywianie ścian pęcherza, zastój moczu, prowadzący do rozstrzeni, i ucisk żył, — powodują zniszczenie odporności tkanek, osłabienie fagocytozy i wkroczenie mikrobów. Niebawem zaczyna się nieżyt ropny, w moczu znajdujemy nabłonki i ciałka krwi. Łatwo sprawdzić to można przez proste *podwiązanie cewki*. Przy krótkotrwałem zatrzymaniu moczu — znajdujemy w nim nieco nabłonków i leukocytów, po 24 godzinach są już ciałka krwi, po 36 zaś występują ciałka ropy i drobnoustroje ropotwórcze. Dłuższe podwiązanie powoduje częściową rozstrzeń (*distensio partialis*) oraz zajęcie sprawą zapalną głębszych warstw błony śluzowej. Drażnienie pęcherza środkami chemicznymi (kantarydy) lub bezpośrednio podrażnienie ciałami gryzącymi (amoniak) daje wynik podobny, zależnie od stopnia uszkodzenia. *Dla pęcherza chorego*, wszelki płyn, a tembardziej nieobojętny chemicznie mocz, jest już czynnikiem drażniącym, jak to dosadnie widzimy w niedowładzie pęcherza.

W ten sposób czynniki ułatwiające wkroczenie drobnoustrojów — są prawie te same, co w odmianach w pierwszym dziale opisanych, i postawićby je można w następującym porządku: *retentio, congestio, distensis*. Gdy jeden, lub więcej tych czynników przygotuje podłoże, wtedy wkraczają drobnoustroje.

(Dalszy ciąg nastąpi.)



3. O percepcyi wyższych tonów w nieurazowych chorobach wewnętrznego ucha.

Podał

Dr. Tadeusz Bolewski z Poznania.

(Dokończenie.)

Jak niepewnem jest, chcieć z objawów klinicznych wyrozumować różnicę między chorobami błędnika a chorobami samego pnia nerwu słuchowego, tego dowodem, że Maurizio Cardoso¹⁾ doszedł na podstawie klinicznych badań do twierdzenia, iż, jeżeli wogóle w chorobach pnia nerwu słuchowego są co do percepcyi tonów inne objawy niż w chorobach błędnika, to różnica na tem polega, że w pierwszych jest percepcya średnioniskich tonów zachowaną najlepiej i najdłużej. Zdanie Cardoso, że dla tych objawów możnaby rozróżnić choroby błędnika od chorób pnia nerwu ósmego, nie zgadza się już z powyżej przyto-

¹⁾ cf. A. f. O. XXXIV str. 151.

czonem klinicznie i patologiczno-anatomicznie obserwowanem spostrzeżeniem Habermanna; ale chociażby nawet najdłuższe zachowanie niskich tonów, jak w tem spostrzeżenia Habermanna, miałyby stanowić wyjątek w chorobach pnia nerwu słuchowego, to z drugiej strony znane są wypadki¹⁾ chorób, klinicznie rozpoznanych jako choroby błędnika, dających co do percepcyi tonów ten sam objaw, jaki Cardoso uważa za charakterystyczny w chorobach pnia nerwu ósmego, a spostrzeżenie choroby błędnika o tych samych objawach, gdzie rozpoznanie potwierdzone było sekcją, podał Bezold.²⁾

Na pierwszym zjeździe Niemieckiego Towarzystwa Otologicznego, w roku 1892, omówił Rohrer³⁾ 11 własnych spostrzeżeń chorób ucha średniego u dzieci i młodych osób, w których wysoki stopień głuchoty, silne osłabienie lub zupełny zanik percepcyi zegarka z kości czaszkowych i inne objawy przemawiały zatem, że zaatakowane było także ucho wewnętrzne; wszystkie wypadki odznaczały się mianowicie i tem, że chorzy słyszeli wysokie i najwyższe tony zupełnie dobrze; w pięciu z tych wypadków udało się słuch doprowadzić do stanu prawidłowego jedynie za pomocą terapii pneumatycznej.

Dla tego, że wywód choroby nie wskazywał wyraźnie na chorobę błędnika, że subiektywne szmery były tylko średniosilne i średnioniskie, i że zawroty albo wcale się nie pojawiały, albo były tylko słabe, wreszcie też ze względu na zachowaną percepcyę wysokich tonów stawiał R. te swoje spostrzeżenia pod względem rozpoznawczym na równi z spostrzeżeniami Gradenigi. Jako przyczynę tego chorobliwego stanu nerwu słuchowego, który, używając wyrażania Erb'a, nazwał »torpor n. acustici«, uznał R. powiększone z powodu wyżej opisanych przemian w uchu średnim ciśnienie wśródbłędnikowe.

Jak ma z wykluczeniem choroby błędnika powstać chorobliwy stan nerwu słuchowego w znaczeniu Gradenigi, więc pnia lub ganglii jego mózgowych, którego przyczyną ma być zwiększone ciśnienie w błędniku, jest zupełnie niezrozumiałem. Zwiększone ciśnienie w płynie błędnikowym mogłoby tylko oddziaływać na wśródbłędnikowe kończyny nerwu słuchowego, dla tego moglibyśmy w tych wypadkach Rohrer'a, jeżeli w ogóle uznać chcielibyśmy możność zwiększonego ciśnienia w błędniku, mówić tylko o zaatakowaniu kończyn nerwowych w błędniku, więc o chorobie wśródbłędnikowej, a nie o chorobie nerwu słuchowego w znaczeniu Gradenigi. Ponieważ po usunięciu przemian w uchu średnim w znacznej części tych wypadków znikły także objawy choroby ucha wewnętrznego, dla tego możemy tu stawiać rozpoznanie na wtórne choroby ucha wewnętrznego, mianowicie błędnika, powstałe z pierwotnych chorób ucha średniego.

Przyczyną tych objawów nie może być jednak iwoż zwiększone ciśnienie wśródbłędnikowe. Bo wprawdzie podzielić nie można zapatrywania Magnusa,⁴⁾ który nie widzi możności powstania zwiększonego ciśnienia w błędniku przez wsparcie strzemięcia dla tego, że błonka okienka okrągłego się wypukła i jak wentyl zrównoważa ciśnienie, bo przecież to wypuklenie błonki okienka okrągłego nie usuwa ciśnienia, tylko jest dowodem, że się ono w błędniku zwiększyło o tyle, o ile potrzeba było parcia na jej wypuklenie. Jednakowoż uznać musimy słu-

¹⁾ n. p. Knapp, l. c. (A. f. A. n. O. II) na str. 292.

Magnus, l. c. (A. f. O. II. str. 268.)

²⁾ A. f. O. XXXV. str. 136. (sposrzej. b.)

³⁾ A. f. O. XXXIII str. 303.

⁴⁾ A. f. O. XI. str. 244. (245.)

szność wywodów Bezold'a,¹⁾ że, ponieważ ilość płynu wśródbłednikowego zawsze regulować się może do- lub odpływem przez komunikacye, łączące peri- i endolimfę z ościennym płynem limfatycznym, przeto w prawidłowo zbudowanym błędniku nie może ciśnienie wśródbłednikowe przez parcie na płytę strzemia lub na obydwie okienka błędnikowe być zwiększonem, jak tylko na krótko, tj. dopóki nie ureguje się odpływem płynu błędnikowego przez aquaeducti i t. d. Sposobu, w jaki Rohrer tłumaczy powyższe swoje spostrzeżenia, uznać nie możemy tem mniej, że chociażby się nawet, co chyba nie bardzo prawdopodobnem, przypuścić miało, że przypadkiem właśnie w tych razach z nieznanych powodów utrudnionym był odpływ płynu wśródbłednikowego i rzeczywiście stale zwiększonem było ciśnienie w błędniku, to fakt, że wobec tego percepcya wyższych tonów nie ucierpiała, stoi w przeciwieństwie do eksperymentów, które Burnett²⁾ wykonał pod okiem Helmholtz'a, a które dowodzą, że gdy się zwiększa ciśnienie w błędniku, zmniejsza się dla mechanizmu ucha średniego najprzód możność przeniesienia na błędnik fal wyższych tonów, czyli utrudnia się najprzód percepcyę wyższych tonów, a dopiero przy zwiększonem jeszcze ciśnieniu także tonów niższych. Rozpoznanie na zwiększone ciśnienie wśródbłednikowe stawiano też za przykładem Burnett'a i zgodnie z jego eksperymentami, o ile wogóle badano w tych razach percepcyę tonów, tylko w tych wypadkach, w których osłabioną lub zniesioną była percepcya wyższych tonów.

Jednakowoż wobec powyższych wywodów Bezolda musi mieć ten zanik percepcyi tonów wyższych w tych razach inną przyczynę. Często z pewnością jest przyczyną tego objawu wtórne zajęcie błędnika, które, jak to już wyżej wspominałem, najsilniej się uwydatnia w środkowej części błędnika, tj. w przedśionku, w ampułkach kanałków półkolistych i w pierwszym zakręcie ślimaka. W pewnej części, jak n. p. w wypadku, który publikowali Moos i Steinbrügge³⁾ należało szukać prawdopodobnej przyczyny w ankylozie strzemia, która utrudniała przeprowadzenie fal akustycznych na płyn wśródbłednikowy. Zdaniem Habermanna,⁴⁾ który znajdował w sekeyach obok sklerotycznych przemian w uchu średnim zanik kończyn nerwowych w pierwszym zakresie ślimaka i, nie mając dostatecznego powodu na wytłomaczenie go wtórnem zajęciem błędnika, uważa zanik ten zgodnie z przypuszczeniem Moos'a i Steinbrügge'go (l. c. str. 8.), jako zanik z bezczynności, wypada najprzód percepcya wyższych tonów dla tego, że fale tychże są najmniej intensywne, — podobnie zresztą jak w eksperymencie Burnett'a, tylko że przyczyna tej nieporuszalności strzemia lub także innych jeszcze kosteczek słuchowych nie leży w błędniku, ale w uchu średnim.

Wyjątkowem w spostrzeżeniach Rohrer'a, w których rozpoznanie można zatem stawić chyba tylko na wtórne zajęcie błędnika, jest więc to, że podczas gdy zanik lub względnie do innych tonów najsilniejsze osłabienie percepcyi dla wyższych tonów jest w chorobach błędnika, mianowicie w wtórnych, regułą z bardzo rzadkiemi tylko wyjątkami, to R. obserwował w przeciągu dwóch lat aż 11 wypadków z wręcz przeciwnymi objawami. Spostrzeżenia Rohrera dowodzą też, jak mylnem jest twierdzenie, jakoby najlepsze i najdłuższe zachowanie percepcyi dla wyższych

¹⁾ Z. f. O. XVIII. str. 201.

²⁾ A. f. A. n. O. II. 2. str. 64.

³⁾ A. f. A. n. O. X. 2. str. 1. (str. 8.).

⁴⁾ A. f. O. XXXIV. str. 106.

tonów przemawiało przeciwko chorobie błędnika, a za zaatakowaniem pnia nerwu słuchowego. Wobec tego bowiem, że choroby pnia tego nerwu zdarzają się, czego nas uczy doświadczenie patologiczno-anatomiczne, o wiele rzadziej niż choroby błędnika, to, chociażby nawet, co jednakowoż bynajmniej nie jest dowiedzionem, najlepsze zachowanie percepcyi dla wysokich tonów było w chorobach pnia nerwu słuchowego częstym objawem, byłaby ilość chorób błędnika i chorób pnia nerwu słuchowego o tych samych objawach percepcyi tonów mniej więcej równa, albo conajmniej nie różniłaby się znacznie.

W powyższem omówieniu percepcyi wyższych tonów w chorobach wewnętrznej części organu słuchowego pominąłem z umysłu choroby urazowe ucha wewnętrznego. Tworzą one odrębną grupę, i do wywołania nieprawidłowości w percepcyi tonów przyczynia się u nich tyle nowych czynników, że omówienie tychże jest rzeczą osobnej pracy.

O chorobach nieurazowych wewnętrznej części organu słuchowego, uczy nas zatem dotychczasowe doświadczenie, że percepcya wyższych, mianowicie najwyższych tonów jest w przeważnej części wypadków zniesiona, lub conajmniej względnie do innych tonów najbardziej osłabiona. Zdarzają się jednakowoż wypadki, chorób ucha wewnętrznego, w których słuch na wysokie tony jest względnie najlepszym. W każdym jednakowoż razie jest to objaw wyjątkowy, przynajmniej z pewnością wyjątkowy w chorobach błędnika, na który w tych razach nie mamy dotąd dostatecznego wytłumaczenia; nie ma on też tego znaczenia rozpoznawczego, jakie mu przypisuje Gradenigo.

Reguła Lucae'go, że zanik percepcyi wyższych tonów może być spowodowanym tylko chorobą ucha wewnętrznego, nie ostaje się wobec tego, że ten sam objaw spostrzegano w wypadkach ankylozy strzemięcia, względnie skonstatowano zanik kończyn nerwowych w pierwszym zakręcie ślimaka w wypadkach sklerotycznych przemian w uchu średnim, gdzie wtórnego zajęcia błędnika nie można było przypuścić i zanik ten tłumaczono jako zanik z beczynności; w tych wypadkach nie ostaje się reguła Lucae'go naturalnie wtedy tylko, jeżeli uznamy za słuszną teorię Helmholtz'a o fizyologicznej działalności kończyn nerwowych w ślimaku.

Co do chorób centrów akustycznych w korze mózgu wielkiego, to eksperymenta Munk'a¹⁾ przemawiałyby za tem, że zaatakowanie tylnej części partyi skroniowej mózgu spowoduje zanik percepcyi niższych tonów, a zaatakowanie przedniej części zanik percepcyi wyższych tonów. Co do tych chorób, to znane mi są tylko dwa wypadki,²⁾ w których to rozpoznanie było stawionem i badana była percepcya tonów; w obydwóch wypadkach był skonstatowanym zanik percepcyi niższych tonów. Jednakowoż w żadnym z tych wypadków rozpoznanie nie było potwierdzonem sekcją i mogło być stawionem tylko z niejakiem prawdopodobieństwem, a choroby wyłącznie innych części ucha wewnętrznego bynajmniej nie były wykluczone. Dotyczy to przedewszystkiem spostrzeżenia Burckhardt-Merian'a, który prawdopodobne rozpoznanie na zajęcie centrów akustycznych w korze mózgu wielkiego stawiał tylko dla tego, że chora lepiej słyszała przy

1) Acad. d. Wiss. Berlin. Mai 1881, Juni 1883, Februar 1886.

2) a). Burckhardt — Merian. l. c. (A. f. O. XXII. str. 177).

b). cf. A. f. O. XXXIV. str. 113. (spozrzeż. Freund'a i Kasyer'a).

końcu dłuższych obiadów, po wypiciu kilku kieliszków wina; B.-M. tłumaczy to większym napływem krwi, do tychże centrów; jednakowoż można ten objaw także uważać jako paracsis Willisii, która podług doświadczenia Urbantschitsch'a zdarza się także w chorobach nerwu słuchowego.

B. Spostrzeżenia z praktyki.

Wrodzone zabarwienie łącznicy oka.

(Melanosis conjunctivae aequatorialis cong.)

Podał

Dr. Józef Talko z Razania.

Pomijam tu czarne, niby rodzime plamy, w części brunatne wyniosłości (Naevi pigmentosi), które istnieją bezkarnie na powiekowej, a nawet gałkowej części łącznicy. W celach estetycznych niejednokrotnie usuwaliśmy takowe u małych i dorosłych pacjentów. Chcę wspomnieć tu jedynie o rozlanem zabarwieniu łącznicy, obserwowanem zwykle w powiekowej jej części, a także w okolicach mięska-łzawego. Łącznica u ludzi rasy kaukazkiej zwykle jest przezroczystą, bezbarwną. Inaczej się przedstawia u Malajczyków i u szczepów afrykańskich.

U Malajczyków zbadał i opisał ją dr. Steiner.¹⁾ W łącznicy ich, lub mieszczanów kaukazko-malajskich dość często spostrzegać się dają barwikowe plamy na wszystkich częściach łącznicy powiekowej i gałkowej, nawet po kilka w jednym oku. To dość czarne, jasno ograniczone, okrągłe, wielkości łebka szpilki do ziarnka grochu, to brwie nieregularnej formy, a przytem wcale nie wyniosłe nad powierzchnią sąsiednich części plamy. Czasami widzieć się dają tylko kreski i punkciki, — ostatnia forma nie rzadko na łącznicy powiekowej, osobliwie przy jaglicy. Drobnowidz poucza, że barwnik w podobnych razach znajduje się i w podnabłonkowej warstwie, częścią w komórkach, częścią zaś między takowemi. Barwnikowe komórki robią się większemi od niezabarwionych i przytem nieregularnie gwiaździstemi. W tkance ponadnabłonkowej barwnik znajduje się i w postaci złogów, grudek (Schollen) rozmaitej wielkości, między którymi leżą barwnikowe ziarenka w przestrzeni międzykomórkowej.

Zdaniem Dr. Steinera zabarwieniu łącznicy sprzyjają przewlekłe jej zapalenie (przy jaglicy częścią je spostrzegają), a także wpływ słonecznego światła (pigmentatio conj. przy ectropion — gdy w drugich, zakrytych częściach łącznica zabarwienia nie ma).

Miałem sposobność zbadać łącznicę u osób należących do dwóch plemion afrykańskich — u Somali mieszkających na południo-wschód od Abissinii i u Dahomejczyków. Oczy Somalijszyka obejrzałem przy pomocy słynnego podróżnika, niedawno zmarłego Dr. Jelisiejewa w Petersburgu; 14-letni chłopak był wywieziony przez niego z Afryki. Łącznica u niego zabarwioną była w postaci plam na powiekach, w okolicy mięska łzawego a nawet w wewnętrznym kącie oka, na powierzchni gałki.

¹⁾ Geneeskundig. Fijdschr voor Nederlandsch — Indie. XXXIII. I. p. Streszczenie w Centrbl. f. Augenh. 1895. Febr. Heft.

Dahomejczyków płęć obojga oglądałem w Razaniu. Przywiózł ich tam przedsiębiorca do pokazywania. Pomimo datku pieniężnego dozwolili oni oglądać tylko dolne powieki, na wywrócenie zaś górnych nie zgodzili się w żaden sposób. Zabarwienie łącznicy powiekowej osobiwie silnem było około brzegu powiekowego, popielate zabarwienie łącznicy przy brzegu przybierało kolor całkowicie czarny. Osobiwie obszerne barwnikowe plamy w sąsiedztwie dolnego łzowego punkciku. I tu, jak i u Malajczyków, więcej odkryte części łącznicy (przy brzegu powiek) silniej były zabarwione, aniżeli zakryte dolnych powiek. Wpływ promieni słońca nie ulegał więc wątpliwości.

Rzecz prosta, że takie wrodzone, w części zaś nabyte pod wpływem tropikalnego słońca zabarwienie łącznicy, nie wywiera niekorzystnego wpływu na stan zdrowia oczu. Łącznica idzie w parze, że tak się wyrażę, ze skórą malajczyków i negrów.

Są jednak przypadki nabytego zabarwienia łącznicy, zwykle połączonego z nowotworami. O jednym z takich chcę mówić następnie. Ciekawy jest pod wielu względami, osobiwie pod względem dysseminacyi na łącznicy obu powiek, następnie trudnego rozpoznania charakteru melanotycznego guza i jego przerzutów, wreszcie pod względem operacyjnych czynności i rezultatu takowych.



C. Oceny i Sprawozdania.

1. Anatomia, fizjologia, chemia i fizyka lekarska.

Najnowsze prace dotyczące wpływu zamknięcia tętnic wieńcowych serca bez mechanicznego urazu.

W. T. Porter: O zamknięciu tętnic wieńcowych serca bez mechanicznego urazu. (Z pracowni fizjologicznej w »Harvard Medical School.«)

Cobert Teyritsch: O zamknięciu tętnic wieńcowych. (*Centrbl. f. Physiol.* Tom IX. No. 18.)

W. T. Porter: Dalsze doświadczenia nad zamknięciem tętnic wieńcowych. (*loc. cit.* Tom IX. No. 22. 1896).

W sprawie sporu ciągnącego się już oddawna między zwolennikami teorii, że objawy, dające się obserwować po podwiązaniu tętnic wieńcowych serca, są wynikiem mechanicznego urazu, a obozem twierdzącym, iż przyczyną wszystkiego jest anemia — pojawiło się w ostatnim czasie prac kilka, przemawiających za jedną i za drugą teorią. — Porter w pierwszej z cytowanych prac, ogłoszonej w *Archivie Pflügera* (Tom 55) i *Journal of Physiology* (Vos. XV) wypowiedział zdanie, że symptomata, obserwowane po zaciśnięciu tętnic wieńcowych są li tylko wynikiem nagłej anemii; twierdzenie swoje poparł doświadczeniami wykonanymi za pomocą przecika szklanego, wsuwanego tak delikatnie do tętnicy wieńcowej, iż o żadnym mechanicznym urazie mowy być nie mogło.

Po wyjęciu przecika w niektórych doświadczeniach serce zaczynało bić na nowo i ciśnienie wracało do normy. Tymczasem Teyritsch ze Sztokholmu zarzucił Porterowi pod koniec zeszłego roku, że anemia może wprawdzie spowodować te objawy, które Porter opisuje jako charakterystyczny »*Symptomencomplex*,« lecz że złowrogie dla organizmu drgawki sercowe (»*Flimmern*«) w myśl Cohnheima i Schulthess-Rochberga są tylko wynikiem mechanicznego urazu. Na te ostatnie zarzuty odpowiedział Porter w artykule niedawno ogłoszonym, iż

zarówno »das Flümmern des Herzen.« jak i nieregularne lokalne skurcze mięśnia sercowego, będące wynikiem osłabnięcia mechanizmu koordynacyjnego, są tylko następstwem niedokrewności i różnią się między sobą tylko co do swego natężenia. W jednym wypadku bowiem, t. j. po zaczopowaniu tętnic wieńcowych, serce pozbawione krwi musi pracować na pokonanie jeszcze większego oporu, w drugim zaś wypadku tj. podczas anemii, powstałej przez nagły upust krwi, opór jest nadzwyczaj mały i prawie równa się zeru. W pierwszym razie, tj. gdy serce silnie pracuje, mechanizm koordynacyjny wkrótce ustaje działać, podczas gdy kurczliwość mięśni jeszcze występuje na jaw; w drugim razie znikają te własności równocześnie i bardzo powoli.

Przypominamy w końcu czytelnikom, że w sprawie podwiązania tętnic wieńcowych nasza literatura posiada obszerniejszą pracę W. A. Gluzińskiego (Tom XXIX Rozp. Wyd. anat. przyr. Akad. Umiej. w Krakowie), w której autor obserwowane zjawiska odnosi do zmian troficznych, opierając się na własnych doświadczeniach, w których przez podrażnienie »przypuszczalnego nerwu troficznego« to jest nerwu błędnego, usuwał zmiany powstałe wskutek podwiązania tętnicy wieńcowej.

Najnowsze prace dotyczące działania wyciągów z jądra (»orchitische Extracte, liquide testiculaire).«

Dr. Oskar Zoth: Doświadczenia ergograficzne nad działaniem wyciągów orchitycznych. *Arch. f. ges. Physiol. Bonn.* 1896. Tom 62. S. 335.

Dr. Fr. Pregl: Dalsze doświadczenia ergograficzne nad działaniem wyciągów orchitycznych (*loc. cit.* 1896. Tom 62. s. 379).

Sprawa wstrzykiwania wyciągów z jądra tak zajęła w ostatnich czasach świat naukowy, że dotychczas posiadamy w literaturze około 2000 prac dotyczących tego przedmiotu. — Przypominamy łaskawym czytelnikom, że działanie tych wyciągów polega na zwiększeniu dynamicznych zdolności układu mięśniowego,¹⁾ szybkości przewodzenia, wrażliwości dotykowej,²⁾ zmniejszeniu stanu napięcia (tonus) naczyń i podwyższeniu temperatury,³⁾ co możemy streścić dość jedynie słowami Éloy'a:⁴⁾ »działanie wyciągów orchitycznych jest *toniczne, entroficzne i dynamogeniczne*.«

Panowie Zoth i Pregl pragnęli w swoich pracach złożyć szereg »ściśłych, ilościowych i przedmiotowych« dowodów, przemawiających za *swoistą* działalnością wyciągów z jądra na dynamiczne zdolności układu mięśniowego; pierwszemu z nich głównie zależało na wyjaśnieniu, czy nie działa przypadkiem w doświadczeniach ćwiczenie się mięśni (Uebung) — drugiemu zaś leżało na sercu odparcie zarzutów takich jak Foella, który przypisuje wyniki spermatoterapii empiryzmowi i sugestyi. — Obaj autorowie przeprowadzili swoje doświadczenia za pomocą *ergografu* Mossa, w którym średni palec dobrze umocowanej ręki wykonywa szereg dowolnych skurczów, podnosząc przytem ciężar 5 kilogramowy i zapisując na okropnym walec szereg krzywych, coraz to mniejszych w miarę nużenia się mięśni; z wysokości skurczów i wielkości ciężaru łatwo obliczyć można pracę sumaryczną i średnią, wreszcie ilość pracy przypadającą na jednostkę czasu (Secunden-Arbeit). Do wstrzykiwań używali genewskich wyciągów glicerynowych Peirotteta sporządzonych z jąder bydłych, wysterylizowanych we filtrach porcelanowych lub pod ciśnieniem 50 atmosfer.

Pierwszy szereg doświadczeń trwał przez cały rok z paузami w iniekcjach lub w doświadczeniach ergograficznych, w celu zbadania przeróżnych wpływów, jak ćwiczenia się, nużenia się, przyzwyczajania się, odpoczynku itd... Z całego szeregu tablic i krzywych (około 10 000) okazuje się, że ćwiczenie się mięśni wprowadzie zwiększa nieco dynamiczne zdolności mięśniowego układu, jednakże nigdy w takim stopniu jak przy równoczesnem zastosowaniu iniekcji (np. w pierwszym

¹⁾ Brown-Sequard d'Arsonval, Mosso, Villeneuve itd.

²⁾ Grigorescu ³⁾ Bayroff, Copriati, Mairret, Lemoine itd.

⁴⁾ Éloy.: La méthode de Brown-Séquard. Paris. 1893.

razie 30% do 50%, w drugim razie 50%. — Jeżeli na dwu indywiduach, u których przez pewien czas wstrzykiwano wyciąg z jądra i którzy codziennie ćwiczyli się przy ergografie, następnie robi się w ten sposób doświadczenia, że jeden ćwiczy się bez iniekcji, a drugi dalej dostaje takowe, łatwo spostrzedz można u pierwszego zmniejszenie się siły mięśniowej, u drugiego dalszy jej wzrost (18%). Po dłuższem stosowaniu iniekcji (dłużej jak tydzień) pozostają pewne wpływy widocznymi nawet pomimo zaprzestania wstrzykiwań, a siła mięśniowa wzrasta w niektórych wypadkach jeszcze o 20%. (Folgewirkungen der Spermatotherapie.)

Druga z cytowanych powyżej prac (p. Pregla) udowadnia nam, że wszystkie przypisywane wyciągom glicerynowym z jądra skutki nie objawiały się nigdy przy wstrzykiwaniu czystej gliceryny ludziom, których oszukiwano twierdzeniem, że się ich leczy spermatoterapią. Przemawiałoby to więc zarówno za tem, że w wyciągu glicerynowym Perrottes'a nie działa *sama* gliceryna, jak i za tem, że w spermatoterapii nie działa suggestya.

Dla wiadomości czytelników przypominamy, iż podobne doświadczenia jak Pregl robili Éloy i lekarz Variot, z których pierwszy dla próby oszukiwał pacjentów, wstrzykując płyny podobne z barwy do wyciągu orchitycznego, a drugi połowie pacjentów wstrzykiwał prawdziwy wyciąg, 2-ej zaś połowie fałszowany, poprzedziwszy naturalnie swój eksperyment publicznym wykładem o działaniu wyciągów z jądra, a to w celu zbadania wpływu suggestyi. Wyniki otrzymane przez obu tych Panów zarówno jak i przez Pregla przemawiałyby przeciwko empiryzmowi spermatoterapii, którą niektórzy tak zaciekle nazywają »sonilerotycznym przywidzeniem«, chociaż sam Brown-Séquard w pierwszym swym odczycie wyraził się: »quant à la question de savoir si c'est à une sorte d'autosuggestion qu'il faille attribuer les changements... je ne veux examiner aujourd'hui.«

Zanietowski.

J. Zanietowski: Poszukiwania nad zmianami elektrotonicznymi w pobudliwości nerwów wykonane za pomocą kondensatora (z 2-ma tablicami i 18-ma rycinami w tekście). Tom XXX *Rozpraw Wydziału matem.-przyrodn. Akad. Umiej. w Krakowie. 1896.* (str. 93—139.)

Autor zestawivszy krytycznie szereg badań przeprowadzonych od r. 1802 do 1894 nad zjawiskami elektrotonicznych zmian pobudliwości, dochodzi do wniosku, że niezgodność wyników, otrzymanych przez dotychczasowych badaczy, którą sami nazywają chaotycznym konglomeratem spostrzeżeń, pochodzi z przyczyn następujących.

Po pierwsze: do oznaczenia zmian pobudliwości, a więc do drażnienia nerwu, używano, jak w ogóle w całej neurofizyologii, podmiot nie określonych »ściśle ilościowo« nie pozwalających zatem nietylko na wyrażenie obserwowanych zmian w dokładnych jednostkach fizycznych, lecz, co ważniejsze, wykluczających możliwość zastosowania zupełnie jednostajnych warunków doświadczenia przez różnych badaczy.

Po drugie: siłę prądu polaryzującego określano tak ogólnikowo, iż nie może nas dziwić przy porównywaniu kilku prac między sobą, że jeden badacz dostawał całkiem inne wyniki aniżeli drugi, choć obaj stosowali n. p. prąd »średni w znaczeniu »Pflügerowskim«, albowiem natężenia tego »prądu średniego«, które waha się w bardzo znacznych granicach, mierzyli i niepodali w żadnych jednostkach.

Po trzecie: metody dotąd używane do podrażniania nerwu i mierzenia zmian jego pobudliwości nie pozwalały na zbadanie tych zmian w sferze międzybiegunowej z powodu komplikacyj zachodzących między 2 różno lub jednokierunkowymi prądami, tj. prądem drażniącym i polaryzującym.

Po czwarte: Przebieg zmian pobudliwości w czasie był przez dotychczasowych badaczy albo wcale nie uwzględniany, albo traktowany po macoszemu.

W celu uniknięcia tych wszystkich błędów i niedogodności autor zastosował w swoich doświadczeniach do mierzenia zmian pobudliwości nader czułą metodę podrażniania nerwów za pomocą rozbrojeń kondensatora, która pozwala nie tylko na wyrażenie bodźca elektrycznego w ściśle określonych ilościowo jednostkach,

lecz nadto umożliwia dokładne zbadanie zmian w sferze międzybiegunowej. Nadto w każdym doświadczeniu z jednej strony oznaczał w miliamperach natężenie prądu polaryzującego, uwzględniając opór nerwu i łączników i ujmując niejako w ściśle ilościowe ramy ogólnikową tabliczkę Pflügera, z drugiej zaś strony badał przebieg zmian pobudliwości w czasie.

Główne wnioski, do których można dojść na podstawie szeregu doświadczeń i krzywych graficznych, są następujące:

1) Począwszy od prądu o natężeniu 3.10^{-8} ampér., nie wywołującego jeszcze skurezu przy zamknięciu, obserwować już możemy zmiany elektrotoniczne pobudliwości; są one jeszcze wyraźniejsze w granicach prądu »słabego« wywołującego skurez tylko przy zamknięciu (10.10^{-8} A. = 100.10^{-8} A.)

2) W miarę zwiększania siły prądu polaryzującego, rośnie zarówno *natężenie* opisanych zmian pobudliwości, jakoteż i *zakres* tychże przy anodzie i to na niekorzyść coraz bardziej malejącego zakresu zmian katelektronicznych. Używając prądu polaryzującego, dającego już skurez przy zamknięciu i otwarciu (100.10^{-8} A.), dochodzimy do stanu niejako *równowagi elektrotonicznej*, gdzie zakres i natężenie zmian anelektrotonicznych równa się zakresowi i natężeniu zmian elektrotonicznych przy katodzie.

3) W miarę dalszego wzmacniania prądu polaryzującego otrzymujemy coraz to mniejsze podniesienie pobudliwości przy katodzie, podczas gdy natężenie i zakres zmian anelektrotonicznych wciąż rosną, aż wreszcie podczas zastosowania prądu »silnego« w znaczeniu Pflügera (powyżej 2.10^{-5} Amp.) otrzymujemy na *całej przestrzeni nerwu* obniżenie pobudliwości, nie mogące pochodzić od nieprzepuszczalności katody, ponieważ z obniżeniem mamy do czynienia z obu stron bieguna ujemnego.

4) Co się tyczy wreszcie przebiegu zmian pobudliwości w czasie, to mamy do czynienia po zamknięciu prądu: przy katodzie z podniesieniem się pobudliwości i następem opadaniem tejże nawet poniżej normy, przy anodzie zaś z szybkim obniżeniem się pobudliwości. — Otwarcie prądu w obu razach powoduje powrót do normy a nawet powyżej normy z następem wolnym obniżaniem się pobudliwości.

Z wszystkich tych wniosków najważniejszymi są spostrzeżenia odnośnie co do czasu i co do zachowania się katody silnego prądu, albowiem powyżej pewnych granic natężenia i czasu zarówno fizyolog jak i elektroterapeuta mogą mieć do czynienia z czemś wprost przeciwnem, aniżeli tego wymagały warunki doświadczenia lub wskazanie lecznicze.

M. N.

2. Choroby nerwowe i psychiatrya.

Hematomyalia i syringomyelia.

Referent: Bregman (Warszawa).

F. Schultze. Ueber Befunde von Hämatomyelie und Oblongatoblutung mit Spaltbildungen bei Dystokien. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.* 1895, Tom VIII, Z. 1 i 2.

Schlesinger. Ueber Haematomyelie beim Hunde. *Arbeiten aus dem Labor.* von Prof. Obersteiner. 1894, Z. 2.

Minor. Neue Fälle von centraler Hämatomyelie. *Archiv für Psychiatrie.* Tom XXVIII, Z. 1, 1896.

Schlesinger. Ueber Hinterstrangsveränderungen bei Syringomyelie. *Arbeiten aus d. Labor.* Prof. Obersteiner. Z. 3. 1895.

Müller i Meder. Ein Beitrag zur Kenntniss der Syringomyelie. *Zeitschrift für Klin. Med.* 1895, Tom XXVIII, Z. 1 i 2.

Straub. Beitrag zur Lehre von der Hydromyelie. *Deutsches Archiv für Klin. Medizin.* 1894, Tom LIV, Z. 1.

Brissaud. Leçons sur les maladies nerveuses. Paris 1895.

Hochhaus. Ein Fall von Tetania und Psychose mit tödlichem Ausgange bei einem Kranken mit Syringomyelie. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.* 1895, Tom XXVII, Z. 3 i 4.

Lamacq. Contribution à l'étude clinique des phénomènes bulbaires dans la syringomyelie. *Revue de Médecine.* 1895, Tom XV, Nr. 4.

Wichmann. Ein Fall von Hysterie mit trophischen Störungen Syringomyelie vortäuschend. *Berliner Klin. Wochenschrift.* 1895, Nr. 12.

Historia syringomyelii jako jednostki patologicznej jest świeżej względnie daty, nie dziwnego więc, że zajmuje ona w najnowszej literaturze neurologicznej jedno z miejsc przodujących, a chociaż patologia i anatomia patologiczna tego cierpienia w znacznej mierze zostały wyświetlone, to jednak dużo jeszcze pozostało punktów ciemnych, czekających na wyjaśnienie.

Jedną z kwestyi najciekawszych jest stosunek syringomyelii do hematomyelii. W kwestyi tej Schultze z Bonn (1) daje przyczynek ważny i tem ciekawszy, że zupełnie niespodziewany. Badając pozostawanie t. zw. choroby Littlego i pokrewnych cierpień, przypisywanych powszechnie zaburzeniom mózgowym w razie ciężkiego lub nienormalnego porodu Schultze postanowił zbadać dokładnie ośrodkowy układ nerwowy noworodków, które wskutek tychże samych przyczyn przyszły na świat nieżywe, u których zatem oczekiwać należało takich samych zmian jakie i w wyżej wymienionych cierpieniach przypuszczano, tylko, być może, bardziej jeszcze posuniętych. Materiał zebrany przez Schultze'go nie jest liczny (wszystkiego 3 przypadki), wynik jednak nie mniej interesujący. W żadnym z tych 3 przypadków, pomimo że poród był ciężki, nie robiono otworu i ekstrakcji, a dziecko przyszło na świat asfityczne i już do życia powrócić się nie dało, nie znaleziono ani wylewów mózgowych podoponowych, ani w samej substancji mózgowej, ani też zmiążdżenia w któremkolwiek miejscu tej substancji. Natomiast w rdzeniu, a mianowicie w części grzbietowej i szyjowej, oraz w rdzeniu przedłużonym zauważono krwotoki, mniej lub więcej znaczne, dotyczące mniej lub więcej wyłącznie substancji szarej i wogóle co do umiejscowienia swego odpowiadające najzupełniej siedlisku sprawy syringomyelicznej w najbardziej typowych przypadkach. Co się tyczy sposobu powstawania tych nowotworów, to Schultze pozostawia kwestyą nierozstrzygniętą i wyciąganie lub uciskanie kręgosłupa mogłoby je spowodować, przekrwienie żyłne, wskutek asfityki przyczynia się być może też w pewnej mierze. Przypuszczenie, że krwotoki te powstają na skutek t. zw. bujań Schultze'go, autor wyklucza, ponieważ znalazły się one w jednym przypadku, w którym bujania te z pewnością nie były wykonywane. Zresztą, jakkolwiek bądź jest powstawanie tych krwotoków, istnienie ich nie ulega wątpliwości, powstaje więc pytanie, co się z nimi staje w przypadkach bardziej pomyślnie, t. j. przywróceniem dziecka do życia, zakończonych. Być może, powiada Schultze, że u wielu dzieci krew się wsysa i krew cała znika bez śladu, w innych jednak przypadkach, zwłaszcza przy znaczniejszych wylewach, zostać może po wssaniu się krwi szczelina lub jamka w około której glia się rozrasta, tworząc dla niej jakby otoczkę. Jamka taka w późniejszym wieku, być może w pewnych tylko, dla osobnika niepomysłnych warunkach stać się może punktem wyjścia sprawy gliotycznej (gliös, a nie gliomatös). Tym sposobem odkrywa Schultze dla patogenezy Syringomyelii nowy zupełnie punkt widzenia; poglądy jego, rzecz naturalna, mogą być potwierdzone li tylko przez spostrzeżenia późniejsze, gdyż dotychczas uwaga badaczy w tym kierunku nie była wcale zwrócona.

W pracy Schlesingera (2) znajdujemy również hematomyelię wrodzoną — u psa. Wywołanie na drodze doświadczalnej hematomyelii u zwierząt, jak tego dowodzą doświadczenia Manley'a, który wstrzykiwał płyny do tętnie rdzeniowych lub przekłuwał rdzeń igłą, jest zadaniem bardzo trudnem. Tem cenniejsze jest spostrzeżenie autora, które daje nam typowy obraz hematomyelii u psa, powstałej na skutek urazu. Za życia spostrzegano objawy podrażnienia — skurcze toniczne kończyn, nieczułość skóry, sztywność kręgosłupa — które skłaniały raczej do rozpoznania haemorrhachis. W istocie przy sekcji znaleziono obfity wylew krwi pod oponę twardą, który autor uważa za pierwotny i który w średniej części grzbietowej przedarł się do substancji rdzeniowej, sprowadzając w tem miejscu prawie zupełne zniszczenie całego przekroju. Odtąd wylew rozprzestrzenił się ku górze i ku dołowi, zajmując wzdłuż rdzenia część szarej substancji położoną za kanałem

centralnym, oraz przednią część tylnych pęczków. Takie umiejscowienie wylewu jest tem ciekawsze, że zgadza się w zupełności ze spostrzeżeniami zrobionymi na człowieku, a daje się objaśnić li tylko tem, że substancya rdzenia w tem miejscu jest budowy bardzo luźnej i dla rozprzestrzenienia się wylewu przedstawia względnie najmniejszy spór. Opierając się na takim umiejscowieniu hematomyelii i u człowieka, Minor przed kilku laty już wypowiedział zdanie, że ściśle rozpoznanie w tego rodzaju przypadkach jest za życia możliwe i zaproponował wydzielić je z ogólnego i mało określonego obrazu hematomyelii jako przypadki hematomyelii centralnej. W nowej swej pracy (3) Minor podaje nowe 3 przypadki, które do tej samej kategorii zaliczone być mają. Początek cierpienia jest ostry, zazwyczaj w następstwie urazu, w nielicznych przypadkach jednak bez świadomej przyczyny. Główne objawy są: zaburzenia czuciowe w postaci uważanej jako właściwość syringomyelii, t. j. zachowanie czucia dotykowego, a zniesienie bólowego i tonicznego, niedowład lub bezwład kończyn i tułowia, zaniki mięśni, zaburzenia pęcherza moczowego i odruchów. Umiejscowienie tych objawów zależy naturalnie od tego, która część rdzenia jest dotknięta. Stosunek zaburzeń czuciowych do niedowładów i zaników przedstawia się różnie: w niektórych przypadkach znajduje się typ Brown-Sequarda t. j. zaburzenia czuciowe na jednej stronie ciała, niedowład na drugiej. W drugiej seryi przypadków zaniki mniej zjawiają się w kończynach górnych, parezy i analgezja w dolnych; w innym wreszcie wszystkie te objawy łączą się w jednych i tych samych kończynach. Ponieważ syringomyelia również niekiedy w sposób ostry występuje, a uraz w niektórych przypadkach odgrywa niewątpliwie rolę czynnika etyologicznego, więc rozpoznanie między nią a hematomyelią centralną stać się może b. trudnem. Opiera się ono: 1) na braku zmian troficznych w skórze i w stawach, 2) na przebiegu cierpienia, poprawie lub ustąpieniu wielu objawów i 3) na topografii zaburzeń, przynajmniej w pierwszych dwóch z wyżej wymienionych grup, gdy natomiast w 3-ej umiejscowienie zaburzeń zbliża się bardziej do typu, który spotykamy zwykle w syringomyelii.

Szczegółowiej nieco zajmuje się rozpoznaniem różniczkowem hematomyelii Brissaud w jednym ze swoich wykładów klinicznych (7). Autor ten rozpoznaje ją u chorego alkoholika z wadą zastawek aorty, który nagle został dotknięty paraplegią, z zupełną w początku, a później częściową tylko (dissociation syringomyelique), utratą czucia w dolnych kończynach i niesprawnością pęcherza. Hematorachis autor wyklucza, ponieważ powstaje zawsze wskutek urazu (najczęściej przez broń palną) i sprowadza bóle; te ostatnie musiałyby również być obecne, gdyby przyczyną cierpienia był wylew międzyoponowy, rzecz zresztą b. rzadka. Przeciw syringomyelii przemawia brak zaburzeń troficznych, słabo postępująca poprawa objawów; przeciw hysteryi zaburzenie pęcherza, clonus pedis oraz brak momentu psychicznego w etyologii cierpienia, przeciw ostremu zapaleniu rdzenia wreszcie brak wszelkich objawów gorączkowych. Kruchość naczyń spowodowana prawdopodobnie alkoholizmem, stała się przyczyną wylewu skutkiem pęknięcia jednej z centralnych tętnic rdzenia.

Następujące 3 prace, na które pragnę zwrócić uwagę czytelników, stanowią przyczynki do anatomii patologicznej syringomyelii. Wiadomo, że szara substancya stanowi punkt wyjścia sprawy gliotycznej i że w wielu przypadkach sprawa ta granic jej nie przekracza. Dość często jednak rozrost glii i jamy przechodzą także i na substancją białą, zwłaszcza na pęczki tylne, które nieraz bywają w takim stopniu zmienione, że przy oglądaniu rdzenia gołym okiem przypuszczamy istnienie wiaǳu rdzenia. W istocie zdarzyć się może — kilka spostrzeżeń tego rodzaju jest już opisanych — że syringomyelia łączy się z prawdziwym wiaǳem rdzenia. Jest to jednak rzecz rzadka, a zwykle zmiany w tylnych pęczkach w syringomyelii mają pewne cechy odrębne od wiaǳu, z którymi nas Schlesinger w pracy swej (4) zapoznaje.

Wiadomo, że w wiaǳie rdzenia tylne pęczki nie bywają równomiernie zajęte, a że sprawa chorobowa okazuje w nich pewną dość stałą fotografią. 3 miejsc w tylnych pęczkach pozostają niedokrwiste zazwyczaj od zwyrodnienia wolne: 1) część położona u przedniego końca tyln. pęcz. (ventralis Feld), 2) część położona

między pęczkiem Burdach'a i pęczkiem Goll'a, 3) owalne pole graniczące z przegródką tylną. Otóż z badań Schlesingera wynika, że te same miejsca w syringomyelii najczęściej i najbardziej bywają dotknięte. Przedtem Marie już wykazał, że to samo ma miejsce w niektórych innych cierpieniach, jak paraliż postępujący, pellagra, które również często się łączą z zachorowaniem pęcz. tylnych.

Autor ten pierwszy wypowiedział zdanie, że te 3 pola składają się przeważnie z włókien, które w samym rdzeniu, tj. w szarej jego substancji biorą początek (fibres endogènes), podczas gdy pozostała część włókien w pęczkach tylnych są przedłużeniem tylnych korzeni i jako takie w wiądzie rdzenia ulegają zwyrodnieniu. Wyniki w syringomyelii otrzymane w zupełności pogląd ten stwierdzają, gdyż mamy do czynienia z cierpieniem z pewnością z szarej substancji wychodzącym, a widzimy zachowanie tych samych części pęczków tylnych.

Co się tyczy samej istoty sprawy, to jest ona w syringomyelii i wiądzie zupełnie różna. Wiąd — jest to zwyrodnienie mięsiste włókien korzeni tylnych, przerost glia następuje wtórnie. Syringomyelia natomiast polega na pierwotnym przeroście glia, które sposobem mechanicznym, przez ucisk sprowadza zanik włókien nerwowych. Schlesinger nie wyklucza wprawdzie możliwości powstania syringomyelii z wiądu przez nadmierny przerost glia, odwrotny jednak stosunek, tj. powstanie wiądu rdzenia z syringomyelii uważa za niemożliwe. Sprawa gliotyczna, rozprzestrzeniająca się ku obwodowi może wprawdzie zniszczyć kilka korzeni tylnych, w następstwie czego rozwija się zwyrodnienie przedłużenia tych korzeni w pęcz. tylnych, nie daje jednak nigdy typowego obrazu wiądu rdzenia.

Praca Müllera i Medera (5) porusza inną, ważniejszą jeszcze kwestyą, stanowiącą niemal całą istotę syringomyelii, mianowicie kwestyą powstawania jam w rdzeniu. Od czasu pracy Hoffmann'a rozpowszechniło się przekonanie, że po wykluczeniu przypadków t. zw. hydromyelii, tj. rozszerzenia kanału centralnego, wszystkie inne jamy powstają wskutek pierwotnego rozrostu glia (primär centrale Gliose) i rozpadu nadmiernie rozrośniętej tkanki. Otóż wyżej wymienieni autorzy podają przypadek kliniczny, zakończony śmiercią, w którym przerost glia był b. nieznaczny i ograniczał się tylko do dolnej części grzbietowej, podczas gdy jama ciągnęła się wzdłuż całego prawie rdzenia aż do rdzenia przedłużonego. Sposób powstawania tej ostatniej w przypadku tym był inny zupełnie: na obwodzie głównej jamy prawie wyłącznie w substancji szarej tłomaczy się tem, że jest ona bardziej wrażliwa od białej na niedostateczny przypływ krwi. Doświadczenia Briegera i Ehrlicha, którzy po całonocnym przewiązaniu aorty brzusznej znajdowali w szarej substancji rdzenia lędźwiowego zmiany zupełnie podobne do wyżej opisanych, dowiodły tego dostatecznie.

Przerost glia mieć może, również jak w doświadczeniach ostatnio wymienionych autorów, i w niektórych przynajmniej przypadkach syringomyelii (autorzy nie wykluczają bynajmniej możności pierwotnej gliosy) znaczenie sprawy wtórnej, spowodowanej zniszczeniem szarej substancji i zmierzającej ku wypełnieniu powstałego defektu (Reparationsvorgang). Co się tyczy wreszcie przyczyny zachorowania naczyń, to autorzy podnoszą możliwość przymiotu, którego związek etyologiczny z syringomyelią niejednokrotnie już stwierdzono.

Straub w swej pracy (6) opisuje również przypadek jamy w rdzeniu, której powstanie jednak w inny zupełnie sposób sobie tłomaczy. Jama ciągnęła się wzdłuż całego rdzenia, największych rozmiarów dosięgała w rdzeniu szyjowym, a w rdzeniu przedłużonym znaleziono dwie szczeliny przebiegające dość symetrycznie w kierunku ku zewnątrz i tyłowi. Ponieważ jama w rdzeniu była wszędzie wyłożona nabłonkiem, więc autor widzi w niej rozszerzony kanał centralny, szczeliny zaś w rdzeniu przedłużonym powstały zdaniem jego wskutek powiększenia się ciśnienia w jamie i wylanie się jej treści na zewnątrz w kierunku najmniejszego oporu. Pewien stopień rozszerzenia kanału centralnego był może w danym przypadku wrodzony, dalsze zaś rozszerzanie się jedynie było skutkiem zastojów żylnych, który zwłaszcza w części grzbietowej rdzenia był bardzo znaczny. Przyczyną zastojów być miała skolioza grzbietowej części kręgosłupa, którą chora, 59-letnia kobieta, była dotknięta od młodego wieku i która przez zwężenie otworów międzykręgowych utrudniała po-

łączenie między splotami żylnymi wewnątrz kanału kręgosłupa a żyłami we wnętrznymi.

Ostatnie 3 prace w spisie na czele przeglądu wymienione, odnoszą się do symptomatologii i rozpoznania syringomyelii. Objawy opuszkowe według powszechnego mniemania spotykają się w chorobie tej dość rzadko. Lamaque'owi (9) jednak udało się zebrać w literaturze 52 przypadków, z których obecność ich została stwierdzoną (w tej liczbie 4 spostrzeżenia własne, ale 1 tylko dokładne). Najczęstszym z tych objawów (z 28 przyp.) jest anestezja w dziedzinie nerwu trójdzielnego, objaw, który zresztą niezupełnie zasługuje na miano opuszkowego, jeśli weźmiemy pod uwagę, że korzenie tego nerwu sięgają dość daleko do rdzenia szyjowego. Z innych objawów w osobnej liście przez autora podanych, przytoczę jeszcze następujące: porażenie twarzy (spostrzegane 9 razy), zanik twarzy (2), zanik języka (15), zaburzenia łykania (21), porażenie podniebienia (12), dyspnoe (13), zaburzenia fonacji (21), brak odruchu krtaniowego (10), nystagmus (18). Pojawienie się objawów opuszkowych pogarsza naturalnie rokowanie w syringomyelii, należy więc na ten punkt bacznie zwrócić uwagę.

Jakość przyłączającego się objawu ma zresztą pewne znaczenie: t. np. anestezja twarzy z przyczyn wyżej wyłuszczonych nie jest objawem tak niebezpiecznym, jak zanik języka, którego jądro i korzenie sąsiadują w rdzeniu przedłużonym bezpośrednio z ośrodkami oddechowymi. Wogóle jednak zaznaczyć wypada, że objawy opuszkowe w syringomyelii nie postępują zazwyczaj tak szybko, jak w innych cierpieniach, np. bocznej szerokości amyotroficznej: tłumaczy się to intuicyjnym charakterem sprawy gliotycznej, które drogą mechaniczną tylko, przez ucisk, spowoduje zanik pierwiastków nerwowych.

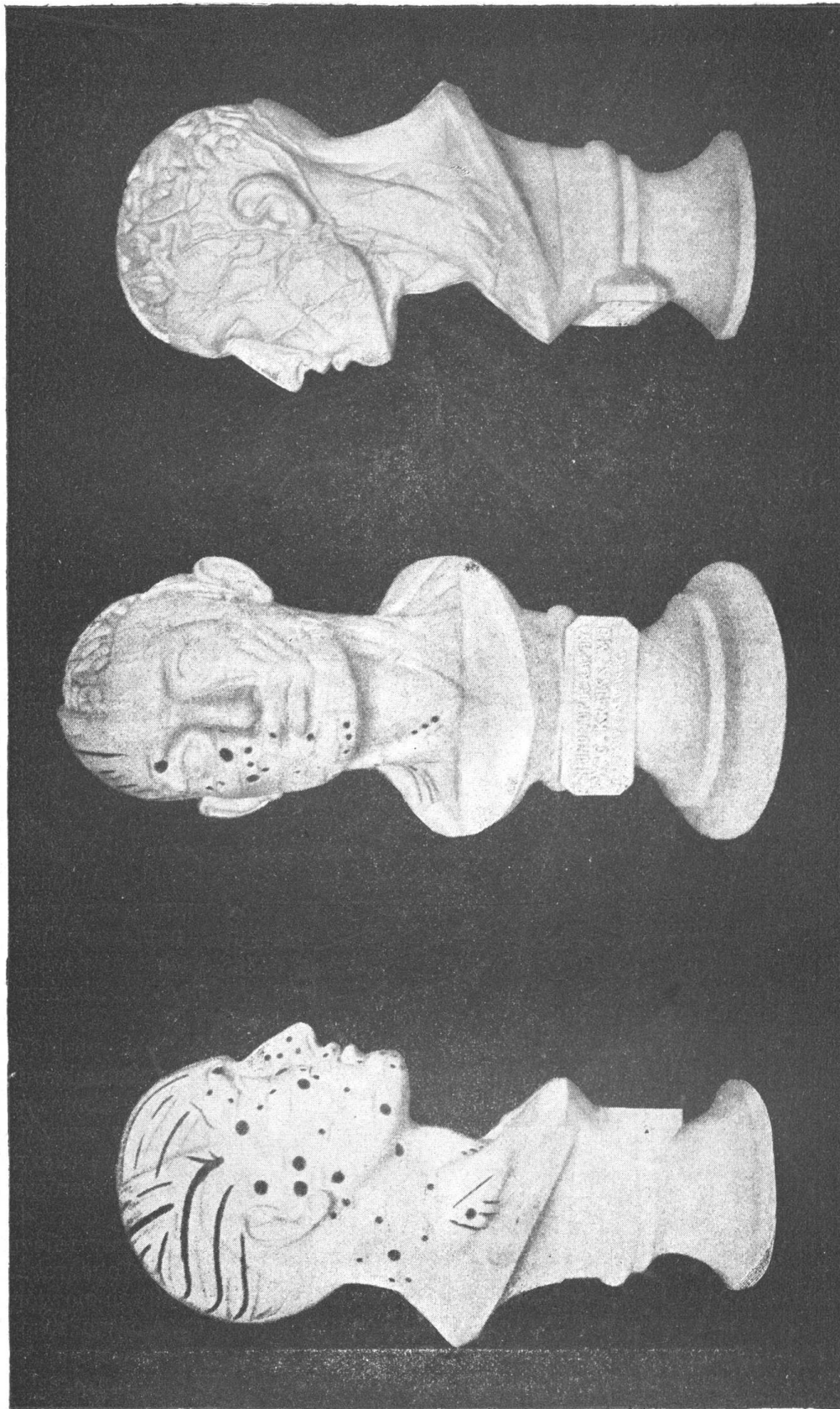
Dotychczas jeszcze jest kwestią otwartą, czy syringomyelia przebiegać może skrycie, nie dając żadnych objawów zażyciowych. Schlesinger np. zaprzecza temu stanowczo, przypisując odnośne przypadki niedostatecznemu zbadaniu układu nerwowego. Jakkolwiekby, ciągle jeszcze spotykamy w literaturze przypadki, w których niespodziewanym wynikiem autopsji była — jama w rdzeniu. Do tej to kategorii należy przypadek podany przez Hochhaus (8), pochodzący z kliniki Quinque'go w Kielu, w której, jak przypuszczać należy, chorzy nerwowi są dokładnie badani. Objawy zażyciowe były nadzwyczaj ciekawe, mianowicie: napady tetaniki (tetanii) ze wszystkimi charakterystycznymi objawami, nad pobudliwością mechaniczną i elektryczną, objawem Trousseau: w następstwie czego odbyły się napady epileptyczne, a później psychoza za utratą świadomości i silnem pobudzeniem. Prócz tego: neuritis optica, osłabienie nóg, pragnienie, polyuria. Rozpoznanie było chwiejne; w początku myślano o guzie moczowym, następnie przypuszczano psychozę z objawami podrażnienia ruchowego, wreszcie zatrzymano się na tetanice powikłanej psychozą, prawdopodobnie epileptycznego pochodzenia. Autopsja nie wykazała żadnych zmian w układzie nerwowym prócz rozległej jamy w rdzeniu ze znacznym przerostem gliae. Wobec tego, że na zasadzie najnowszych badań Schlesinger'a, Frankl-Hochwart'a, Kussmaul'a tetanika wydaje się być pochodzenia rdzeniowego, autor przypuszcza, że w danym przypadku istniejąca w rdzeniu jama miała znaczenie czynnika usposabiającego.

Ostatnia wreszcie praca, której kilka słów chcę poświęcić, posłuży nam dowodem, jak trudnem w pewnych razach być może rozpoznanie różniczkowe między histerią a syringomyelią. Chora Wichmann'a (10) 27-letnia wyrobnica przedstawiała 2 objawy charakterystyczne dla syringomyelii: rozszczepienie czuciowe na całej prawie połowie ciała z wyjątkiem nogi, oraz zaburzenia troficzne skóry. Te ostatnie przedstawiały się pierwotnie jako pęcherzyki wypełnione przezroczystym płynem, które pękały, pozostawiając po sobie dość powierzchowne owrzodzenie. W miarę posuwania się sprawy głębiej, powstawały na rękach zastrzały i flegminy, które w ciągu kilku lat spowodowały amputację wszystkich palców obu rąk. Pomimo tak rozległych zaburzeń, autor na zasadzie wywodów, których powtórzenie w tem miejscu za dalekoby mnie zaprowadziło, czuje się upoważnionym rozpoznać histerią. O ile to rozpoznanie jest usprawiedliwione, przyszłość chorej dopiero pokaże; zaznaczyć jednak wypada, że rozszczepienie czuciowe pomimo długiej obserwacji pozostało prawie niezmienione i że ograniczenie tych zaburzeń w kształcie linii amputacyjnej nie przemawia bynajmniej, jak utrzymuje autor, przeciw syrin-

gomyelii: wiadomo bowiem, że taka topografia ich jest dla tej ostatniej również charakterystyczna, jak dla histeryi.

William C. Krauss (Buffalo): A neurological bust. *Medical and Surgical Journal*. March. 1896.

Krauss opisuje przy dołączeniu odnośnych rysunków biust, jaki kazał wy-



konać w celu łatwego orjentowania się w topografii mózgu i pojedynczych jego zwojów, oraz szybkiego odszukania nerwów i mięśni twarzy i szyi. Także przy demonstracji odpowiednich przypadków ułatwia biust taki lepsze zorjentowanie się słuchaczy.

3. Medycyna wewnętrzna.

A. Chauffaro. Objawy tyfoidalne wywołane przez glisty. (Lombricose à forme typhoide) *La sem. med.* 1895 r. 59.

Autor obserwował młodego mężczyznę, przybyłego do szpitala w stanie ciężkiego osłabienia, wychudzenia, bladeści, o zapadłych oczach, wyciągniętych ryśach twarzy. Chory zdradzał wszystkie objawy tyfusu (suche nozdrza i wargi, przynębienie, ból głowy, bezsenność, gorączka, nieco powiększona śledziona....) z wyjątkiem stanu języka, który był mocno obłożony, prawie do samych brzegów i nie drżał, oraz oddechu, który był w danym wypadku nader złowonnym. Rozpoznano zrazu tyfus i dopiero, gdy po paru dniach po zastosowaniu kalomelu zaczęły się pokazywać glisty (jedna została zwymiotowaną) rozpoznanie zostało poprawione; odtąd zaczęto energicznie działać przeciwko pasorzytom, stosując naprzemian cytwar (po 1,0) i kalomel (0,5). W ciągu 50 dni usunięto tym sposobem 39 glist, które wychodziły stopniowo po 1—11, przyczem chory stale powracał do zdrowia, a objawy chorobowe zaczęły znikać zaraz po ukazaniu się pierwszych pasorzytów.

Wypadki tego rodzaju zdarzają się dziś wobec względnie lepszych warunków zdrowotnych — rzadko; jednakże jeszcze w zeszłym wieku były na porządku dziennym. Objawy ogólnego zakażenia wywołują glisty prawdopodobnie w ten sposób, iż wnoszą one wraz ze swymi zarodkami czynniki ropotwórcze wchłonięte w miejscu dotychczasowego swego rozwoju. Tą drogą można sobie objaśnić powstawanie ropni wątrobianych lub skórnych opisywanych dawniej tak często przy pasorzytach kiszkowych. A może tu działają same wydzieliny robaków? Może zaś obecność tych ostatnich pobudza do energii życiowej inne pasorzyty stale przebywające w przewodzie pokarmowym (*bacillus coli*)?

Co się tyczy stosowania leku (cytwaru, santoniny), to musimy pamiętać, że działaniu jego podlegają tylko glisty stare, zupełnie rozwinięte. Ponieważ zaś zwykle do organizmu dostają się zarodki pasorzytów różnego wieku resp. w różnym czasie dojrzewają, przeto i usuwanie ich z organizmu musi, następować stopniowo i dopóki nie stwierdzimy badaniem drobnowidzowem, iż stolce wolne są od jajeczek pasorzyta, nie mamy prawa wyrokować, że dany osobnik zupełnie już glist nie posiada.

R. Lépina. Leczenie wątroby w wadach serca. (Traitement du foie cardiaque) *La sem. med.* 1895 — No. 58.

Normalnie wątroba jest miękka, rozciągliwa i bardzo bogato unaczyniona. Nie dziw przeto, iż może ona ulegać znacznemu przekrwieniu, względnie powiększeniu swej objętości i wagi (to ostatnie może wynosić $\frac{2}{3}$ normy), zwłaszcza zaś w razie zwiększonego ciśnienia w prawej komorze sercowej lub w żyłę dolnej pustej.

Autor miał sposobność obserwować trzy wypadki wady zastawki trojdziennej, przyczem wątroba sięgała dolnym brzegiem aż do wysokości pępka. Po zastosowaniu naparstnicy rozmiary prawej komory szybko się zmniejszyły, jednak wątroba rozmiarów swych nie zmniejszyła. Wtedy mając na względzie, iż chwila trawienia, a zwłaszcza trawienia mięsa, wywołuje przekrwienie wątroby, zastosował autor u swoich chorych dyetę mleczną i poprawa nastąpiła nader prędko. Wątroba zmniejszyła swoją objętość prawie do normalnej. Prócz diety mlecznej radzi autor stosować pożywienie przeważnie roślinne, unikać wogóle obfitości napojów, a z napojami wysokowymi nawet najbliższymi być bardzo ostrożnym.

Bardet. O antyseptyce przewodu pokarmowego. (De l'antisepsie gastro-intestinale) *La sem. méd.* 1895 No. 60.

Antyseptyka wewnętrzna zdobyła sobie dzisiaj takie uznanie, iż odmawiać jej wielkiej wartości leczniczej wydaje się rzeczą zbyt śmiałą. Rozbierając jednak szczegółowo podstawy, na jakich są zbudowane wnioski o użyteczności leków przeciwnie używanych wewnętrznie, autor przyszedł do przekonania, iż nie są one zbyt przekonujące. a) Zmiana woni wydzielin niczego nie dowodzi raz dla tego, że zła woń wogóle nie świadczy o istnieniu fermentacji gnilnej, powtórę dla tego, iż w rzeczywistości nie dzieje się tu odkażanie, lecz maskowanie właściwej woni przez środki aromatyczne. — b) Bączkiewicz zauważył jakoby znaczne zmniejszenie ilości mikroorganizmów w stolcach po użyciu środków odkażających, autor jednak takiego zmniejszenia nie widział, chociaż dawał chorym po 4,0 benzonafolu dziennie. c) Co się dotyczy trujących własności moczu, to z nich trudno wnioskować o antyseptyce przewodu pokarmowego, ponieważ własności te są głównie wynikiem spraw odbywających się po za granicami tegoż przewodu, wśród samych tkanek organizmu.

A jednak doświadczenie poucza, że antyseptyka wewnętrzna daje niekiedy wcale dobre rezultaty. Jak to objaśnić, autor nie wie. To jednak pewna, iż antyseptyka taka nie jest metodą najodpowiedniejszą w celu leczenia zaburzeń przewodu pokarmowego, i że objaśnienie działania używanych tu leków, opuszczających organizm niekiedy bez najmniejszej zmiany, jest czysto teoretyczne.

M. D. Chanutina. Z powodu jednego wypadku ropnego zapalenia żołądka. (Po powodu odnowo słuczaja flegmonoznawo wospalenija żeludka) *Wracx.* 1895 No. 32—36.

Cierpienie to względnie rzadkie. Autorka zebrała zaledwie 57 wypadków odnośnych. Przytoczywszy odpowiednią literaturę, przechodzi autorka do dokładnie obserwowanego własnego przypadku, rozpoznanego za życia i zakońzonego wyzdrowieniem.

U zdrowej 26-letniej kobiety wystąpiły, po pewnym wykroczeniu przeciwko dyecie, nudności, bóle w okolicy żołądka i wymioty, później krwawe stolce. Chora nie była w stanie przyjmować żadnych pokarmów stałych i gorących. Po pewnym czasie w wymiocinach zawartość ropna, bardzo cuchnąca, później krwawa. Wobec nadzwyczajnej wrażliwości żołądka nawet na lekarstwa, musiano chorą przez pewien czas odżywiać lewatywami, wreszcie stopniowo (blisko po 2 miesiącach cierpień) chora powróciła do normalnego stanu. Ciepłota nigdy nie podnosiła się wyżej nad 38,6. W wymiocinach mikroskop wykrył ciała ropne, dużo gronowców i nieznaną ilość paciorkowców. W urynie indykan. Uderzeń serca z początku 52, później 76—80.

Autorka, zgodnie z przypuszczeniem Lewandowskiego, sądzi, iż ropne zapalenie żołądka jest przejawem jakiejś ogólnej choroby zakaźnej, jeszcze bliżej nie zbadanej. Ostateczne zaś wnioski stawia takie:

1. Rozpoznanie ropnego zapalenia żołądka za życia jest możliwem.
2. Ważną w tym względzie pomoc oddaje nam mikroskop.
3. Zapalenie ropne żołądka jest to cierpienie natury ogólniejszej, choroba dotąd mało zbadana, mogąca się zakończyć zupełnem wyzdrowieniem.

F. A. Diorbek. Wypadek rozlanego ropnego zapalenia żołądka. (Słuczaj rozliboho gnojnah wospalenija żeludka.) *Wracx* 1895 No. 32.

Chora 63-letnia uskarżała się na ból głowy, gorączkę, dreszcze, katar, kaszel i ból w kościach. Brzuch mało bolesny, śledziona, wątroba nieco powiększona. Rozpoznano influencję. W 3. dniu obserwacji pokazało się rozwolnienie i upadek pulsu. Zastosowano bismut i środki podniecające. W dwa dni później śmierć. Oględziny pośmiertne wykazały obok kataralnych zmian w płucach rozlane ropne

naeczenie prawej połowy żołądka. Na błonie śluzowej kilka małych przedziurawień; cała otrzewna zmętniała, w jamie otrzewnej spora ilość ropy.

Wypadek dowodzi, iż ropne zapalenie żołądka może przebiegać bez żadnych charakterystycznych klinicznych objawów i za życia bywa bardzo trudnem do rozpoznania.

G. L. Judalewicz w rozprawie p. t. »Materiały do klinicznej bakteriologii powikłań tyfusu brzuszno-« dochodzi do następujących wniosków:

1) Nieżytowe zapalenie płuc, rozwijające się w ciągu tyfusu brzuszno, bardzo rzadko zależy od samego lasecznika tyfusowego; zwykle bywa ono zakażeniem wtórnem spowodowanem przez zarazki ropotwórcze lub laseczniki Friedländera. 2) Najczęstsze i najcięższe zapalenia tego rodzaju bywają wywoływane przez ropotwórcze paciorkowce. 3) Te same zarazki ropotwórcze wywołują i zapalenie środkowego ucha i gruczołu przyuszno- a obecność lasecz. tyfusowego — sprawa wypadkowa. 4) Jama ustna i gardzieliowa zawierają właśnie te zarazki, które wywołują wzmiankowane wyżej cierpienia, a zatem w większości wypadków one właśnie wyjściowym punktem zakażenia. 5) Zapalenie płuc włóknikowe w przebiegu tyfusu zależy od dwoinki Fränkel-Weichselbauma, a zatem 6) pnemnotyphus jest to tyfus brzuszny, do którego wcześniej przyłączyło się nowe zakażenie. 7) Lasecznik tyfusowy może przechodzić i do moczu. 8) Możemy go znaleźć w moczu długi czas po skończeniu choroby, a przeto 9) odkażenie moczu może zapobiedz szerzeniu się tyfusu. 10) Wobec tego, iż jama ustna i nosogardzieliowa bywa siedliskiem zarazków wywołujących zakażenia wtórne, odkażenie tych jam winno się odbywać nader starannie. 11) Nawroty tyfusu trzeba uważać jako samozakażenia przez laseczniki znajdujące się w którymś organie w stanie ukrytym. — *Wracc* 1895 No. 35.

P. M. Sokanowski. W sprawie wpływu spokoju i ruchu na szybkość wchłaniania niektórych środków lekarskich z żołądka u ludzi zdrowych. (K woprosu o wliani pokoja i dwizenija na skorost wsasywanija niekotorych lekarstwiennych wieszczestw iż żeludka u zdorowych ludiej.) *Wracc*, 1895, Nr. 40.

Autor dokonał 120 obserwacji z jodkiem potasu i tyleż z salicylanem sodu i przyszedł do następujących wniosków:

- 1) Szybkość wchłaniania środków leczniczych z żołądka w stanie spoczynku zmienia się zależnie od zmiany położenia ciała.
- 2) Przy spokojnem leżeniu leki wchłaniają się wolniej, niż przy spokojnem siedzeniu.
- 3) Opóźnienie wchłaniania przy leżeniu wyraża się nie tylko późniejszym wystąpieniem odczynu (reakcyi) w moczu, lecz również większym odstępem czasu między początkiem a wyraźnem wystąpieniem odczynu.
- 4) Szybkość wchłaniania leków z żołądka przy ruchach zmienia się w zależności od rodzaju ruchu.
- 5) Przy chodzeniu wchłanianie następuje szybciej niż podczas biegu.
- 6) Przez umiarkowany ruch można wywołać najszybsze wchłanianie, spokojnem leżeniem — najpowolniejsze.
- 7) Wchłanianie leków z żołądka u osób zdrowych, lecz zmęczonych, opóźnia się w różnym stopniu.

A. Rząd.

Alfred Wolisch (z Wiednia). Przypadek promienicy poza-
kątnicowej. (Ein Fall von retrocoecal Actinomyces). *Intern. Klin. Rundschau*. 1894, Nr. 13.

Na podstawie przypadków w literaturze zapisanych i własnego spostrzeżenia z oddziału Hohenegga w wiedeńskim szpitalu powszechnym, dochodzi Wolisch do następujących wniosków:

Jeżeli człowiek zachoruje wśród objawów przewlekłego, lub mniej ostrego zapalenia okołokątnicowego, a więc z bólami miernego stopnia w prawym podbrzuszu,

kureczem mięśnia psoas i zatwardzeniem stolca, do którego przystępuje gorączka i obrzęk śledziony, jeżeli możemy w okolicy bolesnej wymacać guz, okazujący się twardym jak kość w dalszym przebiegu, jeżeli nawet chęlbocze w ograniczonym miejscu bez możności wykazania przejścia między ogniskiem rozmiękczenia i twardym obrzękiem, to możemy z największym prawdopodobieństwem twierdzić, że cierpienie jest promienicą. Jeżeli wyprzedzał chorobę na krótszy lub dłuższy czas zbiór objawów appendicitis, to możemy przyjąć miejsce wtargnięcia grzybka w wyrostku robaczkowym. We wszystkich innych przypadkach zadowolnić się musimy w ogóle rozpoznaniem promienicy.

Bf.

Prof. Dr. Angeres. O leczeniu wola za pomocą soku gruczołu tarczowego (Ueber die Behandlung des Kropfes mit Schilddrüsensaft.)

Na wstępie swojej pracy podaje autor zapatrywanie rozmaitych badaczy dotyczące się istoty czynnej, znajdującej się w gruczole tarczowym, i skłania się sam do zapatrywania Prof. Baumanna'a z Fryburga, który znalazł w gruczołach tarczowych jod w związku z ciałami białkowatymi i temu ciału dawniej przez innych na próżno szukanemu, a nazwanemu przez niego, tyrojo-diną, przypisuje specyficzne działanie na wole; polegałoby ono na działającej w organizmie ludzkim odmiennie jak inne znane i powszechnie używane preparaty jodowe, będące w leczeniu wola w ogólnym używaniu, a zawodzące stósunkowo bardzo często.

Autor w przypadkach wola używa surowego świeżego gruczołu tarczowego owczego i twierdzi, że takowy daleko skuteczniejszy jest od wszystkich preparatów będących w handlu aptekarskim.

Leczenie sokiem gruczołu tarczowego wymaga ostrożności i dokładnego badania chorego, gdyż nierzadko zdarzają się pacjenci, którzy preparatu tego nie znoszą i bardzo silnie a mianowicie sercem oddziałują na niego. W takich razach leczenie to trzeba natychmiast przerwać. Angeres używa bardzo ostrożnie gruczołu tarczowego in substantia. Zaczyna on od 5 gramów raz tygodniowo podanych świeżego posiekanego gruczołu. Dawkę tę podaje na surowo w opłatkach. Zdarzają się jednak pacjenci, którym tak wstrętny jest ten sposób podania, że oddziałują nań wymiotami, i w tych przypadkach należy się podawać preparaty suche w postaci tabletek.

Jako nie miły skutek podawania chorym na wole gruczołu tarczowego jest podług autora znaczne bardzo osłabienie serca, któremu przypisuje w jednym przypadku śmierć po operacji wola, w drugim bardzo znaczne osłabienie po operacji. Dodatni wpływ na wole pokazuje się nawet w przypadkach, które później przechodzą do operacji, jako odgraniczenie dokładne guzów od prawidłowej tkanki.

Drobnik.

Prof. Teissier. O białkomoczach przedgruźliczych. (De l'albuminurie pré-tuberculeuse) *La sem. med.* 1896 Nr. 2.

Białkomocz może o wiele miesięcy poprzedzać wybuch sprawy gruźliczej dziedzicznej, głównie u osobników płci męskiej w młodym wieku. U dziewcząt spotykamy za to częściej drugą postać dziedzicznego usposobienia do gruźlicy — mianowicie zwężenie zastawki dwudzielnej. Autor zna wiele przykładów, gdzie w jednej rodzinie te dwie postaci dziedzicznego usposobienia występują z nieubłąganą konsekwencją. Wogóle między białkomoczem a zwężeniem lewego ujścia żylnego istnieje b. ścisły związek, jak tego dowiedli Potain i P. Teissier.

Ponieważ zauważono że białkomocz występuje również po zastrzykiwaniach tuberkuliny, autor sądzi przeto, iż wytwór ten powstający w organizmie rodziców chorych na gruźlicę, zmienia odpowiednio komórki organizmu dziecięcego, usposabiając ten ostatni do opisywanego białkomoczu; ukazanie się białka w urynie nie dowodzi bynajmniej, aby gruźlica już istniała w ukrytej postaci.

Najczęściej białko pokazuje się tu w nocy i w rannych porach moczu. W nocy również najczęściej występuje wielomocz (polyuria). Mocz bywa zwykle bardzo trujący (hypertoxicitas); wałeczków pod drobnowidzem nie spotykamy wcale. Ilość fosforanów bywa znacznie zwiększona.

Po mniejszym lub większym okresie białkomoczu (z bólami głowy, zmianami w naczyniach krwionośnych itd.) następuje zwykle wybuch gruźlicy. Jeżeli białkomocz znika, a stan ogólny chorych wcale się nie poprawia, to wybuchu tego możemy się spodziewać lada chwila.

Co się dotyczy leczenia, to nie może tu być mowy o surowej dyecie zalecanej w chorobach nerek, lecz przede wszystkim wchodzi tu w swoje prawa leczenie ogólne. W okresach ze stanem gorączkowym nadaje się bardzo leżenie w łóżku. Kreozot można stosować tylko nadzwyczaj ostrożnie: arszenik, jod, tanina — mogą niekiedy okazać się użytecznymi.

Rząd.

4. Chirurgia.

Paul Klemm: Przyczynek do patologii i leczenia ran postrzałowych żołądka i jelit. (Zur Pathologie und Therapie der Schussverletzungen des Magens und Darmes.) *Sammlung klinischer Vorträge Volkmann* No. 142.

Autor na podstawie doświadczeń robionych przeważnie na psach i kotach, jako też na statystykach dochodzi do następujących wniosków:

1) W przeważnej części przypadków przenikających postrzałów brzucha są zranione wnętrzności.

2) Najczęściej zranionym jest przewód pokarmowy.

3) Rany przewodu pokarmowego są po części wielorakie (multipel).

4) Wielkość ran jest niezależną od wielkości i gatunku kuli, lecz od kąta pod jakim kula uderzyła jelito.

5) Zamknięcie ran jelita tamponem błony śluzowej (Schleimhautpfropf) zdarza się tylko bardzo rzadko.

6) Prawie zawsze z rany przedostaje się kał do otrzewny.

7) Skutkiem przedostania się kału do otrzewny powstaje zakażenie wybroczyny krwawej i zatrucie posocznice (septische Intoxication).

8) Przy terapii wyczekującej regułą jest zejście śmiertelne.

9) W każdym przypadku rany postrzałowej brzucha, w którym mamy uprawnione podejrzenie, że wnętrzności zostały zranione, wskazanem jest rozcięcie opon brzusznych aż do otrzewny.

10) W razie gdy znajdziemy otrzewną zranioną, należy natychmiast zrobić laparotomię w linii białej.

11. Stosownie do rozmiarów i jakości ran przewodu pokarmowego, zeszywa się takowe, lub wycinać potrzeba części jelita.

12. Laparotomię należy się zrobić nawet w razach istniejącego już zapalenia otrzewny.

13. Przeciwwskazanie do laparotomii stanowią tylko Schock lub oznaki posoczniczego zakażenia.

Operacją wykonać zawsze należy w dogodnych zewnętrznych warunkach wprawna ręką i przy pomocy dostatecznej asystencji.

Dr. H. Reerink. Przyczynek do operatywnego leczenia zwichnięć »niedających się wprawić.« (Zur operativen Behandlung irreponibler Luxationen.) Z kliniki chirurgicznej we Fryburgu: *Beiträge zur klinischen Chirurgie*. Tom XV. Z. II.

Autor przechodzi po kolei następujące stawy: barkowy, biodrowy, łokciowy, paluchowe, kolanowy i skokowy. Przy wszystkich zwichnięciach stawów odróżnić należy przyczyny czysto anatomicznie uniemożliwiające wprawienie specjalnie w każdym przypadku, od spraw patologicznych powstałych w stawie wskutek niewprawionego tak zwanego przestarzałego zwichnięcia. Rozróżniamy tedy dwa rodzaje zwichnięć nie dających się wprawić: 1) świeże, 2) przestarzałe. Przy świeżych zwichnięciach przyczyna niemożliwości wprawienia nawet przez biegłego i doświad-

czonego chirurga może być kilkoraka: a) komplikacja zwichnięcia ze złamaniem kości w bliskości wywichniętego stawu, oderwanie guzików (tuberkułu) kostnych przez przyczepiające się do nich ścięgna; b) interpozycja torebki stawowej i mięśni; c) owinięcie szyjki kostnej ścięgnami lub dwoma brzuskami mięsnymi (Knopflochluxation).

Przyczynę niemożności wprowadzenia przestarzałych zwichnięć stanowią: a) patologiczne zrosty główki wywichniętej kości w miejscu patologicznym i wytworzenie się nowego stawu, b) zwyrodnienie prawidłowych powierzchni stawowych, c) wybujanie wyrostków kostnych (Osteophyten) na kościach w ich częściach okołostawowych.

Wprowadzanie zwichnięć, niedających się wprowadzić przez biegłego chirurga zwykłymi sposobami za pomocą gwałtownego ciągnięcia siłą kilku ludzi lub maszynami, należy słusznie zdaniem autora jako zupełnie przestarzałe, często niebezpieczne i prawie zawsze bezskuteczne a nawet szkodliwe stanowczo zarzucić. Jedyną racjonalną metodą leczenia zwichnięć stawów niedających się z jakichkolwiek powodów wprowadzić jest operatywne. Dawniej wyniki operatywnego leczenia zwichnięć były fatalne wskutek gwałtownego ropienia i posocznicy. Z postępem antyseptyki, aseptyki operacje wykonane na stawach stają się coraz mniej niebezpieczne, a wyniki operatywnego leczenia zwichnięć nieraz idealne. Samo się przez się rozumie, że lepsze będziemy mieli czynnościowe wyniki przy świeżych zwichnięciach niedających się wprowadzić wskutek tylko anatomicznych przeszkód niż przy przestarzałych.

Dalej jasne jest z tego, co wyżej powiedziałem o przyczynach niemożności wprowadzenia zwichnięć, że zastosowane sposoby operacyjne różne będą w jednym i drugim wypadku. Ogólnie przyjąć można artrotomię jako prawidłową operację przy świeżych zwichnięciach a resekcję stawu jako normę przy przestarzałych. Dla tego powinny tak być wykonane cięcia, żeby można dokładnie cały staw przejrzeć i po naocznym rozpoznaniu zdecydować rodzaj operacji.

Oto w streszczeniu wyniki bardzo obszernej pracy odznaczającej się pracowitością ale także brakiem przejrzystości. Przytoczenie bogatej kazuistyki rozmaitych sposobów operacyjnych stawach i t. p. przekroczyłoby zbyt zakres referatu bez wyczerpania treści obfitej. Dla tego też specjalne informacje należy odszukać w pracy samej. Jedną tylko uwagę referent ośmiela się zrobić. Autor za mało dowierza artotomii czystej przy zwichnięciach niedających się wprowadzić stawu łokciowego. Ref. posiada właśnie co do tego stawu doświadczenia znaczne i na podstawie własnej obserwacji i wyników swoich operacyjnych zabiegów twierdzi, że nawet przy przestarzałych i bardzo powikłanych zwichnięciach stawu łokciowego artrotomia daje wyniki zawsze tak dobre, że niepewne wyniki resekcji w porównanie z nim iść nie mogą. Dla tego ref. najchętniej odrzuciłby resekcję zwichniętego stawu łokciowego stanowczo. Co się tyczy stawu biodrowego ref. uważa resekcję więcej uprawnioną niż autor.

Dr. Fr. Hofmeister: Anestezja lokalna za pomocą infiltracji metodą Schleich'a. (Zur Schleich'schen Infiltrationsanästhesie). Z kliniki chirurgicznej w Tubindze. *Beiträge zur klinischen Chirurgie* Tom XV zeszyt II. 1896.

Na wstępie wyraża autor swoje zdziwienie, że metoda znieczulania głosząca tak wielkie zalety, tak mało dotychczas zyskała zwolenników. Wobec rzeczywistego niebezpieczeństwa połączonego z każdą narkozą, wobec niedogodności dotychczasowych sposobów miejscowego znieczulania powinny być przynajmniej po większych zakładach poliklinicznych zrobione próby z metodą znieczulania dającą wyniki prawie idealne, jeżeli jej wynalazca z miłości do sprawy sam siebie nie łudzi.

Otóż autor wykonał kilkadziesiąt po większej części mniejszych operacji za pomocą owej metody, pomiędzy niemi 26 kaszaków, kilka guzów ścięgien (ganglion) torbieli dermoidalnych na twarzy, roztrzeni naczyń itd. i jest bardzo zadowolony ze swoich wyników. Znieczulenie zawsze było kompletne, chory tak mało

uczynał wogóle, że po skończeniu operacji myślał, że takowa się dopiero zaczyna. Bardzo przyjemną jest anemia lokalna spowodowana wypędzeniem krwi przez wcisnięty w tkankę płyn. Autor broni metody tej przed zarzutem, jakoby wskutek onej rychłowzrost był utrudniony, i powstawała wskutek osłabienia tkanek łatwiejsza skłonność do ropienia. Jak podczas każdej operacji tak i przy operacjach wykonanych za pomocą znieczulenia metody Schleich'a czystość zapewnia rychłowzrost. Autor oświadcza się jako stanowczy zwolennik tej metody, ale z jego pracy można wyczytać i ważne przyczyny, dla których ona nie zdołała sobie zdobyć ogólnego uznania chirurgów tęskniących od dawna do jakiegoś pewnego i prostego sposobu miejscowego znieczulenia, uwalniającego ich od konieczności zastosowania zbyt częstego uśpienia za pomocą chloroformu lub eteru. Otóż najpierw procedura znieczulenia trwa stosunkowo bardzo długo i to często dłużej niż sama operacja. Dalej ból powstający wskutek rozpierania tkanek przez płyn wciskany w nie gwałtem jest często tak wielki, że przewyższa ból zadany nożem. Przy wielu zapalnych procesach i głębokich infiltracjach, skutek jest niedokładny. Najważniejszą jednakże zdaniem referenta niedogodnością metody Schleich'a jest zatarcie anatomicznych różnic tkanki prawidłowej od nieprawidłowej. Zdaniem autora np. podwiązanie żyły podskórnej odgoleniowej (vena saphena) należy przy znieczuleniu powyższą metodą do nadzwyczaj trudnych i niepewnych operacji. Skutkiem tego zatarcia anatomicznej różnicy tkanek, wycięcie np. kaszaka przedstawia trudności, tak, że rzadko się udaje całkowite jego wyłuszczenie. Z tego się pokazuje, że metoda Schleicha znieczulenia miejscowego posiada bardzo poważne niedogodności nie dające jej wstępu do codziennej praktyki lekarskiej.

Dr. Carl Schlatter: O leczeniu zranień urazowych wątroby (Die Behandlung traumatischer Leberverletzungen). Z kliniki chirurgicznej w Zurichu: *Beiträge zur klin. Chirurgie* Tom XV zeszyt II 1896.

Na podstawie kilku spostrzeżeń z kliniki chirurgicznej w Zurichu autor dochodzi do następujących wyników. 1) Bezpośrednią przyczyną śmierci w poważnej części przypadków zranienia wątroby jest krwiotok. Wylanie się żółci do jamy brzusznej daleko mniej przedstawia niebezpieczeństw od krwiotoku. 2) Rany cięte lub postrzałowe wątroby zniewolić powinny chirurga do natychmiastowej laparatomii w celu zatrzymania krwiotoku, lecz także względy na desynfekcję i dokładne rozpoznanie powinny być dostateczną przyczyną do próbnego rozcięcia brzucha. 3) Rozdarcia wątroby (Leberupturen) podskórne dają chirurgowi prawo, skoro tylko rozpoznanie polega na prawdopodobieństwie, do zalecenia wczesnej laparatomii, w celu zapobieżenia krwiotokom. 4) Im wcześniejsza laparotomia, tem daje lepsze wyniki. 5) Najpewniejszym środkiem wstrzymującym krwiotoki wątroby jest szew wątroby. W celu pewnego wstrzymania krwiotoku zaleca się zakładanie szwów głębokich idących przez miąższ wątroby. Szwy powierzchowne założone tylko na grubość torebki zdolne są do wstrzymania tylko powierzchownych krwiotoków, ale podtrzymywać mogą głębokie szwy miąższowe. 6) Materiał użyty do szwów powinien być grubym, ażeby nie przerzynał kruchego miąższu wątroby; najodpowiedniejszym materiałem do szwu wątroby jest gruby catgut. 7) Tylko przy zranieniach wątroby tak umiejscowionych, że założenie szwu staje się niemożliwym albo przy zranieniach obszerniejszych powierzchni wątroby zaleca się tamponada. 8) Przystęp najdogodniejszy do miejsca zranienia we wątrobie daje laparotomia wykonana albo w linii białej albo za pomocą cięcia poprowadzonego wzdłuż prawego dolnego brzegu klatki piersiowej. W przypadkach, w których jedna albo druga metoda cięcia nie wystarcza można kombinować jedną z drugą lub wziąć do pomocy resekcją dolnej części klatki piersiowej bez otwarcia jamy opłucnej podług Launengue'a. (Cięcie 2—3 ctm. nad dolnym brzegiem klatki piersiowej idące 3 ctm. na zewnątrz od brzegu mostka aż do złączenia 10-go żebra i jego chrząstki. Przyp. ref.)

Drobnik.

6. Choroby gardła, nosa i uszu.

Ziem: Ciała obce w jamie szczękowej (Ueber Fremdkörper in der Kieferhöhle). Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1896. 1.

Autor na mocy dwóch przypadków roztrząsa bliżej sposoby zapobiegania wnikania ciał obcych do jamy Highmora, jako i metody wydobywania ich z tamtąd. Combe omawiał na posiedzeniu laryngo-otologów francuzkich przypadek, w którym dren cynowy przełamany wniknął do jamy szczękowej, założony w otwór zrobiony w łożysku zęba. Rurka ta 4 lata przebywała w jamie szczękowej — przyczem ropienie ciągle trwało. Przy wycieraniu nosa nagle chory uczuł obce ciało w nosie, z kąd wypadło otoczone serowatemi massami. Rurka była $2\frac{1}{2}$ ctm. długą a ważyła 50 grm. Combe w literaturze opisu podobnego przypadku nie znalazł, a Rangé przypomniał historią choroby Ziema, którą tenże w roku 1886 ogłosił. Ziem cierpiał także na zapalenie jamy szczękowej, a przy jej wyłęczekkowaniu, ułamała się łyżeczka i znanego gdańskiego laryngologa o mocną chorobę przypawiła. Przypomnienie własnego przypadku spowodowało autora do bliższej rozważki nad tem, jak można unikać wnikania obcych ciał do jamy i co w razie takim czynić wypada, a dochodzi do następnych zasad.

1) Przedewszystkiem trzeba używać stósownych a dobrych narzędzi do otwierania jamy przez zębodół. (Referent bardzo się godzi na powyższe, bo sam miał przykre w tym kierunku doświadczenie. Przywołany do konsultacyi i przebicia kości stropowej zębodołu użył nie własnego, lecz podanego trójgrańca, nowego zupełnie, w Paryżu kupionego. Kłując naprzód i kręcąc w pół koła obrotach uczuł, że się nie posuwa. Z ostrożności cofa narzędzie, ku swemu zdziwieniu jednakże spostrzega, że czubek ostry trójgrańca ułamany. Trójgraniec ten składał się z blaszanej rurki, u której górnego końca trójkątne ostrze było osadzone. Naturalnie od słabej blachy ostrze się ułamało i tkwiło szczelnie w kości, w tym przypadku nadzwyczaj zgrubionej. Ostrze wydobyć było nie możebnem, i trzeba było kawałek kości usunąć, aby je wyjąć. Mimo przykrego wypadku zapalenie ropne jamy szczękowej dość szybko się wygoiło, a referentowi dał wypadek naukę strzeżenia się operowania obcemi narzędziami, choćby były z »Paryża.«)

Ziem poleca głównie do przebicia kości stropowej zębodołu świder, jakiego używają dentyści, pędzony nogą. W entuziasmie idzie tak daleko, że pragnąłby, aby świder wodą był pędzony — by wstrzymać wstrząsanie tkanek, o co tak wielce szło Pirogoffowi. Do rozszerzania otworu radzi wziąć większy świder, a nigdy nie używać łyżeczki ostrej, która, jak sam na sobie doświadczył, ułamać się może.

b) Słusznie autor dalej przeciwnym jest zakładaniu zatykaczy (obturator) i rurek drenowych w otwór. Przypadek Combego dostatecznie przestrzegać powinien, a chociażby i kawałeczek bułki lub innej potrawy wszedł w jamę, szkodzić to nie może przy przepłukiwaniu. Kanał jest tak wąski, że chyba tylko maleńkie odrobiny weń wcisnąć się mogą. Ziem miał większy otwór, a jednakże nigdy potrawy do niego nie wchodziły, bo zresztą chory szybko zdrową stroną jeść się nauczył.

c) Kaniulki do przepłukiwania używane winne być mocne, nie pęknięte, a krótkie, bo przy niezgrabnem zastosowaniu złamać by się mogły.

2) Pirogoff, Dupuytren, Hyrtl podawali, że kule w jamie szczękowej nie wymagają natychmiastowego wydobywania, że bezkarnie pozostawić je można, że często same drogę wyjścia sobie utorują. Możliwa, bo sprawa dotyczy zdrowego człowieka z zdrową jamą szczękową. Inna rzecz, skoro ciało obce wnijdzie do jamy zajętej ropnem zapaleniem. W takim razie wskazane, usuwanie ciała obcego nie zwlekać.

a) Dwa razy udało się autorowi złamaną część kaniuli, którą tylko zgłębnikiem wymacać było można, wyjąć za pomocą wprowadzonego zagiętego u góry drutu, który potem okręcił. Czasem wydobyć się może haczykami mocnymi.

b) Przy stalowych kaniulach możnaby celem ich wydobywania użyć magnesu.

c) By nieraz zgięte obce ciało wydobyć, trza będzie czasem użyć nożyczek do cięcia kości Rosera.

d) Ciało obce może drogą naturalną przez nos być nieraz wydalone, jeżeli wielką ilość wody przy mocnym prądzie do jamy wlejemy.

e) W ostatecznym razie wskazanem będzie szerokie otworzenie jamy przez zębodoł zęba siecznego.

Urbantschitsch: O ćwiczeniach słuchu u głuchoniemych i po utracie słuchu w wieku późniejszym. (Ueber Hörübungen bei Taubstummheit und bei Ertaubung im späteren Lebensalter.) Wien 1895.

Zdanie Prof. Grubera o dziełku autora podajemy tu podług Monatschrift f. Ohrenheilkunde etc. Luty 1896, godząc się zupełnie na takowe. Autor podjął się zadania, zestawienia wszystkiego co inni lub on sam o ćwiczeniu słuchu u głuchych napisał, ogłaszając w tej sprawie monografią. Niezaprzeczenie dał znakomity przyczynek dla literatury o kształceniu głuchoniemych, co na uznanie zasługuje. Nowego co prawda nie nie podał, zdania nie zmienił, które już kilka razy w wykładach swych objawił. Dotąd też sądzi, że zupełnie głusi przez ćwiczenia słuchu pewien stopień słyszenia osiągnąć mogą, na co godzić się niepodobna. Co uzyskać można przez takie ćwiczenia u ludzi, którzy pewien stopień słuchu posiadają, wiadomem było wszystkim lekarzom chorób usznych i podług tego też postępowali. Inna rzecz u zupełnie głuchych, u nich wszelkie ćwiczenia nie nie pomagają — a jeżeli nieco pomogą, korzyść ta nigdy nie równa się wielkim zabiegom i pracy, jakie przedsiębrać trzeba. Gruber jest pewien, że tak autor, jak i wszyscy, którzy tą metodą słuch sprowadzić pragną, przyjdą do tego samego przekonania, jeżeli nie zaraz, to z pewnością po dłuższem leczeniu.

Straus: Obecność prątków w gruźliczych w nosie zdrowego człowieka. (Sur la présence du bacille de la tuberculose dans les cavités nasales de l'homme sain.) Annales des maladies de l'oreille et du larynx. 1895 No. 2.

Autor wykazał, że u zupełnie zdrowych ludzi, którzy razem przebywali w pokojach z chorymi na gruźlicę, w nosie prątki gruźlicze się znajdują. Zaszczepione morskim świnkom prątki wywoływały ogólną gruźlicę. Cornet stwierdził prątki gruźlicze w powietrzu przez suchotników zamieszkałych pokoji, Straus znalazł je w nosie, z czego wynika, że tą drogą oddechową do ustroju wnikają.

Kochler.

5. Balneologia i Hydroterapia.

Dr. Al. Strasser (z Wiednia): O okładach, ich sposobie działania i zastosowywania. (Ueber Umschläge, ihre Wirkungs- und Anwendungsweise.) Z oddziału prof. Winternitza ogólnej polikliniki wiedeńskiej. *Blätter für klin. Hydrotherapie* No. 2. 1896.

Żadnego zabiegu wodoleczniczego nie używamy tak często w całej naszej medycynie jak okładów. By jednakowoż zastosować je umiejętnie, trzeba nam znać dokładnie, w jaki sposób oddziałuje miejscowo zimno i ciepło na nasze ciało.

Esmarch, Schultze i Winternitz licznymi doświadczeniami stwierdzili, że dowolnie zdołamy aż do pewnej głębokości ciepłotę tkanin zmieniać za pomocą miejscowych zimnych lub ciepłych zabiegów. Gdy na powierzchnią naszą działa podnieta o niskiej ciepłocie, ujrzymy następujące zjawisko: Skóra blednie, naczynia krwionośne obwodowe się kurczą, cały obszar zadrażniony staje się niedokrewnym; w otoczeniu jego bezpośredniem występuje kolateralne przekrwienie bierne. Póki bodziec w niskiej ciepłocie oddziałuje, skurcz naczyń utrzymuje się stale, krew świeża dopływ ma utrudniony, a ponieważ odpływ żylny zależy między innymi po największej części od krążenia tętniczego, przeto powstaje powoli miejscowe prze-

krwienie bierne, skóra staje się siną, wreszcie wskutek zupełnej przerwy w krążeniu a więc i odżywianiu tkaniny obumierają.

Wpływ podniety o *wysokiej* ciepłocie na powierzchnię ciała jest pod wielu względami powyżej opisanemu przeciwny. W pierwszej chwili wywołują wysokie stopnie ciepła skurcz naczyń obwodowych; bardzo szybko jednakowoż tenże ustępuje, naczynia tętnicze skórne się rozszerzają, a krew napływa do zadrażnionego obszaru coraz to silniej. Gdy działanie podniety tej bez przerwy przedłużamy, naczynia pozostają w stanie stałego rozskurczu, a jako następstwo utrzymuje się nadmierne przekrwienie; bieg krwi, krążącej się zwalnia, powstają zmiany odżywcze! w ścianach naczyń wreszcie wytwarzają się ograniczone zapalenia.

Autor rozróżnia dwa rodzaje okładów 1) *zimne* i 2) *gorące*. Zimne dzieli na a) *chłodzące* b) *odgrzewające*, zwane także *opaskami*.

Okłady zimne lub gorące stosujemy w ten sposób, że kawał grubego płótna (ręcznik) składamy we czworo i umaczawszy w zimnej lub gorącej wodzie a *wydzawszy tylko tyle*, by woda nie ściekała, kładziemy na obszar ciała, który chcemy zadrażnić. Oba te rodzaje okładów możemy często zmieniać lub za pomocą odpowiednich przyrządów (węża, przez który bezustannie przepływa zimna lub gorąca woda, lub pęcherza napełnionego lodem lub gorącą wodą) utrzymywać przy tej ciepłocie, którą sobie mieć życzymy.

Okłady *ogrzewające* lub *opaski* zakładamy najprościej w ten sposób, iż na wydzęty dobrze i we dwoje lub czworo złożony kawał płótna stosujemy flanelę, obwijając ją naokół, na tak długi przeciąg czasu, aż nie uschnie lub się dobrze nie zagrzeje.

Skutek opasek jest następujący. W pierwszej chwili pod wpływem zimna kurczą się naczynia obwodowe. Ponieważ jednakowo i organizm nasz ma tendencję różnice ciepłoty na powierzchni ciała wyrównywać, więc przez to ciepło, które mu odciąga, zagrzewa się opaska tak silnie, aż dorównuje z początku ciepłocie ciała, a powoli nawet krwi, nie mogąc ciepłoty swej pod przykryciem flanelowym utracić. Wskutek tego początkowy skurcz naczyń tętnicowych obwodowych ustaje, krew do nich napływa tem silniej, im więcej pod wpływem rozgrzanej opaski się rozszerzają, napięcie ich się potęguje, jednym słowem wytwarza się w obszarze zadrażnionym przekrwienie czynne (active Hyperaemie). Ponieważ opaski oddziałują w ostatecznym rezultacie przez ciepło, jak to powyżej wywiedliśmy, więc możnaby sądzić, że prościej będzie stosować od razu okłady gorące. Tymczasem według doświadczeń Winternitza, o których poniżej, różnica w działaniu opaski a okładu gorącego jest bardzo znaczna.

W. zliczył ilość krwinek czerwonych i białych w czubku palca i skórze łydek, później w czubku palca i skórze brzusznej. Na łydkach założył opaskę i pozostawił ją przez 1½ godziny t. j. aż do zagrzenia. Na skórze zaś brzusznej w drugim doświadczeniu zastosował okład gorący o 40° R. stałej ciepłoty również przez 1½ godziny. W pierwszym przypadku wzmożła się w skórze łydek znacznie ilość krwinek czerwonych i białych oraz hemoglobiny, podczas gdy w czubku palca ilość tych morfotycznych elementów krwi się zmniejszyła. W drugim pod okładem gorącym zauważył W., iż ilość krwinek czerwonych i hemoglobiny w skórze brzusznej opadła, a w czubku palca się wzmożła. Jedynie krwinki białe pomnożyły się równie silnie jak pod opaską, co dla przemiany materii najmniejszego nie ma znaczenia. Pod opaską więc mamy przekrwienie *czynne*, silnie krwią przepiętne naczynia obwodowe, mające w następstwie odkrwienie w przeciwnych częściach ciała (czubku palców); pod gorącym okładem wytwarza się tylko w rozskurczonych naczyniach kongestia krwi, ubogiej co do ilości krwinek czerwonych i hemoglobiny.

Stosowanie okładów lub opasek na powierzchnię ciała znalazło najwięcej przeciwników pomiędzy dermatologami. Najwybitniejszy z nich Hebra wręcz oświadczył, iż zabiegi wodolecznicze więcej przy chorobach skórnych szkody, niż pożytku przynoszą. Przy zapaleniach skóry jak n. p. karbunkulach, furunkulach lub czerwonce stosował H. okłady zimne aż do -15° R. i gorące aż do +40° R. żadnego jednakowoż nie zauważał wybitnego skutku. Ani zimne ani gorące nie

zdołały powstrzymać przy czerwonce inwolucyi, przy furunkulach ropienia lub przy karbunkulach nekrozy, wogóle przebieg choroby był ten sam czy to przy zimnych czy gorących okładach. Wskutek tego H. używał ich tylko dla sprawienia ulgi choremu i stosował się co do stopnia ciepłoty według życzenia chorego. Niktby dzisiaj z lekarzy nie zgodził się *bezwarunkowo* na zdanie Hebry. Działanie podniet w wysokiej lub niskiej ciepłocie zanadto dobrze jest nam znane dzisiaj, by powyższemu zapatrywaniu Hebry przywtarzać. Czy więc zabieg zimny czy gorący, zależy głównie od stadyum zapalenia. W początkowym, w którym krążenie jeszcze nie ustało a zachodzi tylko przekrwienie zadrażnionego obszaru, najlepiej oddziała zimno, chociaż już cyrkulacya krwi zwolniona, chociaż nawet białe krwinki występują z naczyń i rozpoczyna się ropienie, gdzie się jednakowoż zapalenie do tego stopnia wzmogło, iż krążenie zupełnie ustało, tam pęcherz z lodem, wywołując skurecz w zadrażnionych naczyniach, stagnacyą krwi powiększy. W tych przypadkach trzeba nam zastosować okład gorący, by przez rozszerzenie naczyń krążenie przywrócić, a osiągnąwszy to przejść do opaski, za pomocą której albo ropień przyspieszymy, albo też jeżeli zapalenie jeszcze za daleko nie postąpiło, rozpoczynający się naciek tkanin wessamy.

Na innem miejscu gani Hebra opaski dla tego, że są przyczyną wyrzutów skórnych, pryszczycy, furunkulów itd. Zarzut ten, stracił swe znaczenie od czasu, gdyśmy się przekonali, iż wszystko złe pochodziło od nieczystości używanego do okładów płótna; od kwasów tłuszczowych, które się w wielkich masach wskutek wzmoczonego pod opaską potu nagromadzały, w płótno wsiąkały i później mocno skórę drażniły.

Dwie jeszcze, ważne kwestye wypada nam wyjaśnić:

1) czy przy opasce koniecznie potrzeba używać papieru gutaperkowego lub innych, wilgoci nie przepuszczających materiy;

2) jak często zmieniać ją, by pożądaný osiągnąć skutek.

Co się tyczy pierwszego, to po większej części chcemy, by okład wygrzewający usechł, gdy woda w nim zawarta rozgrzała się do tego stopnia, iż zaczyna silniej parować. W razie potrzeby świeżo cały okład możemy odnowić. Drugi powód, dla którego autor wogóle nie życzy sobie papieru gutaperkowego jest ten, iż ciepłota skóry nie wzmaga się pod nim więcej niż pod zwykłym płóciennym lub flanelowym.

Kiedy mamy okłady zmieniać? Jeżeli nam chodzi o zimne lub gorące, odpowiedź rozumie się sama przez się: zimny, gdy zaczyna się rozgrzewać, gorący, gdy zaczyna stygnąć. Dla okładów zaś ogrzewających należy nam się trzymać tej reguły, żeby je zmieniać wówczas, gdy uschły tj. co 3—5 godzin. Gdzie jeszcze po 5 godzinach jest wilgny, a zwłaszcza gdzie przez cały ten czas pacjent zamiast miłego ciepła uczuwa bezustanny chłód nieprzyjemny, tam przyczyną jest nieprawidłowe krążenie skórne, jakie często zauważamy u osób niedokrewnych, tuberkulicznych lub kachektycznych, wskutek najrozmaitszych chorób. W takich razach mamy jeszcze następujące zabiegi posiłkujące do dyspozycyi. Albo trzeba nam przed założeniem opaski natrzeć mocno skórę wilgny ręcznikiem, albo postarać się o wodę jak najzimniejszą, jeżeli można o lodowatą, która miejscowo pobudzi silniejsze przekrwienie odczynowe, tak zwaną reakcyą, albo w najuporczywszych przypadkach uciec się do zastosowania papieru gutaperkowego, pod którym wykluczmy parowanie okładu, a przez to samo nawet i najlepiej oziębianie skóry. Z wywodów tych wszystkich powyżej przytoczonych wynikają następujące *wskazania* ogólne:

Zimne okłady trzeba nam stosować wszędzie, gdzie zwalczać chcemy ostre zapalenie miejscowe, polegające na miejscowym przekrwieniu, gorączce, krwawieniu lub wysięku.

Gorące okłady wypada nam stosować w tych przypadkach ostrego zapalenia, w których ropienia już powstrzymać nie możemy, a w których je chcemy potęgować występowywanie białych krwinek z naczyń, przyspieszyć; prócz tego przy bólach niezapalnej natury, jak przy newralgiach i kurczach jako środek uspokajający.

Opasek zaś używać będziemy w przypadkach zapalenia przewłocznego, jako środka przyspieszającego wessanie wypociny i dla wzmocnienia mięśni przewodu pokarmowego przy opasce brzusznej, której działanie równa się tutaj natryskom szkockim. Pierwotne zimno wywołuje skurcze mięśni przewodu pokarmowego, następne ciepło usuwa je czyli że mięśnie, będąc zmuszone do wykonywania ruchów, zyskują powoli na sile i sprężystości.

A Strasser i D. Kuthy. O alkalescencyi krwi i kwasocie moczu przy oddziaływaniu bodźców termicznych na organizm. (Ueber Alkalinität des Blutes und Acidität des Harnes bei thermischen Einwirkungen aus der Abteilung des H. Prof. Winternitz an der Allgemeinen Poliklinik in Wien.) *Blätter f. kl. Hydrotherapie* No. 1. 1896.)

Z prac Fodora (1887), Nathalla i Flüggego (1888) wiemy, że krew żyjącego, zdrowego organizmu zwierzęcego posiada własność niszczenia bakterii przy chorobach zakaźnych. Buckner (1889) przypisywał ją ciałom białkowatym, znajdującym się w surowicy krwi, zwanym »aleksynami.« W najnowszym czasie wykazał Fodor, iż surowica krwi tem silniej niszczy drobno-ustroje, im więcej jest alkaliczną, tem mniej zaś stawia oporu mikroorganizmom chorób zakaźnych, im mniej posiada alkalescencyi. Powyższe twierdzenie Fodora spowodowało do badania krwi pod względem chemicznym u ludzi i zwierząt, wystawionych na bodźce termiczne Strassera i Kuthego, którzy przy ogromnym materiale klinicznym pawilonu dla hydroterapii A. Winternitza już empirycznie przyszli do przekonania, iż w chorobach zakaźnych wodoleczenie przewyższa wszystkie inne metody.

W dwojaki sposób możemy oznaczyć stopień alkalescencyi krwi, najprzód badając krew samą za pomocą metody Limbecka (Wien. med. Blätter Nr. 19, 1895), dalej ocenając stopień kwasoty moczu według Freunda i Liebfaina (*Zeitschrift für physiol. Chemie*. Bd. XX., Heft 1). Znając bowiem ilość kwasoty moczu, wiemy, ile kwaśnych substancji przemijająco we krwi się znajdowało, i możemy z tychże wnioskować, czy krew mniej, czy więcej pod wpływem bodźców termicznych była alkaliczną.

Badanie moczu wykonywali autorowie na samych sobie. Kuthy wystawił ciało swe na działanie kąpieli gorących aż do 32° R. i kąpieli parowych. Strasser zaś przedsiębrał zabiegi zimne. Badanie krwi podejmowano na psach narkotyzowanych, które również poddawano raz działaniu kąpieli gorących, drugi raz kąpieli zimnych; doświadczeń tych wszystkich dotychczas, jak sami autorowie przyznają, odbyło się wogóle jeszcze mało, 5 badań moczu po zabiegach ciepłych lub gorących, a 4 po zimnych; 3 razy zaś wogóle badano krew zwierząt, w tych dwa razy po kąpielach zimnych raz jeden po gorącej. Zgodnie jednakowoż we wszystkich przypadkach pokazało się, iż zabiegi zimne alkalescencyą krwi potęgują, równocześnie kwasotę moczu zmniejszając, zabiegi zaś ciepłe, resp. gorące na alkalescencyą krwi działają ujemnie, kwasotę moczu potęgując.

W doświadczeniach tych więc mamy ważny przyczynek do wyjaśnienia, dla czego tak bardzo korzystnie oddziałuje hydroterapia przy chorobach zakaźnych, a zarazem poparcie twierdzeń Fodora, iż im więcej jest krew alkaliczną, tem skuteczniej niszczy drobnoustroje chorób infekcyjnych. J. Panieński.

E. Sprawy zawodowe.

(*Jeszcze kasy chorych w Berlinie. Projekt rozszerzenia władzy dyscyplinarnej izb lekarskich w Prusach.*)

(§) Walka między lekarzami w Berlinie nie tylko wre dalej, ale coraz więcej się zaostrza. Owi lekarze (150-ciu), którzy poza plecami lekarzy wolnego wyboru

przyjęli miejsce stałych lekarzy kasowych i podkopali w ten sposób całą instytucję wolnego wyboru lekarzy w większej części kas chorych w Berlinie, kroczą coraz dalej na spadzistej drodze i nie wahają się coraz niegodziwszych używać środków. Połączywszy się bowiem w stowarzyszenie lekarzy kasowych, ogłosili, że leczyć będą rodziny członków tych kas chorych, które ustanowią ich jako lekarzy kasowych po *zniżonej* cenie. Krok ten wywołał okrzyk oburzenia między lekarzami berlińskimi. Obrachowano, że, gdyby zamiar ten przyszedł do skutku, 1 300 000 pacjentów odebranoby reszcie lekarzy berlińskich i że na pojedynczego lekarza w Berlinie przypadłoby tylko 215 mieszkańców. Podkopanoby natenczas byt większej części lekarzy berlińskich, a młodszym lekarzom, dla których widoki obecnie nie są dość pomyslnie, uniemożliwionoby wyrobienie sobie w sposób uczciwy praktyki.

Ale nie dosyć na tem! Ponieważ stowarzyszenie wolnego wyboru lekarzy mogłoby owym lekarzom przeszkadzać w osiągnięciu zamysłów i utrudniać zdobycie wszystkich kas chorych w Berlinie, postanowiono rozbić całe stowarzyszenie. Możliwość myśleć, że lekarze owi, którzy wystąpili przeciw zasadniczym podstawom stowarzyszenia lekarzy wolnego wyboru, przestali dobrowolnie lub niedobrowolnie być członkami tego towarzystwa. Lecz stało się inaczej. Stowarzyszenie wykluczyło owych odszczepieńców z grona swego, lecz dla błędów formalnych, jakie zaszły przy wykluczeniu, udało się wykluczonym zmusić na drodze sądowej stowarzyszenie do cofnięcia uchwały i pozostali prawie wszyscy członkami tego stowarzyszenia. Kiedy więc w początku marca r. b. zwołano walne zebranie stowarzyszenia lekarzy wolnego wyboru, rozpoczęli agitacją, ażeby wybrano ich do zarządu. Lecz zamiary ich i starania spełzły na niczem i przepadli z kretesem przy wyborach.

Stósunki obecne w Berlinie jasno i dobitnie wykazują, na jakie drogi prowadzi dzisiejsza dzika i nieczem niehamowana konkurencja między lekarzami. Wszelkie zasady etyki depce się nogami, nie waha się użyć środków nieuczciwych i niegodnych, ażeby wyrwać innym lekarzom część dochodów. Potępienia godnem było, że jedna część lekarzy berlińskich zerwała solidarność i osobiste interesa wyżej stawiała, jak sprawy ogólne, z których wszyscy lekarze berlińscy mogli mieć dochody. Ale wstrętnem jest patrzeć jak ci lekarze dla utrzymania się na swych stanowiskach ofiarują sami dla rodzin członków kas chorych ustępstwa materyalne, które podkopać mogą byt i egzystencją wielu kolegów. Znajac bowiem usposobienie robotników dla *stałych* lekarzy kasowych, wiedzą, iż zbyt długo na stanowiskach swych się nie utrzymają, jeżeli w inny sposób nie pozyskają popularności członków kas chorych.

Nie dziwnego, że oburzenie i zamieszanie wybuchło w kołach lekarzy berlińskich. W celu zaprotes'towania przeciw takiemu postępowaniu członków stowarzyszenia lekarzy kasowych zwołano niedawno zebranie ogólne lekarzy berlińskich i po długich i burzliwych rozprawach, w których nikt nie śmiał usprawiedliwiać postępowania owych lekarzy, przyjęto jednomyślnie następującą rezolucję:

„Zebranie potępia ostro uchwałę stowarzyszenia lekarzy kasowych o *zniżeniu* cen za leczenie rodzin członków kas chorych, ponieważ postępowanie takie 1) szkodzi materyalnie w dotkliwy sposób lekarzom, 2) poniża godność stanu lekarskiego, 3) uniemożliwia młodszym lekarzom wyrobienie sobie praktyki.“

Prędzej, aniżeli się spodziewać było można, wystąpił rząd pruski z nowym projektem rozszerzenia władzy dyscyplinarnej izb lekarskich. Minister oświecenia przedłożył bowiem izbom lekarskim ustawę dotyczącą zaprowadzenia sądów honorowych dla lekarzy i ściągania składki rocznej od każdego lekarza na wydatki izb lekarskich. Sprawa ta jest bardzo wielkiej doniosłości dla lekarzy, mieszkających w Prusach, a ponieważ tyczy także nas Polaków, trzeba się nad nią obszerniej zastanowić.

Już w r. 1889 obradował w Brunświku sejmik stowarzyszeń lekarskich obszernie nad kwestyą, czy potrzebnem jest, ażeby w towarzystwach lekarskich istniały osobne przepisy, jak się lekarz winien wobec kolegów i publiczności zachowywać i czy są w towarzystwach lekarskich potrzebne sądy honorowe, któreby na kolegów, nieśtósujących się do tych przepisów i poniżających postępowaniem swem godność stanu lekarskiego, nakładały nagany i kary.

Obrady były wtenczas bardzo burzliwe. Po długich rozprawach większość

stowarzyszeń oświadczyła się za zaprowadzeniem w towarzystwach lekarskich sądów honorowych, a zarazem przyjęto przepisy, zawierające główne punkta t. zw. etyki lekarskiej. Trzeba jednakowoż zauważyć, że wtenczas opozycja przeciw tej uchwale była dość znaczną, że wielu lekarzy, zajmujących wybitne stanowisko w pracy nad sprawami zawodowymi lekarzy, projekt cały ostro zwalczało i że mianowicie lekarze z miast wielkich występowali jako najwięksi nieprzyjaciele zaprowadzenia etyki lekarskiej w towarzystwach. Obrady te miały naturalnie znaczenie teoretyczne, bo nikt nie mógł towarzystw lekarskich zmusić do zaprowadzenia sądów honorowych. Rozprawy te wykazały jedynie, że, chociaż większość towarzystw uznaje potrzebę sądów honorowych, jednakowoż niemało lekarzy jest przeciwnego zdania.

Kwestya tych sądów honorowych nie schodziła od tego czasu wcale z porządku dziennego. Kiedy w r. 1893 ministerjum pruskie wystąpiło z projektem rozszerzenia władzy dyscyplinarnej izb lekarskich i zaprowadzenia sądów honorowych w izbach lekarskich, wywiązała się znowu w pismach fachowych namiętna polemika między zwolennikami i przeciwnikami tych instytucji. Zarazem pokazało się, że opozycja pod wpływem coraz smutniejszych stosunków między lekarzami bardzo się zmniejszyła i że prawie wszystkie izby lekarskie projekt rządu pruskiego byłyby przyjęły, gdyby rząd nie był lekarzy-urzędników i lekarzy wojskowych wyłączył z pod władzy dyscyplinarnej izb lekarskich. Obecnie nawet lekarze berlińscy, którzy stali na czele opozycji, wobec postępowania wspomnianego stowarzyszenia lekarzy kasowych w Berlinie domagają się od rządu zaprowadzenia sądów honorowych.

Ażeby sprawę całą wszechstronnie wyświecić, poznać musimy, jakie wątpliwości i zarzuty mają przeciwnicy etyki lekarskiej i sądów honorowych dla lekarzy. W tym celu przytoczę w streszczeniu artykuł, który prof. Rosenbach z Wrocławia umieścił niedawno w „Zeitschrift für sociale Medicin“ pod tytułem „Zawód lekarski a sądy honorowe.“ Píše on:

„Żadne środki dyscyplinarne i żadne kary nie usuną biedy i upadku moralnego, jaki obecnie napotykamy między lekarzami. Szkody te wywołuje bowiem walka o byt. Zresztą upadek moralny między lekarzami nie jest tak wielkim, jak go przedstawiają zwolennicy sądów honorowych. Stan lekarski rozpada się obecnie na 3 części: stan profesorów i kierowników wielkich zakładów chorych, stan specjalistów i stan lekarzy praktycznych. Podczas gdy powaga i godność profesorów i specjalistów wzrasta coraz więcej u publiczności, zmniejsza się znaczenie i powaga lekarzy praktycznych coraz więcej. Przyczyną tego objawu jest zwiększanie się dochodów profesorów i specjalistów, zmniejszanie się zaś dochodów lekarzy praktycznych. Publiczność obecnie wydaje wiele więcej na lekarzy, jak przed 20 lub 30 laty. Dochód lekarzy zwiększył się odpowiednio do liczby lekarzy. Lecz to plus, które obecnie publiczność wydaje na lekarzy, dostaje się głównie do kieszeni profesorów i specjalistów; lekarzom praktycznym dostaje się tylko mała częśćka.

Nie samo jednakowoż zmniejszenie się dochodów jest przyczyną zmniejszonego szacunku publiczności wobec lekarzy praktycznych. Można bowiem zauważyć, że publiczność dla przedstawicieli wszelkich wolnych zawodów okazuje obecnie mniejszy szacunek, ponieważ dzisiaj publiczności imponują jedynie uniformy i tytuły.

Wielu lekarzy i stowarzyszeń lekarskich, pisze dalej autor, żąda obecnie dla zapobieżenia upadkowi moralnemu i materialnemu lekarzy ograniczenia liczby słuchaczy nauk lekarskich, przedłużenia studyum, obostrzonych egzaminów, urządzeń na wzór cechów średniowiecznych i praw ostrych przeciw wszelkim objawom niekoleżeństwa. Nie zważają jednakowoż lekarze, że definicya koleżeństwa jest jednym z najtrudniejszych problemów i że koleżeństwo z humanitarnością t. j. obowiązkami względem pacjentów nie łatwo dadzą się pogodzić. Wszelkie te wymienione ograniczenia wolności lekarza szkodzą więcej lekarzowi uboższemu lub młodszemu, starającemu się o wyrobienie praktyki, jak bogatszemu lub takiemu, który posiada zapewnioną praktykę. Głównie też ci ostatni uważają wszelkie niedostatki, objawiające się między lekarzami, jako skutki braku etyki lekarskiej i żądają osobnych przepisów dla postępowania lekarza, nie pamiętając o tem, że niedostatki te i niedomagania w stanie lekarskim, na które się oburzają, są jedynie nowymi formami konkurencji i zatem powodami materialnymi, które przy obecnym ustroju usunąć się nie dadzą.

Następnie krytykuje Rosenbach kilka paragrafów kodeksu etyki lekarskiej, który zaprowadzono w towarzystwie lekarzy na obwód wrocławski i z krytyki tej możemy się jeszcze dokładniej o zapatrywaniach Rosenbacha o sprawie tej przekonać. § 4 kodeksu tego opiewa, że nie wolno lekarzowi w pismach i w stowarzyszeniach nielekarskich lub broszurach, przeznaczonych dla szerszej publiczności, referować o nowych metodach leczenia, o przebiegu chorób i operacjach. Rosenbach oburza się na to, gdyż w takim razie zakazaniem byłoby lekarzowi mieć odczyty na posiedzeniach towarzystw, w których lekarze i przyrodnicy zasiadają. Każdy lekarz ma, jak Rosenbach twierdzi, prawo i obowiązek, w gazetach publiczność informować o wynikach nowych metod leczenia.

Również nie podoba się Rosenbachowi § 5, który brzmi:

„Nie wolno osobom zamożniejszym — z wyjątkiem krewnych, kolegów i ich krewnych — opuszczać honorarium albo zasadniczo leczyć chorych za cenę poniżej taksy.“ Według zdania jego jest niesprawiedliwem odbieranie lekarzowi prawa oceniania wartości swej pracy i ustanawiania honorarium. Rosenbach nie widzi powodu, dla czego lekarzowi nie ma być wolno leczyć taniej, jak taksa przepisuje. Chociażby bowiem lekarze młodzi za tańsze honorarium leczyli, bynajmniej przez to nie wywołuje się ogólnego zniżenia cen za pracę lekarzy, bo zniżenie cen jest tylko możliwem na koszt *jakości* pracy, a publiczność szybko się odwróci od lekarza, który wprowadzie jest tańszym, ale nie zadaje sobie dosyć starań z chorym. Początkujący, według zdania Rosenbacha, tylko zyskać może, jeżeli jest tanim. Jeżeli przy takim postępowaniu jego godność jako człowieka nie ucierpi, natenczas i jego godność jako lekarza się nie obniży.

Również niepodoba się R. przepis, że nadużywanie tytułu specjalisty jest niedozwolone. Według autora lekarz, nadający sobie tytuł specjalisty, oświadcza tem samem, że zajmować się będzie tylko specjalną częścią medycyny i nie tylko nie szkodzi lekarzom praktycznym, ale usuwa się im jako konkurent.

Niezadowolony także jest R. z przepisów, jak się lekarz powinien zachować względem kolegów, a mianowicie przepis, że żaden lekarz bez wiedzy drugiego nie powinien odwiedzać chorego, którego już kolega leczył.

Widzimy zatem, że Rosenbach, a z nim przeciwnicy sądów honorowych i etyki lekarskiej, stoją na stanowisku, że lekarzowi nie trzeba żadnemi przepisami krępować wolności, że dozwolone są, ażeby dojść do praktyki, wszelkie środki, o ile publiczność ich nie potępia. Wolno mu zatem według upodobania zniżać ceny za leczenie, wolno mu się nazywać specjalistą, chociażby o przedmiocie swym nie miał więcej wiadomości jak każdy lekarz praktyczny, wolno mu w gazetach politycznych reklamować i chwalić się z wyników metody leczenia, wolno mu podbijać w kasach chorych innych kolegów; względy jakiegokolwiek drugiego kolegi nie potrzebują dla niego istnieć.

Przeciwnicy sądów honorowych twierdzą, że nie ma osobnego honoru lekarskiego i że dla tego niepotrzebna jest także osobna etyka lekarska.

Trudno jest zgodzić się na takie zapatrywania, bo zaprzeczyć się nie da, że w każdym prawie stanie zapatrywania na honor są rozmaite. Adwokatowi n. p. wolno brać od klientów zaliczkę. Coby powiedziano, gdyby lekarz zażądał od chorego zaliczki! Adwokaci uważają za niehonorowe, obliczać honorarium niżej taksy rządowej i sądy ich honorowe ostro za to karzą. U nas zaś lekarzy podbijanie się w cenach na porządku dziennym. Kupcowi lub bankierowi wolno się na koszt innych zbożać, wolno najszumniejsze reklamy wysłać, a nikt nie powie, że to niehonorowe postępowanie. Każdy stan ma zatem osobne zapatrywanie na honor stanu swego i dla tego istnieje także osobny honor lekarski. Honor stanu lekarskiego nie polega jedynie na ścisłem wykonywaniu obowiązków względem cierpiącej ludzkości, ale także względem kolegów i całego stanu lekarskiego.

Większa część towarzystw lekarskich (nawet w Anglii i Ameryce) ułożyły sobie osobne przepisy etyki lekarza i zaznaczono wyraźnie, jakie czynności sprzeciwiają się zasadom honoru i godności stanu lekarskiego.

Taka etyka lekarska jest potrzebną nie tylko dla użytku lekarzy, mianowicie młodszych kolegów, którzy na uniwersytecie nie mają sposobności poznania najglów-

niejszych zasad tej etyki, ale także dla publiczności. Zadziwić się bowiem można, jak nawet w przyzwoitych familiach dziwne panują zapatrywania o stosunku lekarza do publiczności i do kolegów. Właśnie w dzisiejszych czasach, kiedy najrozmaitsze czynniki złożyły się na to, ażeby podkopać godność i znaczenie stanu naszego, potrzebnem jest ściśle przestrzeganie przepisów etyki lekarskiej.

Nie chcę się dzisiaj rozwodzić nad wstrętnymi sposobami i środkami, jakimi się niektórzy lekarze posługują, ażeby zdobyć sobie rozgłos, bo mówiłem o tem już w przeszłych artykułach. Zaznaczyć tylko mogę, że mamy kolegów, za których postępowanie wstydić się trzeba i którzy stan nasz wobec publiczności bardzo poniżają. Gdyby tak dalej pozostać miało, musiałby stan nasz moralnie podupaść i dla tego reforma tych stosunków koniecznie potrzebna.

Towarzystwa lekarskie, w których istnieją sądy honorowe, mogłyby pod tym względem bardzo wiele zdziałać, i że działają zbawiennie, najlepszym dowodem stosunki między lekarzami w niektórych miastach jak n. p. w Wrocławiu, Działalność towarzystw lekarskich tamuje jednakowoż usuwanie się od towarzystw tych lekarzy, którzy najwięcej przeciwko etyce lekarskiej wykraczają. Nikt nie może jednostek tych zmusić do należenia do towarzystw. Również nie zawsze wystarczają kary nakładane przez towarzystwa lekarskie, jak nagana lub wykluczenie z towarzystwa, bo jednostki takie, u których się zatarła całkowicie godność stanu lekarskiego, z podobnych kar nie sobie nie robią. Dla tego wielu lekarzy żąda, ażeby rząd osobnym instytutem, więc izbom lekarskim nadał rozległe prawa dyscyplinarne. Rząd pruski do życzenia tego się przychylił i odpowiedni projekt wypracował. Rozpatrzmy się bliżej w tym projekcie:

W każdej izbie lekarskiej zasiadać będzie sąd honorowy, który ma się składać z przewodniżącego izby lekarskiej, jego zastępcy i dwóch innych członków zarządu. Oprócz tego należeć będzie do sądu honorowego sędzia, którego wybiera zarząd. Przewodniczącym sądu honorowego ma być przewodniczący izby lekarskiej. Sąd honorowy ma mieć prawo nie tylko wymierzać kary, lecz łagodzić także spory między lekarzami i lekarzy z publicznością.

Władzy dyscyplinarnej sądów honorowych podlegają wszyscy lekarze z wyjątkiem a) lekarzy-urzędników, b) lekarzy wojskowych, c) lekarzy wojskowych rezerwowych w czasie, kiedy są czynnymi w wojsku. Jeżeli na tych lekarzy, których wyjęto z pod władzy dyscyplinarnej sądów honorowych, zajdą zażalenia, ma być sądowi honorowemu wolno wytoczyć śledztwo i przesłać akta władzy przełożonej tego lekarza do dalszego rozstrzygnięcia. Wszelkie władze mają być zobowiązane sądom honorowym udzielać informacji, przesłuchiwać świadków itd.

Sądowi honorowemu wolno nakładać kary i to napomnienie, nagana, kary pieniężne aż do 3000 mk. i odebranie prawa wyborczego. Śledztwo prowadzić ma sędzia; rolę oskarzyciela odegrywać ma urzędnik rejencyjny, którego prezes naczelny wyznaczy. Oskarżonemu wolno ma być przed sądem honorowym bronić się z pomocą rzecznika. Publiczności nie ma być wolno przysłuchiwać się rozprawom przed sądem honorowym. Przeciwko wyrokowi wolno oskarżonemu i oskarżycielowi apelować do wyższej instancji t. zw. izby honorowej (Ehrengerichtshof). Izba honorowa składać się ma z przewodniczącego deputacji naukowej dla spraw medycznych albo innego prawnika z wydziału ministerium dla spraw medycznych, z 3 członków tej deputacji i 3 członków wydziału izb lekarskich. Wszystkich tych członków izby honorowej mianuje król. Są to główne zarysy projektu ministerium.

Jak widzimy, uwzględnił rząd w projekcie tym większą część życzeń lekarzy i gdyby sądy honorowe odpowiednio pojęły zadanie tych sądów honorowych, mogą wiele dobrego zdziałać. Lecz trudno zataić, że niektóre przepisy projektu wzbudzają poważne wątpliwości. Lekarze domagając się dla sądów honorowych rozszerzenia władzy dyscyplinarnej, żądali jej w tym celu, ażeby można karać kolegów, którzy niegodnem postępowaniem w zawodzie ubliżają powadze całego stanu lekarskiego.

Życie prywatne i zachowanie się polityczne miało być całkowicie wykluczone z pod władzy dyscyplinarnej sądów honorowych. Lekarze nie są urzędnikami i nie potrzebują kontroli państwa nad życiem politycznem i prywatnem. Zresztą rząd nam w zamian nic nie daje i dla tego protestować trzeba przeciwko takiemu ograniczeniu wol-

ności naszej. Obawy zaś takie mieć można. Według rozporządzenia królewskiego z r. 1887 nadano izbom lekarskim prawo karania tych lekarzy, którzy bardzo często albo znacznie wykraczają przeciwko obowiązkom zawodu swego albo którzy nie okazują się godnymi szacunku i zaufania, jakiego wymaga ich zawód. Mianowicie ten ostatni ustęp jest bardzo niejasny i elastyczny i mógłby właśnie nam Polakom dać się we znaki.

Urzędnicy, dla których istnieje taki sam przepis, mieli dosyć sposobności poznania, w jaki sposób władze dyscyplinarne paragraf ten interpretują. My lekarze Polacy musimy często zajmować się sprawami politycznymi i jesteśmy wobec dzisiejszego prądu i niechęci ku nam narażeni na różne kolizye z władzami. Polaków lekarzy uważają jako agitatorów, chciano nawet ukuć prawo, odebrania nam prawa szczepienia ospy. Tak niejasny paragraf mógłby dla tego w ręku nieprzyjaciół stać się dla nas niebezpiecznym. Dla tego reprezentanci nasi w izbach lekarskich powinni sprawę tę poruszyć i żądać, ażeby w prawie wyraźnie zaznaczono, iż sprawy prywatne i polityczne lekarza są wykluczone z pod władzy dyscyplinarnej sądów honorowych i że sądom tym podlegają lekarze jedynie w sprawach, które ściśle z zawodem lekarskim są związane. Żądać tego musimy tem więcej, że wpływ nasz na sądy honorowe później będzie bardzo mały. Obecnie bowiem w izbie lekarskiej dla WKs. Poznańskiego mamy 11 członków, a z tych tylko 4 Polaków; między 12 zastępcami jest 5 Polaków. Zarząd tej izby lekarskiej stanowi 6 osób, a z tych tylko 2 Polaków. Łatwo więc zdarzyć się może, że w sądzie honorowym żaden Polak zasiadać nie będzie. Jeszcze gorzej jest w Prusach Zachodnich, gdzie w izbie lekarskiej zasiadał tylko jeden Polak (Dr. Szuman), który niedawno urząd złożył.

Widoków zaś wiele lepszych przy wyborach nie mamy. Obiera się bowiem według obwodów rejencyjnych. W obwodzie rejencyjnym poznańskim jest około 290 lekarzy, z tych Polaków około 120, w obwodzie bydgoskim około 130 lekarzy — Polaków około 50, w obwodzie kwidzyńskim około 200 lekarzy — Polaków około 40, w obwodzie gdańskim 180 lekarzy — Polaków około 25. Jeżeli zważymy, że w większej części izb lekarskich wybierają na przewodniczącego i jego zastępcę lekarzy-urzędników lub wojskowych, a sąd honorowy składać się ma z 5 członków, natenczas ci dwaj urzędnicy-lekarze wraz ze sędzią będą mieć większość i rząd mógłby wywierać wpływ na sąd taki.

Izby zaś honorowe składać się mają z 7 członków, z których jeden będzie urzędnikiem państwowym, a 3 urzędnikami-lekarzami, więc znowu większość stanowią urzędnicy.

Wyłączenie lekarzy-urzędników i lekarzy wojskowych z pod prawa dyscyplinarnego sądów honorowych również nie może się podobać. Rząd wprowadzie wobec projektu z r. 1893, według którego sąd honorowy izby lekarskiej żadnego nie miał mieć wpływu na wytoczenie śledztwa tym lekarzom, trochę ustąpił ale ustępstwo to nie ma wielkiego znaczenia. Sąd honorowy może lekarzom tym wprowadzie wytoczyć śledztwo, ale karać wolno tylko władzy przełożonej tego lekarza.

Czy zaś te władze przełożone będą postępować według tych samych zasad, jak sądy honorowe i od urzędników-lekarzy żądać tego samego postępowania, jak sądy honorowe od lekarzy praktycznych, wcale nie wiemy.

Dla tego prawo, które przyjął sejm saski, (pisałem o tem prawie w numerze 2 z roku tego) jest wiele lepszem. W królestwie saskiem mają towarzystwa obwodowe prawo dyscyplinarne i układają statut, w którym wymienione są obowiązki lekarza. Urzędnicy-lekarze i lekarze wojskowi również według tego statutu postępować zobowiązani.

Ponieważ, sądząc z usposobienia obecnego w Prusach, projekt ministra zostanie prawdopodobnie przyjętym, możemy się spodziewać, że w niedługim czasie podlegać będziemy sądom honorowym. Ważnemi bardzo będą zatem wybory przyszłe, które już w *tym* roku i to w listopadzie nastąpią. Obowiązkiem naszym zawczasu o nich pomyśleć i kandydatów odpowiednich wyszukać. Każdy z nas powinien pamiętać, że w czerwcu r. b. w każdym powiecie wyłożona będzie przez 2 tygodnie lista uprawnionych do głosowania lekarzy. Trzeba się zatem przekonać, czy izba lekarska w liście tej każdego z nas umieściła.

D. Ruch w Towarzystwach.

Sprawozdanie z posiedzenia wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk z dnia 10 kwietnia 1896 r.

Obecni na posiedzeniu Koledzy: Drobnik, Chłapowski, Krysiewicz, Pomorski, Jaruntowski, Kapuściński, Święcicki, Panieński W., Panieński J., Bolewski, Dembiński, Stan, Parczewski.

Przewodniczący kol. Święcicki.

Po przyjęciu sprawozdania z ostatniego posiedzenia mówił Kol. Pomorski o *ulawieniu dekapitacji* przy położeniach poprzecznych zaniedbanych. Przecina on szyjkę z kręgami do połowy i przekrawa klatkę piersiową prostopadłe, następnie ciągnąc za rączkę ściąga tak samo jakoby hakiem po wypaproszeniu miednicą płodu wzdłuż linii bezimiennej do jamy miednicy matki a stąd przed próg matki.

Rękoczyn udaje się zdaniem mówcy bardzo łatwo, nie naraża macicy na skaleczenie z powodu manipulacji operacyjnych hakiem, naśladuje naturalny przebieg porodu, (evolutio spontanea) i pozwala razem z tułowiem wyciągnąć głowę dziecka. Kol. Pomorski wykonał operację tę razem z Kol. N. Szumanem u 6-to rodzącej z położeniem poprzecznym i rączką wypadniętą, a opierając się na korzystnym przebiegu operacji i na teorii naturalnego wytłoczenia płodu (evolutio spontanea, rękoczyn ten poleca do naśladowania.

W dyskusji nad odczytem Kol. Pomorskiego zauważył Kol. Święcicki, że jest zasadniczo przeciwnikiem każdego rodzaju dekapitacji płodu przy zaniedbanem poprzecznym położeniu, uważając operację taką za trudną a często wprost niebezpieczną dla matki. Nieraz po oddzieleniu główki od płodu sprawiają ramiona trudność ukończenia operacji i w takim razie trzeba by do drugiej przystąpić operacji, do kleidotomii czyli przecięcia obojczyka. Polecał sposób ten Fenomenof, wykonano ją także raz w Berlinie, ale bądź jak bądź przemawia kolega Święcicki jedynie za ewisceracją jako operacją łatwiejszą, do zrobienia której nożyczki Sieboldowskie jak najzupełniej wystarczają. Pamiętać winniśmy także, że chcąc do jednej lub drugiej przystępować operacji sprzężna wchodu czyli wymiar prosty miednicy musi najmniej 5,5 cm. wynosić, jeżeli nie chcemy narażać się na niemożność ukończenia operacji.

Następuje odczyt Kol. Krysiewicza o przypadku *diplegia spastica infantilis*. Przypadek ten dotyczy 5-letniej dziewczynki przyjętej do szpitala św. Józefa d. 17. 10. 95. Matka małej pacjentki przed rokiem po słabości umarła; ojciec i reszta rodzeństwa zdrowi. Chora, która przedtem żadnych poważniejszych chorób nie przebywała, zapadła na kilka tygodni przed oddaniem do zakładu na nieokreśloną bliżej chorobę gorączkową, która po kilku dniach bez żadnego leczenia minęła. Po wstaniu z łóżka podpadł otoczeniu chwiejny chód chorej; brano to z początku za skutek osłabienia po chorobie; dopiero, kiedy się przekonano, że chodzenie staje się coraz trudniejszym, oddano chorą do zakładu.

Chora odpowiednio do swego wieku rozwinięta, ma bladą cerę, zresztą dostatecznie odżywiona. Narządy wewnętrzne niewykazują żadnych zmian chorobowych. Subiektywnie zupełna euforia. Stan bezgorączkowy. Badanie wykazuje tylko niedowład (paresis) kończyn dolnych, obok prawidłowych odruchów i zachowaniu czucia. Czynność pęcherza i odbytu prawidłowa. Stan powyższy trwał do dwóch miesięcy. Po upływie tego czasu można już było wyraźnie stwierdzić wzmoczenie się odruchów kolanowych i stopowych. Obok tego chora zaczęła gorączkować, ciepota zrazu prawie prawidłowa dochodzi wieczorem do 38,4—39,0 i gorączkuje aż do tej pory. Odruchy w kończynach dolnych są obecnie tak wzmoczone, że każde dotknięcie wywołuje ogólny skurcz wszystkich mięśni kończyny. Taki sam ogólny skurcz w postawie wyprostnej następuje przy każdym dowolnym ruchu, skutkiem czego chora chodzić nie może. Od czterech tygodni można także wyraźnie stwierdzić wzmocnienie odruchów w kończynach górnych. W obszarze nerwów mózgowych dotąd objawów skurczu brakuje. Tak

samo braknie dotąd wszelkich objawów aletozy i płasawicy (chorea), jako też padaczki. Przechodząc następnie do rozpoznania, wyklucza referent, mogące wchodzić w rachubę zachorzenie rdzenia pacierzowego, a mianowicie, „myelitis dorsalis” *rsp. cervicalis*, *paralysis spinalis spastica*, i *sklerosis multiplex cerebro-spinalis*, i uważa powyższy przypadek za *diplegia spastica infantilis*. Rozpatrzywszy dalej anatomię, etiologię i symptomatologię powyższej choroby, kończy referent swój wykład uwagami tyczącymi rokowania, które w powyższym przypadku, mianowicie ze względu na długo trwający stan gorączkowy, należy uznać za niepomyślne.

W dyskusyi nad powyższym referatem zabrali głos Koledzy P a n i e ń s k i i C h ł a p o w s k i.

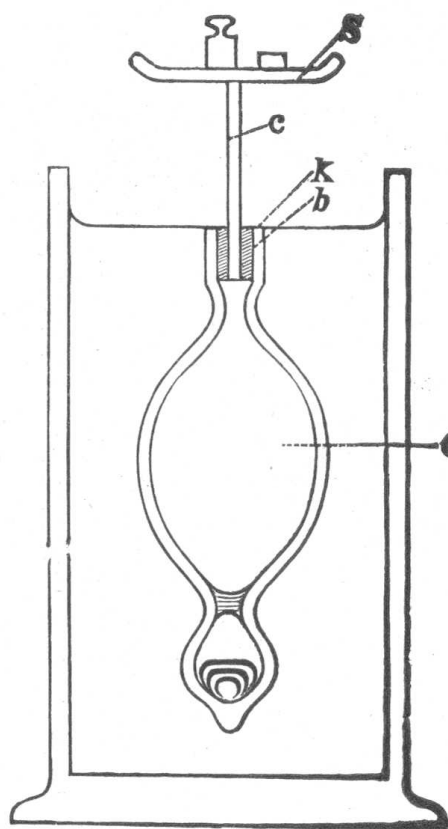
Kol. P a n i e ń s k i zaznacza w dyskusyi nad wykładem prelegenta nadzwyczajną rzadkość porażenia skurczowego *obustronnego* kończyn górnych i dolnych na podstawie mózgowej. Podobny do powyżej opisanego przypadek zauważył poraz pierwszy na stacyi chorób dziecięcych, znajdującej się wówczas pod dyktando prof. Henocha w Berlinie. Krótko po przebytych kokluszach zachorowało dziecko na gorączkę, wymioty i drgawki. Po ustaniu objawów tych ostrych zauważono obustronne porażenie skurczowe rąk i nóg, tem się jedynie różniące od przypadku Kol. Krysiewicza, że porażenie po lewej połowie ciała było mniejsze aniżeli po prawej. W dalszym ciągu choroby niedowład lewej ręki i nogi ustąpił zupełnie, podczas gdy po prawej wytworzyło się kompletne porażenie skurczowe całej połowy ciała.

Kol. C h ł a p o w s k i uznaje, że pomimo, iż Niemcy spastyczne porażenie rdzeniowe nazywają „*primäre Seitenstrangsklerose*,” a Charcot i Erb przypuszczali jako anatomiczną podstawę tej choroby stwardnienie (*sclerosis*) bocznych pęczków w piramidzie, nie można z objawów cechujących opisany pod tem nazwiskiem obraz choroby z pewnością dotąd oznaczyć, jakie mu odpowiadają zmiany anatomiczne. U dzieci wprowadzie przypuszcza się prócz rdzeniowej postaci także *cerebrospinalną*, odznaczającą się tem, że dzieci prócz objawów porażennych rdzeniowych są tępe w nauce, głupkowate itd. Taką formę obserwował kol. C h ł a p o w s k i wspólnie z radcą dr. Pauli i żałuje, że dziecka tego nie sprowadził, bo jest to przypadek ciekawy, choć nieuleczalny i już nie świeży. Postawa, chód dziecka, sztywność, kontraktury stóp (*p. varoequinus*), podwyższona pobudliwość odruchowa: wszystko przemawia za tem, że ma się do czynienia z porażeniem spastycznym rdzeniowym, ale są przytem i objawy wyraźne mózgowe. Że i u starszych, tj. u dorosłych, zachodzić one mogą, np. wzrokowe, o tem się przekonał kol. C h ł a p o w s k i w przypadku wspólnie leczonym z prof. W i c h e r k i e w i c z e m, gdzie rozpoznanie mogło się wahać między t. zw. sklerozą lateralną a sklerozą rozsianą (*sclérose en plaques*) właśnie z powodu tego, że się cierpienie rozpoczęło od nerwu wzrokowego. Tylko dla tego, że brakowało wybitnych objawów rozsianej sklerozy, a mianowicie intencyjnego drżenia, skandowanej mowy a nawet i wybitnego nystagmu, trzeba było dla wytłomaczenia spastycznego porażenia i podwyższonych odruchów ścięgowych przyjąć sklerozę pęczków bocznych. Ponieważ nie było pewnem, czy chory nie miał syfilitycznego kiedyś zakażenia, leczono go jodkiem potasu, co wydawało się przynosić mu ulgę większą, niż inne leczenie. Skoro jednak użyto zastrzykiwań wśródzylnych sublimatu, wystąpiło pogorszenie wzroku i ruchu i trzeba było ich zaniechać.

Następnie mówi kol. C h ł a p o w s k i o *nowym ciężarkowym urometrze pomysłu Lohnstein'a*. Prelegent wytłomaczył na początku zasadę Archimedeśską, na której są zbudowane wszelkie *ärometry* z przedziałkami, a więc i podobne urometry. Są to przyrządy nie drogie, ale do badań ściśle naukowych niedostateczne, dla tego chemicy i fizycy do oznaczenia ciężkości gatunkowej płynów posługują się pyknometrem, czyli wagi chemicznej. Wadliwość wszelkich choćby najdokładniejszych aerometrów ze skalą polega na wpływie kapillarności czyli włoskowatości, przez którą na około zanurzonego w płynie cylindra powstaje przylegający doń wał czyli *nacisk*. Ilość płynu w ten sposób ponad poziom wznieśsioną zależy od *statej*, wyobrażającej napięcie powierzchni *A* i od *kąta brzeżnego*

d , pod którym ostatni element powierzchni płynu dotyka ściany cylindra. Kąt ten przy absolutnej czystości obu powierzchni jest ilością stałą na pewien płyn i na pewne ciało stałe, ale najmniejsze zanieczyszczenie tych powierzchni zmienia wartość D a nawet A . Ponieważ nadto nie ma związku między kapillarnością a gęstością gatunkową płynów, więc i przy absolutnej czystości i z pomocą najdokładniejszego aerometru dwa płyny o równej gęstości gatunkowej nie równy dadzą wynik, jeżeli tylko A tj. stała włoskowatości ich się różni. — Dla tych przyczyn i najlepsze aerometry skalowe nie mogą nas uchronić od pomyłek, wynoszących do 8 jednostek w trzeciej decymalnej.

Aby usunąć zupełnie ten wpływ włoskowatości, skorzystał Lohnstein ze spostrzeżenia, że ciało pływające (płyny), zanurzone aż po ostrą krawędź swego końca górnego, nie otacza się żadnym wyniosłym pierścieniem (meniskiem), czyli że kąt D znika wtedy zupełnie. Jeżeli kolebkę o ostrej krawędzi obciążoną śrutem użyjemy za pływacza, można go tak zanurzyć, że pierścień wklęsły zniknie zupełnie a powierzchnia płynu naokoło będzie równą jak zwierciadło. Dokładając śrutu, wywołamy na około krawędzi ostrej wał wypukły, który dość długo wzrastać może, nim nie spłynie nad krawędzią tak, aby pływacz poszedł na dno. Wał więc wypukły dowodzi już przeciążenia kolebki. Otóż takie ustawienie pływacza, żeby całkiem nie było na około niego nacisku może się udać tylko wtedy, jeżeli geometryczny punkt ciężkości wolumina pływacza i punkt ciężkości jego mechaniczny leżą w linii zupełnie prostej i to prostopadłej do powierzchni krawędzi pływacza. — Szczęściem nie brak innych ustawień, w których można zasadę Archimedesza zastosować, np. jeżeli wypukleniu po jednej połowie obwodu krawędzi pływacza odpowiada wklęsły menisk równie wielki na drugiej stronie. — Takie ustawienie nazywa Lohnstein ustawieniem (Anordnung) *Archimedesowem* i uważa je za dostateczne do robienia obliczeń.



Powyższe objaśnienia wystarczą do zrozumienia skonstruowanego przez Lohnsteina nowego ciężarkowego urometru. Składa się on z brzuszka szklanego G , zakończonego u dołu gruszką zawierającą rtęć, a u góry rurką cylindryczną o końcu odszlifowanym i z ostrą krawędzią (K). Rurkę tę wypełnia szczelnie ebenitowy korek (b), w którego środku tkwi aluminiowy pręciak C , unoszący szalkę aluminiową S . Przyrząd ten tak jest zbudowanym, że w płynie o ciężkości gatunkowej $= 1.000$ pływa w ustawieniu Archimedesowem.

Ponieważ woda destylowana tylko przy 4°C waży 1,000, a przy 15°C tylko 0,99915, przeto chcąc wypróbować przyrząd ten w zwykłej pokojowej ciepłocie, użyjemy 0,12 prc. roztworu soli kuchennej, którego waga przy 15°C wynosi akurat 1,000. W płynie cięższym jak 1,000 przyrząd nie zanurza się aż po ostrą krawędź i trzeba dokładać na szalkę ciężarków, dokładnie oznaczających przyrost gatunkowej wagi. Ciężarki takie znajdują się w osobnych zagłębieniach pudełka; potrzebujemy ich mieć 8 dla oznaczenia gęstości gatunkowej do 3-ciej decymalnej; 12 przy oznaczeniu 4-ej decymalnej a 16 w bardzo rzadkich przypadkach, gdzie chodzi o oznaczenie

5-ej. Lekarz praktyczny kontentować się może zawsze oznaczeniem czterech decymalnych, a więc 12 ciężarków rozłożonych w trzech rzędkach:

0,05	0,02	0,02	0,01
0,005	0,002	0,002	0,001
0,0005	0,0002	0,0002	0,0001.

Jeżeli płyn waży np. 1,0465, to chcąc zanurzyć po krawędź urometr, dodamy do szalki z pierwszego rządka 2-gi i 3-ci ciężarek, z drugiego rządka pierwszy i ostatni, z trzeciego zaś pierwszy ciężarek. Przy cieplecie 15°C płynu zniknie wtedy nacisk, jeżeli zaś ciepłota jest inną, to wypada od powyżej obra-chowanej sumy odliczyć jeszcze $(t - 15) 0,00003$.

Jeżeli nam nie chodzi o dokładniejsze odważenie, jak na 3 decymalne, to nam wystarczą pierwszych 8 ciężarków i wtedy także wcale nie potrzeba stoso-wać korekcyi temperatury. Ważenie takie zabiera nam 2-3 minut. Ważenie aż do 4-ej decymalnej korekcyą temperatury zabiera około 6 minut, zawsze mniej, aniżeli pyknometryczne.

Dodanym jest do urometru osobne szklanne naczynie cylindryczne, na któ-rego ścianie jest kreska wskazująca, jak wysoko wlewać płyn badany. Chodzi o to, by dalszy koniec urometru w Archimedesowem ustawieniu nie więcej był oddalonym od dna, jak 2 mm., tym sposobem zapobiega się spłynięciu cieczy ponad krawędzią ostrą w przypadku przeciążenia przyrządu lub potrącenia go.

Ważność urometru tak dokładnego dla lekarza polega jednak nie tylko na tem, że mu podaje dogodny sposób oznaczenia gęstości gatunkowej moczu, ale i możność deusymetrycznego oznaczenia ilości zawartych w nim składników patologicznych, mianowicie białka i cukru. Dla oznaczenia białka podali już H u-b e r t i L a n g deusymetryczną metodę o wiele dokładniejszą od rozpowszechnio-nego u nas albuminimetru Erbacha. Lohnstein jednakże ułatwił i udosko-nalił ową metodę swoim urometrem. (*Archiv f. die ges. Physiolog.* Bd. 59. 1895.) Obecnie zaś (*Berl. Kl. Woch.* 1896 Nr. 6 i 13), podał bardzo dogodną dla lekarza metodę oznaczenia ilości cukru, czyli ulepszoną metodę deusymetryczną Robertsa. Wlewa się naprzód 50 kub. ctm. moczu do miareczkowego naczynia, dodaje się 2-4 gramy drożdży i uważa się, ile przez ten dodatek podnosi się poziom moczu. Następnie w kolbie, do której się mocz przelewa, i która powinna być suchą, wlewa się mocz i klúci, tak, aby otrzymać jednolitą zawiesinę. Tej zawiesiny czyli suspensyi oznacza się urometrem gęstość gatunkową (S_1), odlewa znowu do kolbki, zatyka się tąż watą czystą i wsadza do termostatu o temperaturze 30-35°C albo do garnka z wodą nie gorętszą nad 40°C i według tego, ile przypuszczamy, godzinę lub dłużej się tam trzyma, (przy większych ilościach przypuszczanych już z jakościowego oznaczenia cukru do 5 godzin). Gdy się fermentacya ukończy, osadzają się drożdże na spodzie. Wtedy zakłuca się znów mieszaninę moczu z drożdżami w kolbie jak najlepiej i przelewa do cylindrowego naczynia, w któ-rem się ciężkość gatunkową tej drugiej zawiesiny (S_2) oznacza. Mając w ten spo-sób ciężkość gatunkową zawiesiny 1-ej i 2-giej, mnoży się różnice ich mnożnikiem, który Lohnstein obliczył na 234, aby otrzymać odsetkową zawartość cukru w zawieszynie 1-ej; chcąc wiedzieć ilość cukru zawartą w moczu przed dodaniem doń drożdży, należy się jeszcze pomnożyć otrzymany iloczyn przez przyrost wolu-minu moczu zauważony przy dodaniu drożdży. Temperatura zawiesiny 1-ej i 2-ej powinna być taka sama: różnica o 1°C. nie wchodzi w rachubę. Najlepiej objaśni się ten obrachunek przykładem:

Objętość moczu poddanego badaniu 50 cm.

Objętość tegoż moczu za dodaniem drożdży 52 cm.

Ciężkość gatunkowa zawiesiny drożdży pierwotnej 1,0264.

" po sfermentowaniu 1,0152.

$$S_1 - S_2 = 0,0112.$$

$$(S_1 - S_2) \times 234 = 0,0112 \times 234 = 2,62.$$

Chcąc obliczyć zawartość cukru w pierwotnym moczu mnoży się te 2,62 liczbą $\frac{52}{50}$ czyli 104; wypada 2,72 pre. cukru.

Jak widać, metoda ta nadzwyczaj prosta, jest zarazem dostatecznie do-kładną, pozwala bowiem oznaczać 0,1 pre. cukru moczu, a więc ma wyższość nad polaryzacyjną, która przy zawartości cukru poniżej 1 pre. podaje tylko w przy-bliżeniu cyfry, — i nad tytracyjną (z płynem Fehlinga), która także przy bar-dzo małych ilościach cukru stosować trudno z powodu zmiennej ilości innych w moczu zawartych składników odtleniających, które przecież mogą ewentualnie

redukować tyle, co 0,5 prc. cukru. Jedynie ważąc mocz pyknometrem przed fermentacją i po niej można równie dokładnie otrzymać wyniki. -- Ale pyknometryczne ważenie zabierze więcej znacznie czasu, a w każdym razie potrzebna do tego waga chemiczna jest o wiele droższą, aniżeli urometr L o h n s t e i n'a, który, choć jest opatentowanym, kosztuje tylko 6,50 mr. (u J. Reimanna w Berlinie, Schmiedstr. 30).

Zarzuty niektóre spotykają niesłusznie urometr L o h n s t e i n'a i zniechęcają tem lekarzy do sprawiania go sobie.

Główny zarzut polega na tem, że nie wprawionemu trudno stwierdzić, czy w istocie urometr jest w Archimedesowem ustawieniu, czy zupełnie wolnym jest od menisku lub czy wklęsłemu po jednej połowie odpowiada równie wielki wał po drugiej. Aby mózg prędko się zorientować, trzeba wiedzieć, że wszystkie nierówności powierzchni płynu zdradzają się różnicą odbitych na powierzchni obrazów: przy wklęsłych miejscach przerywa się zwierciadłowy obraz np. poziomo trzymanego sztyfcika lub ołówka dotykającego prawie krawędzi urometru, przy wypukłych zaś obraz ten się załamuje. Z pomocą jakiegokolwiek prostoliniowego przedmiotu można więc o tem od razu się przekonać, bez względu na to, czy ma się do czynienia z płynem przejrzystym, jak woda, czy najmętniejszą i nieprzejrzystą nawet zawiesiną, jak mleko. Cnodzi tylko o to, by nie było piany czyli banieczek z powietrzem na powierzchni, a te łatwo usunąć.

Drugi zarzut dotyczy się zanurzania urometru w zawiesinach (suspensjach), z których drożdże, mianowicie po sfermentowaniu na spód opadają, tak, że przy ociąganiu się obserwatora zdarzyć się może, iż mu się spód urometru przez osad drożdżowy do dna naczynia przylepi. — Jest to nieprzyjemne zdarzenie, tem łatwiej nastąpić mogące, im więcej drożdży dodanych do moczu, im zakłucanie zawiesiny niedokładniejsze, a przyglądanie się obserwatora niewprawnego dłuższe. — Można tego uniknąć, używając nieco dłuższego, a równie wąskiego cylindrycznego naczynia; należy się nadto kłócić zawiesinę tak długo, aby była jednostajną i nie trzeba czasu tracić przy obciążaniu. Jeżeli się ma do czynienia z większymi ilościami cukru, aniżeli 0,5 prc. można oczywiście bez wielkiego błędu postępować tak, jak przy pyknometrze, tj. oznaczywszy gęstość gatunkową moczu odciągnąć od niej ciężkość gatunkową, przefiltrować już zawiesiny po sfermentowaniu drożdży. W takim razie jednak mnożnikiem już nie będzie 234, ale 230; za to zbyteczną już jest korekcyja z powodu zmiany woluminu przez dodatek drożdży, czyli pomnożenie przez $\frac{v_1}{v_2}$. Wyższość metody deusymetrycznej L o h n s t e i n'a ponad innemi polega właśnie na tem, że się nadaje do oznaczania ścisłego bardzo małych ilości cukru, lekarza najbardziej nieraz interesujących. Przy oznaczeniu większych ilości cukru potrzeba większej ilości drożdży, dłuższego czasu dla zupełnego sfermentowania cukru, można więc albo całkiem pominąć deusymetryczną metodę oznaczania, albo użyć jej w przytoczonej codopiero przez referenta modyfikacyi. — Zawsze zysk czasu przy używaniu tej metody jest nie małym, a, co nie mniej ważnem jest, nader taniego potrzebnego instrumentu, a więc godną jest rozpo- wszechnienia wśród lekarzy.

Dodać można, że prof. Zuntz, Liebreich, Jacksch itd. już z tym urometrem robili doświadczenia i nadzwyczajnie z niego byli zadowoleni.

Po odczycie nastąpił referat Kol. Chłapowskiego w sprawie stacyi chemicznej, którą zarząd centralnego Tow. Róln. ofiaruje Towarzystwu Przyjaciół Nauk. Referat przyjęto a zarazem przyjęto wniosek komisji wybranej do pertraktowania w tej kwestyi, mianowicie, aby uprosić Zarząd Centr. Tow. Rólniczego o jednorazową zapomogę w ilości 500 mrk. Zarząd Tow. Przyjaciół Nauk w kwocie 300 mrk. Wydział nadto uchwalił przeznaczyć na to 100 mrk. z funduszków Wydziału.

Następuje drugi referat Kol. Chłapowskiego w sprawie *xjajdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu. Wniosek komisji*, aby ze względów, które tu pomijamy, *odroczyć ten xjajd na rok 1898, jednomyślnie przyjęto.*

Na członków wydziału zgłosili się koledzy: Zawadzki ze Stęszewa i Kauffman z Poznania. Stosownie do ustaw odbędzie się wybór na następnem posiedzeniu.

Na tem posiedzenie o 8-mej 10 minut wieczorem zamknięto.

Teodor Dembiński, sekretarz wydz. lek.

Z towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

(○) Na posiedzeniu w dniu 1 marca 1896 kol. Obaliński przedstawiał nowsze narzędzia chirurgiczne: osteotom do trepanacyi według Dahlgren'a-Stillego, „perforateur“ Collina, kleszcze Horsley'a i in., poczem kol. Bujwid miał wykład pt. „Gruźlica i jej rozpoznanie za pomocą tuberkuliny na zasadzie własnych doświadczeń.“ Mówca poczerpnął obficie z rozmaitych statystyk cyframi odmalowawszy ogromne rozpowszechnienie się gruźlicy u bydła, jak to stwierdzają badania dokonywane w rzeźniach, i stwierdziwszy, że za pomocą tuberkuliny u przeszło połowy bydła (gospodarstw prywatnych) zdołano wywołać odczyn gorączkowy, wskazujący na gruźlicę, wyraża przekonanie, że położenie tamy tej chorobie jest względnie łatwe, ponieważ zasadzać się powinno na prostem odosobnieniu sztuk zakażonych. Wbrew bowiem powszechnemu mniemaniu, gruźlica nie jest w ścisłym słowa tego znaczeniu dziedziczną, na tej więc drodze rozpowszechnienia się laseczników gruźliczych obawiać się należy. Przemawia za tem przedewszystkiem okoliczność, że pomiędzy cielętami zaledwo mały ułamek $\frac{1}{100}$ jest gruźlicą dotknięty (0,4 $\frac{1}{100}$); u zwierząt dorosłych przeciwnie nader często chorobę tę stwierdzić można. Własne doświadczenia mówcy dokonane na kilkudziesięciu świnkach morskich (jak wiadomo, nader na gruźlicę wrażliwych), urodzonych z matek gruźliczych, świadczą również przeciw dziedziczności gruźlicy; zwierzęta te można napewno od gruźlicy uchronić, byleby je dość wcześnie od matek odosobnić. Ze względu więc na to doniosłe znaczenie zapobiegawcze bardzo ważną jest rzeczą wczesne zapoznanie gruźlicy, co — zdaniem mówcy — jedynie za pomocą tuberkuliny osiągnąć można, ponieważ badanie fizyczne przedstawia zbyt wiele źródeł błędów i niedokładności.

Przytaczając rozmaite doświadczenia Nocard'a, który uważa tuberkulinę za *niezrównany* i *niezawodny* środek rozpoznawczy u bydła, wyraża mówca przekonanie, że tak jest istotnie. Mówca wstrzykiwał tuberkulinę osobiście w r. z. u 154 sztuk bydła w majątku Czudec w Galicyi, przygotowawszy ją w swoim zakładzie w Krakowie. Przy wstępnych próbach odczyn gorączkowy stwierdzono u 4 z 12 badanych sztuk, a dalej u 17 z 98 później badanych. Zabito i zbadano mikroskopowo i bakteriologicznie narządy sztuk 4, z których 2 pozornie zdrowe, okazywały odczyn gorączkowy, 2 zaś, podejrzone, wychudłe i kaszlące, odczynu nie okazywały. — Na podstawie owych badań dochodzi mówca do wniosku, że osobniki pozornie chore, lub nawet te, które sprawę gruźliczą istotnie przebyły, na wstrzyknięcie tuberkuliny nie oddziałują, jeżeli nie zawierają żywego zarazka i że świeże zmiany gruźlicze, nie dające się innymi sposobami wykryć, mogą być rozpoznane za pomocą tuberkuliny.

W dyskusyi sądzi kol. Mars, który nigdy nie spostrzegał gruźliczych zmian w łożyskach kobiet gruźlicą dotkniętych, że zakażenie gruźlicze powstaje po za życiem płodowem i to niejednokrotnie za pośrednictwem mleka, zawierającego laseczki gruźlicze; w tym kierunku więc należałoby badać dokładnie matki i mamki. Zdaniem kol. Seifmanna mały odsetek cieląt gruźliwych nie stanowi jeszcze dowodu, że równie mały procent cieląt nabywa gruźlicę drogą dziedziczenia; okoliczność ta wskazuje tylko, że gruźlica odziedziczona wywołuje wybitniejsze zmiany dopiero po dłuższym czasie, a niekiedy tak szybko się rozwija, że już w łonie matki powstają rozległe zmiany, jak to nieraz można spostrzedz u cieląt poronionych. Nie odmawiając tuberkulinie pewnego znaczenia, nie może jej jednak mówca uważać za *niezawodny* środek rozpoznawczy, ponieważ nieraz wywołuje ona odczyn gorączkowy u zwierząt, u których sekcyja ani śladu gruźlicy nie wykrywa; i odwrotnie u zwierząt gruźliczych czasem po wstrzyknięciu tuberkuliny odczyn taki nie występuje. Wreszcie sprzeciwia się mówca radzie, jaką za Nocardem daje prelegent, aby sztuki chore

oddawać na wypas i do użytku spożywczego; sprzedaż mięsa ze zwierząt takich mogłaby być dozwoloną chyba po odpowiednim wyjałowieniu.

Kol. Wernicki tłumaczy działanie tuberkuliny tem, że dawka, niewywolająca jeszcze u zdrowego osobnika odczynu gorączkowego, sumuje się w ustroju chorym z toksalbuminami, w nim się znajdującymi. Mówca sądzi, że tuberkulinę możnaby ostrożnie i w małych dawkach zastosować do celów rozpoznawczych także u ludzi. Dalszy ciąg rozpraw nad tym przedmiotem odłożono do następnego posiedzenia.

Na posiedzeniu w dniu 22 kwietnia przyjęto do wiadomości sprawozdanie komisji, wybranej dla ułożenia odpowiedzi na kwestyonaryusz Izby lekarskiej wiedeńskiej w sprawie zabezpieczenia lekarzy na starość, ich wdów i sierot. Z odpowiedzi tej przytoczyć należy ważniejsze punkta: Tow. lek. krak. w zasadzie zgadza się na stworzenie ubezpieczenia *obowiązkowego*; jako najmniejszą roczną rentę, płatną od 60 r. życia podaje kwotę 100 złr. a. w., przyczem wolno każdemu ubezpieczyć się na sumę wyższą; zdaniem Tow. obowiązkowa wpłata roczna nie może przekraczać kwoty 10 złr. a. w. od każdego z zabezpieczających się, natomiast od obowiązku tej wpłaty nie może nikt do Izby należący się uchylać; Tow. lek. krak. sprzeciwia się utworzeniu jednego centralnego zakładu ubezpieczenia w Wiedniu, sądzi natomiast, że dla Galicyi byłby najodpowiedniejszy instytut, obejmujący obie Izby lek. galicyjskie, tj. krakowską i lwowską; do majątku jego wpłynąćby powinien fundusz wdów i sierót, istniejący obecnie przy Tow. lek. galicyjskich, do którego wnoszą obecnie wkładki także członkowie Tow. lek. krak.

Kol. Gluziński wyłożył rzecz: „O działaniu krwi odwłóknionej i surowicy ze zwierząt, którym zastrzyknięto toksynę błoniczą.“ W najnowszym czasie głównie z powodu doświadczeń z toksynami tężca, wypowiadano kilkakrotnie we Francyi przypuszczenie, że niektóre trucizny bakteryjne działające inaczej, niż trucizny chemiczne, zawierać muszą obok tych ostatnich istoty, zbliżone do zaczynów (fermentów) i wytwarzające dopiero w zatrutym ustroju jakieś nowe związki trujące, których działanie dopiero po pewnym występuje czasie. Doświadczenia Becka i Słapy, przeprowadzone pod kierunkiem prelegenta w krakowskim zakładzie patologii ogólnej, pozwoliły wypowiedzieć podobne przypuszczenia także odnośnie do jadu błoniczego, albowiem badacze ci doszli do wniosków następujących: 1) bezpośrednio po wprowadzeniu jadu błoniczego do ustroju zwierząt nie występują żadne zmiany w narządzie krążenia, 2) zaburzenia w tym narządzie jawią się dopiero później, na krótki czas przed śmiercią zwierzęcia, w sposób nagły, i polegają na znacznym spadku ciśnienia krwi i nieregularności tętna, 3) zmiany te odnieść należy do porażenia serca. Starając się określić bliżej przyrodę tych odrębnie działających trucizn, w jadzie błoniczym zawartych, za pomocą doświadczeń fizjologicznych — stwierdził mówca przedewszystkiem, że istot takich ani w surowicy uodporniającej, ani w narządach zwierząt, zabitych nader silną toksyną błoniczą wykryć nie można. Natomiast dodatnie wyniki otrzymał mówca w doświadczeniach z krwią zwierząt zatrutych. Krew zwierząt zdrowych, a także krew uzyskana ze zwierząt zatrutych w 7 do 25 godzin po wstrzyknięciu jadu błoniczego, wywoływała u innych zwierząt tylko nieznaczne obniżenie parcia krwi (w ciągu 1—1½ godz. 6—13 mm. słupa rtęci); przeciwnie krew zwierząt zatrutych, wypuszczona w 36—40 godz., a w każdym razie na krótki czas przed ich śmiercią, wywoływała u innych zwierząt spadek ciśnienia krwi prawie o ⅓ część (32—76 mm. Hg.) i śmierć w ciągu 24—36 godz. wśród objawów porażennych (niedowład kończyn itd.). W pierwszym szeregu doświadczeń (z krwią wcześniej po zatruciu uzyskaną) zwierzęta zdrowe, którym krew zastrzykiwano, zabieg przeżyły; w drugim szeregu (z krwią wnet przed śmiercią wziętą) wszystkie zwierzęta ginęły. Doświadczenia te zatem usprawiedliwiają w zupełności przypuszczenie, wypowiedziane przez Becka i Słapę, a mianowicie, że w jadzie błoniczym obok istot działających, jak trucizny chemiczne, istnieć muszą istoty, działające podobnie jak zaczyny. Mówca stwierdził, że przez te ostatnie istoty wytworzone wtórne trucizny istnieją w krwi odwłóknionej i nieodwłóknionej. Dalsze badania są w toku. W dyskusyi przemawiali koll. Słapa, Wernicki, Kryński i prelegent.

Z Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

(F.) Na posiedzeniu z dn. 6 marca 1896 przedstawił kol. Niemczyński przypadek wilka nosa, oraz dwa przypadki epithelioma nasi po plastyce sposobem indyjskim. W jednym z tych przypadków pokryto ubytek skóry na czole naskórkiem według Mangoldt'a.

Kol. Leńko przedstawił chorego, u którego wykonał operację Bassini'ego, połączoną z orchidopeksją. Jądro (lewe) znajdowało się w jamie brzusznej.

Kol. Prus wygłosił odczyt o odporności ustroju przeciw chorobom zakaźnym i o zasadach leczenia swoistymi surowicami.

Na posiedzeniu z dnia 20-go marca kol. Zawadil przedstawił preparat zaśniadu groniastego.

Kol. Szulistański przedstawił gałkę oczną, wyjętą z powodu mięsaka barwikowego (melanosarcoma) wychodzącego z naczyniówki i wypełniającego gałkę do $\frac{3}{4}$. Kol. Szulistański przedstawił następnie chorą z nowotworem rogówki (melanoma lub melanosarcoma).

Kol. Merczyński przedstawił dwu rodzonych braci z polipowatymi nowotworami, prawdopodobnie mięsakami, wypełniającymi jamę nosową.

Kol. Prus wypowiedział drugą część odczytu o odporności ustroju i surowicach swoistych.

F. Korespondencye.

Z Wilna.

(X. Y. Z.) Przy zarządzie miejskim w Wilnie funkcjonuje od kilku już lat komisya hydrologiczna, zadaniem której jest dostarczanie dla miasta dużo wody i dobrej. Dotychczasowem głównem źródłem jest rzeka Wilia i Wilejka — chociaż woda rzeczna, jako główny zbiornik nieczystości miejskich, jest mniej zdatną do użycia; prócz tego znajdują się w mieście cztery źródła: Wengry, Misyonarski, Ostrobramski i Lewek. Woda źródłana z Wengier dostarcza dziennie 78000 wiader, z Misyonarskiego 20000, z Ostrobramskiego 10000, ilość wiader z Lewka nie jest oznaczoną.

W mieście znajduje się 1043 studzien, lecz takowe z bardzo małemi wyjątkami dostarczają złej wody, o czem przekonano się przed kilku laty, gdy w oczekiwaniu cholery, badano grunt, studnie, ustępy. Studnie nie głębokie, poziom wody po każdym deszczu podnosi się, sama woda przyjmuje zabarwienie żółtawe, jest mętną i smrodliwą. Badania chemiczne studziennej wody przekonały, że ta, nim dostanie się do studni, zabiera z gruntów, przez które przepływa, rozmaite odpadki organiczne. Otóż dla powyższych względów zarząd miejski powołał komisję, aby ona wyszukała wodę dobrą i w dużej ilości. Przy pomocy znanego hydrologa prof. Wojśława z Moskwy i pod kierunkiem inżynierii miejskiej zaczęto wiercić studnie artezyjskie w różnych punktach miasta; woda okazała się dobrą. Pod względem bakteriologicznym badana, wykazała w 1 kub. cent. tylko 16 bakterii; pod względem chemicznym przy temp. 10° C, ciężaru gatunkowym 1⁰⁰⁰⁴¹ (przy 17,5° C), reakcyja średnia, przy nagrzewaniu słabo alkaliczna, przejrzystość (2 stopy) 0,87; przy nagrzewaniu do 180° C 1000 kub. ctm. pozostałość okazała się = 0,341 grm.

Woda z studni artezyjskiej nie ma zapachu, ani smaku, lekko opalizuje. Z soli znaleziono w większej ilości węglan wapna, sody i glinki, w mniejszej — chlorek i siarczan sodu; ślady kalium, magnum i żelaza. Organicznych ciał znaleziono za pomocą próby Ka M n 04 w 1000 kub. ctm. = 0,0032 grm; za pomocą reaktywu Nesslera nie wykryto związków amoniaku; za pomocą roztworu Indygo karminu i sulfophenolu nie znaleziono związków azotowych. Na zasadzie powyższej analizy wynioskowano, że woda znajduje się między słojem marglu i wapienia lub

nawet dolomitu. Brak kwasu węglanego swobodnego, skutkiem czego powstaje przy dostępie powietrza opalizacya — tłomaczy się w ten sposób, że wiercenie jest nie głębokie (70 stóp), dochodzi przeto woda zaskórna; gdyby przewiercono słój dolomitu, a zatem zagłębiono świder do 140 stóp, wówczas otrzymanoby wodę bogatszą pod względem mineralnym i pewniejszą pod względem zdrowotnym. Ponieważ roboty są w pełnym biegu, przeto można mieć nadzieję, że miasto będzie miało dobrą wodę i w dużej ilości.

Drugie, również ważne pytanie — to skanalizowanie miasta. Kanałów w Wilnie odprowadzających różne nieczystości i opady atmosferyczne jest 8, włączając tu i rzeczkę Koczergę, na całym swym przebiegu zasklepioną, przecinającą wiele ulic zachodniej części miasta; kanały mają odpływ do Wilii. Wszystkie kanały znajdują się w jednej tylko części miasta — zachodniej i przylegającej do niej części miasta środkowej; na wschodniej części nie ma żadnych kanałów. Otóż skanalizowaniem pozbawionych części miasta miała się zająć komisya wodna. Gdy w mieście mróz lub susza — komisya milczy, a projekt w tece referenta spokojnie leży; — wówczas tylko gwałt się podnosi, gdy po nad miastem przeszła ulewa, lub gdy zaczynają topnieć śniegi w okolicach Wilna, jak wiadomo górzystych, i mających naturalny spadek przez całe miasto ku Wilii. To znaczne podniesienie się miasta w części wschodniej spowodowało prof. Wojsław, że na jednym z decydujących posiedzeń komisji uznał za niepotrzebną dalszą kanalizacyą, ponieważ w czasie ulewnych deszczów miasto obmywa się z kurzu, błota i brudów drogą naturalną, bardzo wysmienicie. Może być, że taki pogląd naszego specjalisty jest racjonalny — ale chyba o tem zapomniał, że masa brudów płynąc rynsztokami przez całe miasto, tu i owdzie zatrzymuje się po drodze i wytwarza pierwiastki zakaźne. Gdyby naturalny spadek, jak utrzymuje prof. Wojsław, wysmienicie oczyszczał miasto, nie mielibyśmy tyle wypadków chorób zaraźliwych, jaki nam przedstawia poniższa tablica:

1894 rok	listopad	chorych	zaraźliwych	173	śmierci	59	ogólna	śmiertelność	238
	grudzień	—	—	126	—	86	—	—	255
1895 rok	styczeń	—	—	99	—	74	—	—	259
	luty	—	—	97	—	87	—	—	266
	marzec	—	—	40	—	84	—	—	284
	kwiecień	—	—	41	—	52	—	—	234
	maj	—	—	61	—	83	—	—	244
	czerwiec	—	—	85	—	59	—	—	266
	lipiec	—	—	138	—	58	—	—	225
	sierpień	—	—	166	—	98	—	—	261
	wrzesień	—	—	152	—	76	—	—	244
	październik	—	—	87	—	75	—	—	224
ogółem				1265	—	891	—	—	3000

Rzecz naturalna, że taka nieproporcjonalność zająć śmiertelnych jest zależną od tej okoliczności, że nie wszystkie wypadki chorób zaraźliwych są zarejestrowane, gdy tymczasem nikogo nie pochowają na cmentarzu bez świadectwa lekarza. Jeżeli porównamy śmiertelność ogólną z śmiertelnością chorób nagminnych, zauważymy, że na ostatnie wypada $\frac{1}{3}$ ogólnych zająć.

Taki stan nie powinien trwać długo, tem bardziej, że Wilno ma wszystkie warunki, aby stać się jeżeli nie stacyą klimatyczną, to jedną z miejscowości najzdrowszych w kraju. Trochę więcej opieki nad mieszkańcami ze strony zarządu miejskiego, trochę więcej ruchliwości ze strony komisji sanitarnej przy zarządzie miejskim funkcjonującej, a być może, że nasze sprawozdanie obecne nie będzie tak ponuro wyglądać w roku przyszłym. O działalności tej komisji sanitarnej napiszę w drugim liście, obecnie chciałbym pomówić o dyżurach nocnych lekarzy wileńskich. Reporterzy obnieśli po świecie, że Wilno nie ustępuje innym wielkim miastom Europy, albowiem zaprowadzi u siebie nocne dyżury lekarskie przy aptekach i że w tym względzie obradował już podkomitet, czy nawet sam komitet (zupełnie jak w Galicyi) i że rychłego pojawienia się tej instytucji tak koniecznej, tak niezbędnej, oczekiwać należy. Tymczasem dyżury nocne nie są nowością dla Wilna. Przed laty kilkunastu niektórzy lekarze wileńscy urządzili lecznicę dla prze-

chodzących chorych. Specjalności były rozdzielone między założycieli. Przy lecznicy urządzono dyżury nocne, wkładając ten obowiązek na każdego z członków w porządku alfabetycznym. Że lecznica funkcjonowała a przy niej dyżury nocne, o tem wszyscy wiedzieli nie tylko w Wilnie, bo zakład ten był silnie reklamowany; przez pięć lat istnienia dyżurów nocnych zwracano się do dyżurnego lekarza 13 razy, co czyni na rok dwa zapotrzebowania z niewielkim ułamkiem. Więc, albo dyżury nocne lekarzy wileńskich nie rozwiązują kwestyi, gdzie szukać pomocy lekarskiej w wypadkach nagłych, albo też Wilno nie dorosło jeszcze do tego, aby czuło potrzebę dyżurów lekarskich w nocy. Natomiast lekarze wileńscy potrzebują mieć swój sąd koleżeński. O usiłowaniach Towarzystwa lekarskiego czynionych w tym kierunku, pisałem już do „*Nowin*» dziś notuję wypadek, lecz co zrobić w ostatnim wypadku, gdy jedna ze stron do Towarzystwa lekarskiego nie należy? Nie ulega wątpliwości, że byłoby lepiej aby korporacja lekarska w stosunkach fachowych czy towarzyskich zawsze była w zgodzie z etyką — jeżeli zaś nie jest co zrobić? Doprawdy, że czas jest naglący, aby sąd honorowy był zaprowadzony. Z początku, może być, że zajęcia będzie dosyć, ale pierwsze sprawy pokażą, że żartować z etyką niebezpieczna, i jaki taki prawidłowiej swe stosunki urządzi.

W poprzednim liście uczynilem wzmiankę, że Towarzystwo lekarskie postanowiło zastanowić się bliżej nad kwestyą registracyi każdego wypadku błonicy. Otóż sekcya sanitarna Towarzystwa specjalnie tej kwestyi poświęciła posiedzenie. Sekcya nauce doświadczeniem, że najbliżej będzie celu, jeżeli opracuje szemat, zaopatrzone w pytania, odpowiedzi na które wypełnić powinien lekarz mający w swej opiece chorego na błonice — opracowała takowy, w części według wzoru, jaki znalazła w „*Berliner Klinische Wochenschrift*,“ w części według szematu jaki też sekcya zaleciła przed kilku laty dla registracyi chorób zaraźliwych. Towarzystwo lekarskie projekt ten registracyi aprobowало i zaleciło członkom swym do użytku, a także wszystkim lekarzom wileńskim, za pośrednictwem miejscowej administracyi. Można mieć nadzieję, że staranne zapisywanie każdego wypadku błonicy da materiał bogaty, a wyprowadzenie wniosków ogólnych, posłuży dodatnio na poznanie choroby, jak również na jej leczenie.

Z Krakowa.

(?) Z szeregów naszych ubył znowu jeden z najstarszych i najpracowitszych działaczy. 16 kwietnia zmarł tutaj znany balneolog Dr. Michał Zieleniewski, który w historii rozwoju krajowych zdrojowisk zapisał sobie niejedną piękną kartę. Rys jego działalności, pomieszczony w „*Nowinach*“ przy sposobności 50-tej rocznicy jego doktoratu, maluje niezmordowaną pracę śp. Zieleniewskiego aż do ostatnich chwil życia, które znękany chorobą starzec spędził w ciszy i odosobnieniu, nie odkładając jeszcze pióra z osłabłej dłoni. — Jeden z ostatnich wychowalców uniwersytetu z czasów jeszcze Rzeczypospolitej krakowskiej, (rowieśnik prof. Syrchowskiego), zabrał ze sobą do grobu tradycyę najstarszego pokolenia lekarzy naszych i pozostawił po sobie trudną do zapelnienia lukę. Liczny udział kolegów i publiczności w obrzędzie pogrzebowym był wyrazem hołdu dla bogatego w czyn i zasługę życia. — Ze znacznego swego majątku przeznaczył ś. p. Zieleniewski sporą, 100.000 zlr. dochodzącą kwotę, na zaopatrzenie w dobrą (wodociagową) wodę szpitali, szkół i t. p. zakładów w Krakowie. Z pewnej części pozostałej reszty utworzone być mają stypendya; obok tego istnieje cały szereg drobniejszych zapisów dla rozmaitych instytucji humanitarnych, a także znaczniejsza sumka ma się dostać Akademii Umiejętności w Krakowie na wydawanie prac balneologicznych, pod warunkiem, że ułożony przez zgasłego balneologa „*Słownik bibliograficzno-balneologiczny*“ będzie co pewien czas odpowiednio uzupełniany.

Nie wiemy, czy zmarły pozostawił jaką niewydaną dotąd spuściznę literacką, chociaż przygotowywał podobno większe dzieło informacyjnej głównie treści, do druku. Jeżeliby jednak tak było, to zapewne nieprędko ujrzy ono światło dzienne. Stosunki wydawnicze u nas, a podobno i na całym obszarze ziem naszych, wcale nie mogą

nazywać się pomyślnymi, a oryginalne swojskie lekarskie piśmiennictwo nie może jeszcze obejść się bez pomocy osobnych instytucji, jak „Kasa Mianowskiego“ w Warszawie i „Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich“ u nas. To ostatnie Towarzystwo w r. b. ukończyło 20 lat istnienia, a choć nie obchodziło jubileuszu, można mu powünszować przy tej sposobności, że mimo niekorzystnych warunków handlu księgarskiego, mimo ofiar, niejednokrotnie dla zasady poniesionych, na stanowisku wytrwało przez dwa dziesiątki lat i może się okazać pochwałić swej działalności plonem. Dotąd wydało Towarzystwo 19 dzieł i 2 tomy rozpraw (18 tomów oryginalnych, 3 tłumaczeń). W druku zaś znajdują się: „Zarys patologii i terapii“ Gluzińskiego, „Patologia i terapia ciąży“ Jordana (Fizyologia wyszła już dawniej) i II wydanie „Podręcznika chorób żołądka“ Jaworskiego. Wogóle podręczniki rozeszły się lepiej, niż dzieła specjalne; okoliczność ta najlepiej maluje trudności, jakie u nas zwalczać potrzeba na tem polu. Gdyby bowiem nawet sprzedaż podręczników pokrywała koszt wydawania i dawała nadwyżkę, to chcąc utrzymać całą działalność na wysokości zadania, należy wydawać dzieła innego pokroju ze stratą, którą muszą pokryć dochody z podręczników, odsetki z kapitału zakładowego i wkładki członków. — Pod tym względem stan Towarzystwa przedstawia się pomyślnie, ponieważ liczba członków wynosi 259, a majątek wydawnictwa 7500 złr., oprócz nierozsprzedanych dzieł i rozpraw, przedstawiających wartość około 3000 złr. — Dochód w roku 1895 wynosił 1748 złr. nadwyżka przy końcu roku 1139 złr. — Wydawnictwo uchwaliło na ostatnim walnem zgromadzeniu część nakładu „Hygieny szkolnej“ Żulińskiego, po porozumieniu się z rodziną ś.p. autora rozdać bezpłatnie seminarjom nauczycielskim i bibliotekom szkół średnich.

Dziełem polskiem, oddawna wyczerpanem, które niewątpliwie zostanie rozechwypane, będzie oczekiwany oddawna poprawny i rozszerzony „Słownik lekarski polski.“ Wydaniem jego zajmie się zapewne, jak i przedtem, samo Towarzystwo lekarskie, a chwila ta zdaje się być bliską urzeczywistnienia, ponieważ komisya terminologiczna przygotowała już rękopism aż do litery G. a jak głoszą wieści, przed upływem roku bieżącego pracę ukończy w zupełności.

Piśmiennictwo statystyczne powiększyło świeżo, nader punktualnie się ukazujące „Sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie“ za rok ubiegły. Towarzystwo to, utrzymujące z prywatnych funduszków największą obok krajowego szpitala św. Łazarza, lecznicę pod nazwą szpitala „św. Ludwika“ w Krakowie i letnią lecznicę dla zolżowatych dzieci w Rabce, założone zostało przed 23 laty za inicjatywą i wskutek niezmordowanych starań prof. Jakubowskiego, przy poparciu nieodżałowanej pamięci Marceliny ks. Czartoryskiej. Ze sprawozdania przytoczyć warto następujące, same za siebie mówiące, cyfry: przyjęto do szpitala 997 dzieci powyżej roku życia, 293 osesków, 127 mamek; leczono ambulatoryjnie 5350, zaszczepiono ospę 38, razem więc w roku ubiegłym 6805 osób. Od założenia szpitala, tj. od r. 1876 cyfra ogólnych leczonych wynosi 79.939, prawie ośmdziesiąt tysięcy osób. Z lecznicy w Rabce korzystało w roku ubiegłym 101 dzieci przez 4118 dni, zyskując na wadze średnio 3–5 kg. Dochody szpitala wyniosły w tym czasie prawie 22 tysiące złr., wydatki 19½ tysiąca. Personel lekarski składał się z 6 stale ordynujących lekarzy i 5 praktykantów. Dyrektorem szpitala jest prof. Jakubowski, prezesem Towarzystwa Dr. Julian Dunajewski, były minister skarbu. — Rokowania o objęcie szpitala przez władze krajowe (autonomiczne) dotąd nie są ukończone, niewątpliwie jednak ukończą się w sposób dla obu stron korzystny, zapewniający szpitalowi trwałe podstawy bytu i dalszy, równie świetny, a dla społeczeństwa zbawienny rozwój.

Równocześnie prawie pojawiło się sprawozdanie roczne nader pożyteczną rozwijającą działalność szpitala zakonnego Bonifratrów. Szpital ten liczący 35 łóżek, założony jeszcze w zaraniu XVII w., a troskliwymi zabiegami konwentu krakowskiego doprowadzony w wieku bież. do odpowiedniego stanu, oddaje znakomite usługi w czasie groźnych chorób nagminnych, ofiarując zawsze swe sale dla chorych cholerycznych, a jak przed kilku laty, dla chorych na ospę. Pełen poświęcenia zakon, ciesząc się zaufaniem ludności miejscowej i okolicznej, doliczył się w r. z. ogromnej cyfry porad ambulatoryjnych, bo 10.343 osób różnego wieku i wyznania. W szpitalu

leczono w r. z. 664 chorych w 11.384 dniach z 2·21 proc. śmiertelności (po wykluczeniu gruźlicy). Przełożonym szpitala jest wieloletni, niezmordowany w pracy przeor, O. Bernatek, lekarzami zaś D-rzy prof. Trzebiicki i Filimowski.

Oprócz tych 3 szpitali posiadamy jeszcze szpital starozakonnych, z którego sprawozdań w druku nie spotkaliśmy i szpital wojskowy, bardzo duży, z którego cyfr statystycznych poszukiwać trzeba w sprawozdaniach zdrowotnych ministerium wojny, ukazujących się zwykle w 2 lata po zamknięciu roku, a który, jak łatwo zrozumieć, rozporządza materiałem bardzo jednostronnym, złożonym przeważnie z przypadków cięższych. Nie licząc miejskiego zakładu dla chorych nieuleczalnych i podobnej fundacyi Helclów, istnieją u nas jeszcze 2 lecznice prywatne, jedna z nich dla chorób umysłowych, nie mające ogólniejszego statystycznego znaczenia.

Uzupełniając wzmiankę o ostatniem posiedzeniu kółka lekarzy szpitala św. Łazarza, zanotować warto, że prof. Obaliński przedstawiał na niem przypadek skutecznie wyleczonego ropnia śródpiersia tylnego, przypadek ropnia na przedniej ścianie kości krzyżowej, operowanego skutecznie cięciem Kraske'go i chorą z wrodzonym zwłknięciem stawu biodrowego. Doc. Sroczyński objaśnił przypadek gruźlicy spojówki, Dr. Ciechanowski okazy anatomiczne z przypadków choroby Glenarda, Dr. Reiss przypadek bąblicy świerzbieżkowej i rumienia sztucznego po wstrzyknięciu sublimatu powstałego.

Izba lekarska, której doroczne sprawozdanie świeżo prasę opuściło, zajmuje się obecnie sprawą ubezpieczenia lekarzy na starość. — Kilka szczegółów ze sprawozdania zachowuję do następnego listu.

W kierownictwie *»Przeglądu lekarskiego«* zaszły ważne zmiany. Prof. Domański ustąpił ze stanowiska redaktora naczelnego. Wybór następcy odbędzie się za dwa tygodnie, a jako najpoważniejszego kandydata wymienia opinia Dr. Kwaśnickiego. Z osobą domniemanego następcy łączą się nadzieje daleko idących zmian w prowadzeniu pisma.

Na zakończenie jeszcze donoszę o fackie, może już przeważnej części czytelników *»Nowin«* znanym, że w d. 31 marca b. r. ministerium oświaty wydało rozporządzenie, uprawniające kobiety-lekarzy, poddane austriackie, do nostryfikacyi dyplomu, zyskanego zagranicą, po złożeniu egzaminu dojrzałości i wszystkich egzaminów lekarskich, w sposób dla mężczyzn przepisany.

Ze Lwowa.

(▽) Mamy przed sobą sprawozdanie ze szpitali krajowych za rok 1894. Przerzucając kartki tego z górą 400 stronic obejmującego tomu, przekonywamy się, że Galicya posiada ogółem 28 szpitali. Naczelne miejsce zajmują oczywiście szpitale lwowski i krakowski; każdy z nich rozporządza około 700 łózkami. Trzecie miejsce z kolei zajmuje zakład dla chorych umysłowych w Kulparkowie, pomieszczenia sześciuset kilkudziesięciu obłąkanych. Najmniejszy szpital, mianowicie wadowicki, ma 25 łózek; inne prowincjonalne mogą przeciętnie udzielić opieki 50—60 chorym dziennie.

Personal lekarski szpitali stołecznych składa się z dyrektora, prymaryusza, sekundaryusza i lekarzy pomocniczych. Prymaryusze są stałymi urzędnikami krajowymi. Pobierają oni około 1500 zlr. rocznie. Sekundaryusze otrzymują roczną remuneracyą w kwocie 500 (sek. II klasy) i 600 (sek. I klasy) zlr. rocznie; prawo do tej remuneracyi bywa nadawanem na dwa, względnie na cztery lata. Lekarze pomocniczy praktykują bezpłatnie aż do chwili otworzenia się wakansu na posadę sekundaryusza.

W prowincjonalnych szpitalach nie ma prymaryusza, a właściwie ci ostatni sprawują obowiązki dyrektorów, mając do pomocy jednego, najwyżej dwu sekundaryusza. Pensye lekarzy w szpitalach prowincjonalnych są znacznie niższe.

Obydwa główne szpitale krajowe stoją mniej więcej na wysokości współczesnych wymagań, a jeżeliby się dało wytknąć niejedną usterkę w urządzeniu i prowadzeniu tych zakładów, to przyznać należy, że władze krajowe dokładają widocznych starań, ażeby złemu w miarę możliwości zaradzić.

Oczywiście daleko nam do doskonałości, lecz stały postęp, widoczny dla każdego, kto porówna stan obydwu szpitali, zwłaszcza lwowskiego, z przed kilku lat z obecnym, napawa nadzieją, że z czasem zakłady nasze będą się mogły godnie mierzyć z zagranicznymi.

Rzecz inna ze szpitalami prowincjonalnymi. Budynki najczęściej zupełnie nieodpowiednie, stare, pozbawione wszelkiej wentylacji, złe urządzenie miejsc ustępowych, ciasnota, — oto główne wady tych mniejszych zakładów. Dodajmy tu, że lekarze są tam po większej części przeciężeni pracą i że nieraz trzeba niezwyklej gorliwości lekarzy, ażeby podolać ogromowi obowiązków. Za dowód posłużyć może sprawozdanie kol. Bogdanika z Białej, dające wyobrażenie o trudnościach, z jakimi borykać się musi kierownik bialskiego zakładu.

Korespondent Wasz krakowski podnosi, że sprawozdania ze szpitali prowincjonalnych wypadły sucho, że nie znać w nich żadnego naukowego ożywienia. Nie wchodzę tu bliżej w przyczyny tego zjawiska, podkreślę tylko jedną, zdaniem mojem najważniejszą. Oto zwraca ono zbyt mało uwagi na naukową wartość sprawozdań. Szata zewnętrzna sprawozdań razi niestety niedbałą korektą, druki obejmujące wykazy chorób, druki, mające służyć za podstawę statystyk szpitalnych, nie licują z wymaganiem klasyfikacji klinicznej. Wystarczy podać, że Haemoptoe i Hydrops universalis figurują tu jako samodzielne choroby, a Scarlatina, Variola i Morbilli mieszczą się w dziale chorób skórnych!

Gdyby umożliwić można w sprawozdaniach rocznych ujednolicienie statystyki przez wprowadzenie racjonalnej, obowiązującej wszystkie szpitale klasyfikacji chorób, sprawozdania zyskałyby niewątpliwie na wartości, straciłyby charakter suchych wykazów i mogłyby liczyć na szerokie koło czytelników. Nie zapominajmy, że to jedyne „sprawozdanie ze szpitali krajowych,” wychodzące w języku polskim!

Z prac naukowych, umieszczonych w ostatnim tomie sprawozdań zasługuje na wyróżnienie krytyczny przegląd materiału sekcyjnego, — rzeknijmy nawiasowo, bardzo bogatego, — zestawiony przez prorektora szpitala lwowskiego, kol. Krokiewicza.

Z nowin miejscowych, któreby mogły wzbudzić zajęcie w szerszych kołach, zanotuję, że katedrę farmakologii obejmie, według wszelkiego prawdopodobieństwa, docent dr. Sobierański z Marburga. Co do innych katedr, nie wiadomo jeszcze nic pewnego.

Przed kilku tygodniami bawił tu prof. Mikulicz, wezwany do łoża pewnej bardzo zamożnej osoby. Inna osoba, snąc jeszcze zamożniejsza, wezwwała przed kilku dniami prof. Richelot'a z Paryża.



H. Zapiski lecznicze.



1. **Prostata sicca pulv.** Tabletki, zawierające gruczoł krokowy byka podawano z dobrym skutkiem w przeroście gruczołu krokowego. Nastąpiło zmniejszenie gruczołu, polepszenie stanu ogólnego i podmiotowych dolegliwości, zmniejszenie parcia na mocz. Nieprzyjemnych stanów ubocznych nie zauważono. Merck sporządził tabletki, zawierające 0.1 zaszuszonego gruczołu; podaje się dziennie 5 sztuk w dwóch dawkach.

2. **Renes siccati pulv.** Sporządzone z świeżych nerek cielęcych i świńskich przez suszenie. Dobrze działać mają w zapaleniu nerek.

3. **Thymus siccatus pulv.** Ponieważ grasica pod względem rozwojowym i topograficznym bardzo jest zbliżoną do gruczołu tarczowego, próbował Mikulicz, czy ona nie zastąpi gruczołu tarczowego w leczeniu wola. Badania wypadły dodatnio tak w leczeniu wola, jak i choroby Basedowa. Następstwa, jak po żywieniu gruczołem tarczowym, tylko nie występują objawy poboczne: osłabienie serca, zmniejszenie ciężaru ciała. Kolaczyki, zawierające po 0.05 substancji suszonej.

4. **Thyreoidinum siccatum.** Przetworem tym uzyskano dobre wyniki w leczeniu pewnych chorób skórnych (zniekształcenie paznokci, ograniczona sclerodermia, blizny przerosłe, pityriasis rubra, rybia łuska, wilk, łuszczyca). Według Jonine'a działało dobrze przeciw włókniakom macicy, według Nettera przeciw matolectwu, nie powikłanemu z obrzękiem śluzakowym, idyotyzmowi, rozpoczynającej się gruźlicy, otyłości (jest jednym z najlepszych środków odtłuszczających). Kołaczki należy chronić przed ciepłem, wilgocią, światłem i powietrzem, gdyż bardzo szybko ulegają gniciu. Dla tego należy sprowadzać tyroidyne tylko stósownie do potrzeby, w małych paczkach w proszku lub kołaczykach po 50 i 100 sztuk.

5. **Thyreoidinum depuratum.** Badania A. Notkina w Kijowie, dążące do znalezienia skutecznych składników gruczołu tarczowego, wykazały, że w prawidłowym gruczole tarczowym znajdują się dwa fizyologicznie działające ciała białkowe: tyreoproteid i tyreodyna (thyreoidinum depuratum). Pierwsze jest wytworem wymiany materii, drugie zaś swoistym produktem komórek gruczołu tarczowego i działa jak enzyma na tyreoproteid, przyczem ten traci swoje trujące działanie i rozkłada się. Jeżeli więc ustaje czynność gruczołu tarczowego wskutek wyluszczenia tego narządu, to powstaje ostre „zatrucie, „cachexia strumipriva“, raczej „c. thyreopriva“, wskutek coraz bardziej nagromadzającego się tyreoproteidu. Jeżeli gruczoł tarczowy znika powoli wskutek zaniku, to powstaje obraz obrzęku śluzakowego. Podobnie ma się rzecz także przy częściowym zniszczeniu przybłonka swoisto wydzielającego, nagromadza się wtedy tyreoproteid („koloid“) w gruczole samym, co objawia się rozwojem wola koloidowego. Ponieważ tyreodyna nie doznaje zmiany przez kwas chlorowodowy i pepsynę żołądka, to jasne jest jej działanie przy wewnętrznym podawaniu chorym na obrzęk śluzakowy i wole, gdyż rozkłada nagromadzony w ciele chorego tyreoproteid (neutralizuje) i tym sposobem leczy chorych. Thyreoidinum depuratum jest w wodzie rozpuszczalne i dla tego można je podawać wewnątrznie tak w formie stałej, jak płynnej (podskórnie). 0.01 już sprowadza widoczną poprawę u chorych z myxoedema.

Rp. Thyreoidini depurati 0.25

Kaolini 3.0

Vanillini 0.01

Mucill. Tragacant h. q. s.

ut f. pil. nr. XXV

S. 1—2 pig. dziennie.

(E. Merck's Bericht 1895.)

Rp. Thyreoidini depurati 0.25

Aq. destill. 10.0

S. Dziennie wstrzyknąć jedną strzykawkę Prawaza.

Dla zapobieżenia gniciu

dodaje się 0.02 kw. karbol.

lub kroplę jodoformu.

6. **Zapalenie płuc.** *Apolysine*, pod względem chemicznym bardzo zbliżoną do fenacetyny, podawali Nencki i Jaworski z najlepszym wynikiem w zapaleniu płuc, mieszkowem zapaleniu gardła, płonicy, gorączce połogowej, grypie, nerwobólu nadoczodołowym, rwie kulszowej, migrenie, newralgii cervico-occipitalis, prosopalgii. Nawet po wielkich dawkach nie było działania ubocznego. Działanie jej przeciwnerwobólowe i przeciwgorączkowe szybko się uwidacznia. W roztworze, zwłaszcza kwaśnym rozwija ona nie małe działanie przeciwnie przeciw prątkom durowym. Można dojść aż do 6 gr. pro die, zwykle daje się 0.5—15 pro dosi. *Apolysina* jest proszkiem białko-żółtym, kwaskowatym.

7. **Wiewiór.** Jako środek zabijający gonokoki, polecają *argentamine*. Aschner w Peszcie poleca do wstrzykiwań do cewki roztwory 1:1000 do 1:2500. Działa ona w głąb na błonę śluzową, wskutek czego może lepiej, niż inne w użyciu będące środki przeciwwiewiówowe, dosięgnąć i zniszczyć ukryte w błonach śluzowych gonokoki. W pierwszych dniach, zwłaszcza po użyciu bardziej zgęszczonych roztworów, jest wpływ nieco obfity, zmniejsza się jednak w przeciągu kilku dni. Trwanie leczenia 7—15 dni.

8. **Zapalenie ocz.** W. Nicati użył z bardzo dobrym wynikiem *bismuthum hydronitricum* do przeciwnie leczenia zranionego oka, zapalenia pryszczkowego, z ropieniem połączonej conjunctivitis granulosa, diphtheritica i tuberculosa, epithelioma i septycznych wrzodów rogówki. Zasypuje się jak kalomel. W blepharitis ciliaris osiąga się dobre skutki przez wcieranie tego środka w postaci maści z oliwą. W owrzodzeniach dobrze jest przypalić wprzód powierzchownie delikatnie galwanokauterem.

9. **Enteritis acuta.** Niezawodnem lekiem we wszystkich zboczeniach czynności przewodu pokarmowego jest *bismuthum B naphhtolicum* (orphol), przewyższające wszystkie znane dotychczas przetwory bismutowe. U dzieci: 0.25—0.5 trzy razy dziennie, u starszych podwójnie w postaci pigułek. Edm. Chaumier'owi oddało ono wyborne usługi w biegunkach dzieci i dorosłych, suchotników i w durze brzuszonym. Uważa on lek ten za wskazany w wszystkich tych przypadkach, w których zwykle używano dotychczas naftolu i soli bismutowych.

10. **Gruźlica płuc.** Stepp, któremu zawdzięczamy wprowadzenie *bromoformu* jako leku przeciw kokluszowi, stwierdził wyborne działanie tego leku także w gruźlicy płuc, przewlekłych katarach oskrzelowych, zapaleniu i rozedmie płuc i łączących się z nią napadach astmatycznych. Działanie to polega na wydzielaniu się leku przez drogi oddechowe.

Rp. Bromoformii	0.5	Rp. Bromoformii gutt. IX—XXV
Exhibe in capsulis gelatinosis		Spirit. Vini. 30.0
Dent. t. d. Nr. 50		Aq. destill. 90.0
S. 4—6 kapsułek dziennie		Syrup. simpl. 10.0
(w gruźlicy bez gorączki i dy-		S. Co godzinę łyżeczkę
chawicy)		(w bronchopneumonii u dzieci)

11. **Puchlina wodna.** *Bryonnia* jest wskazaną w wszystkich przypadkach puchliny wodnej i w stanach przekrwienia wątroby. Działa ona także dobrze w przykrych stanach następowych niektórych chorób, jak bólach głowy po meningitis, kluciu w piersi po zapaleniu opłucnej, napadach prekordyalnych w przewlekłym zapaleniu osierdzia i bólach w przewlekłym gościec stawowym. Najwięcej jest wskazana we wszystkich przewlekłych stanach zapalnych błon surowiczych.

Rp. Bryonniae	0.1
Sacch. lactis	4.0
Gum. arab.	1.0
Syr. simp. q. s. ut. f. massa,	
aequa formentur granula Nr. 100	
S. Co dwie godziny jedno ziarenko.	

12. **Owrzodzenia.** G. Tarozzi poleca *calcium sulphophenylicum* jako wyborny środek przeciwnie i ściągający w wszystkich tych przypadkach, w których chodzi o zabliznienie pewnych zewnętrznych i wewnętrznych owrzodzeń.

Rp. Calcii sulphophenylici	2.0
Aq. destill.	150.0
Sirup. rub. Idae	50.0
MDS. Co godzinę 2—3 łyżek.	

(E. Merck's Bericht 1896.)

13. **O moczo-pędnem działaniu soli litowych.** Mendelsohn z Berlina zwraca uwagę, że w leczeniu solami litowemi używa się właśnie soli zupełnie nierozpuszczalnej, węglanu litowego, który zostaje wessanym z żołądka jako chlorek litu. Ujemna strona tego przetworu polega na tem, że kwas solny, wchodzący w skład chlorku sodowego uwalnia daleko mniej litu do utworzenia rozpuszczalnego moczanu litowego, niż inna sól litowa. Już z tego powodu jest stosowanie organicznej soli litowej, celem lepszego rozpuszczenia kwasu moczowego w ustroju stosowniejszem. Ponieważ jednak leczenie litem wieńczone bywa pomyślnymi wynikami, dla tego badał M., czy ten czysty wpływ na diatezę moczanową nie daje się tłumaczyć moczo-pędnem działaniem przetworów litowych. Doświadczenia na zwierzętach wykazały w istocie powiększenie wydzielania moczu po użyciu różnych soli litowych, wskutek czego należy odtąd zaliczać lit do leków moczo-pędnych. Przetwory te rozmaite działają rozmaicie silnie, najsilniej lithium citricum i aceticum. Sole te zasługują na polecenie, gdyż skutek ich moczo-pędny występuje wyraźnie u zdrowych i chorych. U dotkniętych dną i kamieniami nerkowymi stwierdził to także M. dokładnem mierzaniem. Ponieważ wszystkie usiłowania uwolnienia ustroju od tkwiącego w nim kwasu moczowego przez podawanie środków rozpuszczających go pozostały dotychczas zupełnie bezkuteczne, dla tego widzi M. w wynikach swych doświadczeń postęp w wyjaśnianiu czynników, na których może polegać działanie tych leków empirycznie

zbadanych, a w pierwszym rzędzie wód mineralnych, litynę zawierających. (Wien. Kl. Woch. 1895, Nr. 44.)

14. **Leczenie zapalenia miedniczek nerkowych przepłukiwaniem takowych.** Caspar (Berlin) donosi o dwóch przypadkach pyelitis gonorrhoeica (jeden ostry obustronny, drugi przewlekły), w których przez przepłukiwania miedniczek nerkowych roczynami kwasu bornego i saletrzanu srebra osiągnął zupełne wyleczenie. W pierwszym przypadku leżał wprowadzony kateter 3 dni dla osączkowania miedniczek, codzienne przepłukiwania i instylacje 1—2%—owym roczynem lapisu. W drugim przypadku kateteryzowano moczowód 6 razy i każdym razem przepłukiwano. W obu przypadkach były inne sposoby leczenia bez skutku. C. do następujących dochodzi wniosków: 1) przepłukiwania miedniczek były rzeczywiście czynnikiem skutecznym, 2) są one wskazane w wszystkich przypadkach pyelitis gonorrhoeica, 3) są one zupełnie bezpieczne, 4) także w pyelitis z innej przyczyny dają one te same widoki wyleczenia podobnie, jak wypłukiwania pęcherza w cierpieniach tegoż (Wien. Kl. Woch. 1895 Nr. 45).

15. **Raki sutki.** Rotter z Berlina donosi o 30 operowanych przez siebie rakach gruczołu piersiowego. W jednym tylko przypadku nastąpił nawrót miejscowy, t. j. w obrębie pola operacyjnego. Dobry ten wynik osiągnął: 1) odcięciem większych, niż dotychczas kawałków skóry, 2) regularnem usuwaniem przymostkowej części mięśnia pectoralis major, 3) wyluszczeniem doszczętnem całego gruczołu sutkowego i gruczołów chłonnych pachowych. (Tamże.)

16. **Amygdaphenin — nowy lek przeciwgośćcowy.** Jest to proszek żółto-szary, krystaliczny, lekki, w wodzie bardzo trudno się rozpuszczający. R. Stieve stosował ten lek w miejskim szpitalu w Frankfurcie n. M. w 20 przypadkach gośca stawowego z gorączką. U wszystkich ustąpiły boleści w krótkim czasie (4—6 dni) i gorączka zniknęła, często wcześniej, niż po salicylanie sodowym. W dolegliwościach newralgicznych, darciu w członkach, bólu głowy itd., także gdy bóle były następstwem ciężkich chorób centralnych, był skutek widoczny. (Centralbl. f. innere Med. 1895, N. 46.)

Bf.

G. Rozmaitości.

Biegunki u dzieci wskutek używania mleka z krów paszowych koniczyną zarażoną (spleśniałą). (Deutsch. med. Woch. 1896. Nr. 5.) Konrad Alt opisuje epidemię biegunkową u wychowanców zakładu dla dzieci chorych (Landes-Heil und Pflege-Anstalt) w Uchtsprunge, której przyczyną była jedynie pasza (koniczyna tak dotknięta białą zarazą, że wyglądała, jakby ogipsowana). W bakteriologicznej stacyi znaleziono w tej koniczynie 2 gatunki grzybka: 1) pleśń phoma trifolii, 2) Pseudopeziza trifolii.

Zestawiwszy z literatury podobne wypadki np. epidemie biegunek u jagniąt i dzieci przy danej owcom lub krowom paszy z liści chmielu dotkniętych białą zarazą, dalej przypadki choroby bydła po użyciu dotkniętego tą chorobą lubinu (lupinosy), dochodzi A. do wniosku, że pleśń ta dostawszy się do przewodu pokarmowego zwierząt, wywołuje enteromikozę, wytwarzającą wprost lub niewprost trucizny, które się udzielają mleku. Dla tego godzi się na wyrażenie Biederta, że tak samo, jak istnieją już rolnicze stacje doświadczalne, powinny powstać stacje doświadczalne dla gospodarki mlecznej i żywienia dzieci.

Wścieklizna w obrębie cesarstwa niemieckiego w r. 1894. Wyjmujemy z wyszłego u I Springera IX-em sprawozdaniu ces. urzędu zdrowia (Jahresbericht ueber die Verbreitung von Thierseuchen im Deutschen Reiche) następujące dane: Ilość przypadków: lokalne rozprzestrzenienie wścieklizny było mniej więcej takie samo, jak w r. 1893. Podano do wiadomości razem o 577 (466) zachorowaniach i zabiciach zwierząt, a mianowicie 471 (410) psów, 73 (39) bydła, 6 (4)

świń i 4 (3) kotów. Najczęściej wydarzały się przypadki w 1-ym a potem w 2-im kwartale. Stwierdzono je w 141 (127) powiatach, po 1 wypadku tylko w 9 regencyach; 52 powiatach. *Największa liczba zdarzyła się w regencji poznańskiej, bo 89; w królewieckiej 52, w opolskiej 51, gumbińskiej 47, wrocławskiej 43, kwidzińskiej 37; a więc we wschodnich departamentach Prus; prócz tego w ówikawskim królestwa saskiego (Zwickau) 45.* W X. Poznaniu szczególnie nawiedzonymi były powiaty pleszewski, śremski, jarociński, strzeliński. Za to w całej nizinie północnoniemieckiej od Wezery aż do Zachodnich Prus tylko 3 przypadki i to na krańcu wschodnim i zachodnim. Z 471 psów wściekłych przypada 107 na Poznańskie, 107 na Szląsk pruski, 99 na Prusy Wschodnie, 39 na Zachodnie, 72 na królestwo saskie, 23 na Bawaryę, a tylko 24 na resztę krajów i prowincyi. Nadto zabito jako podejrzanych o zarażenie 1201 (1383) psów w Niemczech, oddano pod nadzór policyi 77 (68); zabito psów nie posiadających pana także 162 (213). W Kępnie umarł człowiek pokąsany przez psa 3 tygodnie przedtem.

Autor radzi zabijać zwierzęta podejrzane natychmiast, a nie oddawać je pod dozór na 3 miesiące, jak prawo na to pozwala.

Wścieklizna w innych krajach europejskich w r. 1894. W Bułgarii ją stwierdzono w 52 miejscowościach, w Belgii zabito z jej powodu 76 zwierząt. Z Francyi donoszą o 956 przypadkach wścieklizny u psów, 38 u innych zwierząt, z Algeryi u 144 psów a 7 innych zwierząt, z Anglii 246 u psów a 10 u innych zwierząt, w Holandyi stwierdzono ją u 12 psów lub kotów, w Rumunii u 19 psów a 55 bydła, w Szwajcaryi u 20 psów, w Serbii u 1 konia. W Austro-Węgrzech wzmogła się ta zaraza w r. z. W Czechach na tydzień 5—10 zwierząt jej dostawało, w Węgrzech ustawicznie 100—275 miejscowości nie było od niej wolnych. We Francyi, gdzie nie ma prawa kagańcowego, aż 260 osób (!) zostało pokąsanych, w Algeryi 39. Z Rosyi nie ma sprawozdania. Okres wylegania się choroby u psów podany w 6 przypadkach na 14—22 dni, w 1 na 62 dni, u bydła w 11 przypadkach na 26—43 dni, u świń w 3 przypadkach na 16—22 dni, u koni w 3 przypadkach na 21 dni a raz na 186 dni.

Nosaczizna (smarki, Rotz, Malleus) mniej była rozprzestrzenioną w Niemczech w r. 1894, aniżeli w poprzednich. Zawiadomiono o 516 (564) koniach chorych w 197 (212) miejscowościach resp. folwarkach. Największa liczba zachorzeń znowu w Ks. Poznaniu (54) i Szląsku (51); były też przypadki nierzadkie w Regnit i Biberach. Na zachód od Sprei, Haweli i Elby w ogóle mało przypadków. Z Belgii donoszą o 85, z Anglii 1435, z Włoch o 129, z Holandyi o 34, z Rumunii o 231, z Serbii o 11, z Szwajcaryi o 11 przypadkach, z Bułgarii o 10 miejscowościach zarazą dotkniętych. We Francyi i Austro-Węgrzech znaczny przyrost przypadków zachorzenia. Z Rosyi nie podano. Że jednakowoż choroba ta nie jest tam rzadką, dowodzi tego smutna świeża wiadomość o śmierci 2 lekarzy nią zarażonych w Warszawie. W Niemczech w r. 1896 zdarzyły się 3 przypadki śmierci u ludzi stajennych przez zarazę od konia. Raz udało się oznaczyć okres inkubacyjny u konia na 3 tygodnie.

Doświadczenia z malleiną Fotha na koniach. Reakcyja po zastrzyknięciu malleiny koniom nieraz zawodzi. Schütz zabił kilkanaście koni, które mocno reagowały i po zabiciu przekonał się, że były zdrowe. Bonome przestrzega przed rozpoznawaniem nosaczizny, jeżeli reakcyja występuje, choć niewątpliwie koń nosacziną dotknięty zawsze reaguje. Lesuer i Władimirow z jednej strony, Preisz i Hutyn uznają reakcyję gorączkową 1,5° C. za wystarczającą jako dowód nosaczizny. Dla tego Schattenfroh poleca malleinę jako nieraz dość bezpieczny środek rozpoznawczy.

Kwestya malleiny na VI międzynarodowym kongresie weterynarzy w Bernie. Uchwalono małą większością głosów, że malleina jest dobrym środkiem rozpoznawczym w przypadkach podejrzenia o nosacziznę i że należy się w stajniach tą chorobą nawiedzonych do malleiny zawsze uciekać. Równocześnie przeszedł wniosek Fotha o subwencyę rządów w celu experimentalnego dowiedzenia słuszności tej uchwały za pomocą sztucznego szczepienia nosaczizny koniom, którymby się następnie wstrzykiwało malleinę.

Towarzystwo zabezpieczeń na życie lekarzy niemieckich.

Dr. L. Lehmann w Oeynhausien ogłasza, że kto z lekarzy chce przystąpić do tego stowarzyszenia, powinien się doń zgłosić albo do Nowojorskiej „Germanii“ w Berlinie, Leipzigerplatz 12, dodając „Als Mitglied des Vereins für Lebensversicherung Deutscher Aerzte“. Przez to, iż się wyklucza pośrednictwo agentów, może towarzystwo wypłacać premie dla podupadłych członków lekarzy, a nadto wypłacało wszystkim swym członkom 5% od premii. Fundusze towarzystwa dotąd małe, 20 700 mk., złożone w oeynhausieńskiej kasie oszczędności; suma rocznych premii 1895 wynosiła 17 924 mk., a suma zabezpieczona 486 395 mk. i 700 mk. renty.

Elektryczne własności włosów i pierza. Prof. Zygmunt Exner w Wiedniu (*Pfluegers Arch. f. d. ges. Physiol.* Bd. 61 S. 427) podaje, że wystarczy powiewać piórami, by je zaelektryzować. Pióra i włoski elektryzują się ujemnie przez potarcie się o ścianę wierzchnią piór wierzchnich (lotnych), resp. o wierzchnie włosy. Lotki potarte o siebie w naturalnem ich rozłożeniu, stają się ujemnie elektrycznymi od dołu, od góry zaś dodatnio elektrycznymi. Te naładowania elektryczności mogą za życia zwierzęcia przyczynić się do odpowiedniego rozłożenia włosistego lub pierzastego futerka; stanowią one warstwę złych przewodników, chroniąc od przedostania się wgłąb wilgoci i innych szkodliwych czynników. *F. Ch.*

Ruchowa czynność żołądka. A. Schüle do następujących dochodzi wniosków: Natychmiast po wprowadzeniu płynów zaczyna żołądek takowe wydalać. Energia tej czynności zależy głównie od ciepłoty płynu — im ta wyższa, tem tamta większa. Jeżeli spożywa się tylko stałe pokarmy, to dłuższy czas trwa, nim się rozpoczyna wydalenie i to tem dłuższy czas, im twardsze pokarmy. Jeżeli wprowadza się równocześnie pokarmy stałe i płyny, to wypróżnia się najpierw część płynów, poczem dopiero następują składniki zbitse. (*Zeitschrift f. kl. Med.* 1896.)

O znaczeniu kwasu solnego żołądka. Co dotychczas wiadomo o kwasie solnym zbiera W. Schiele w następujących zdaniach: Kwas solny jest jedynym prawidłowym kwasem w żołądku. Jako miejsce odłzielania się jego od chlorków krwi uważać należy komórki „Belegzellen“ gruczołów żołądkowych. Ważną rolę odgrywa przy tem kwas solny, wiązany przez białko, jest trawiącym, fizyologicznie działającym. Wolny kwas solny jest bez wartości dla trawienia, występuje on dopiero, gdy kwas już wypełnił swoje zadanie trawienia. Wiązanie kwasu solnego przez białko, tworzenie się białkanu kwaśnego jest nieodzownym warunkiem do umożliwienia działania pepsyny na białko. Peptonizacja białka jest podrzędną czynnością żołądka. (*Peters. med. Woch.* 1895, Nr. 19.)

Przyczynę do patologii żołądka. Tylko część odźwiernikowa żołądka ściaga się mocno przy wymiotach; wypędzona zawartość żołądka do wiotkiej części wpustowej, z której tłoczni brzuszna wydała ją na zewnątrz. Do tych wyników doszedł I. Arkawin na podstawie spostrzeżeń w klinice Openchowskiego. Sądzi on, że można klinicznie wyzyskać brak wymiotów na korzyść ciężkiego zachorzenia części odźwiernikowej, a szczególnie szybko rosnącego raka. (*Zeitschrift f. kl. Med.* 1895.)

Jak powstaje osłabienie serca w chorobach zakaźnych? Prawidłowe zachowanie się narządu krążenia zależy w równej mierze od czynności serca, jak i nerwów naczynioruchowych. Na oba wpływają dobitnie szkodliwości zewnętrzne. Sprawność ich objawia się w wysokości parcia krwi. Obniżenie parcia niżej normy można uważać za objaw niedostatecznej czynności jednego lub obu czynników. Nie wystarcza jednak mierzyć tylko bezwzględną wysokość ciśnienia. Dla poznania zachowania się serca i wazomotorów w szczególe, czynił Romberg (Lipsk) następujące doświadczenie: Przez mięsienie brzucha, uciśnięcie aorty zstępującej powyżej przepony powiększa się pracę serca. Następuje podwyższenie parcia, jeżeli serce prawidłowe. Pewne odruchy naczyniowe po czuciowem drażnieniu skóry lub błony śluzowej podwyższają również parcie tętnicze, ale wtedy tylko, gdy wazomotory i serce są w porządku. Przez zastosowanie tych manipulacji można było dowiedzieć się, czy choroba zakaźna działa szkodliwie na serce, czy na wazomotory, czy też na oba równocześnie. R. badał: bacillus pyocyaneus i pneumococcus Fränkla. Oba porażają ośrodek naczynioruchowy w rdzeniu przedłużonym, sprowadzając śmiertelne

zboczenia w krążeniu. Wazomotory obwodowe i ośrodki naczynioruchowe Goltza pozostają nietknięte. Bac. pyocyaneus działa niekiedy także na rytm i na sprawność serca, pneumokoki wcale sercu nie szkodzą. Aż do ostatniego okresu choroby zatrzymuje ono swoją całą sprawność. Za pomocą podwyższonej pracy utrzymuje ono nawet długo przy rozpoczynającym się już porażeniu wazomotorów ciśnienie na prawidłowej wysokości. W zapaleniu płuc u człowieka odgrywa porażenie ośrodka naczynioruchowego w rdzeniu pacierzowym (przedłużonym) ważną rolę dla zboczeń w krążeniu tak ważnych w tej chorobie. Fakt, że ludzie ze słabymi sercami szczególnie zagrożeni są przez pneumonią, tłómaczy się przy znacznem rozszerzeniu się choroby przeciążeniem prawego serca, w innych przypadkach tem, że serce nie może podnieść do prawidłowej wysokości wzmoczoną pracą obniżającego się skutkiem porażenia wazomotorów ciśnienia krwi, że krążenie staje się tu o wiele wcześniej niedostatecznem, niż człowiek z prawidłowem sercem. (*Wien. klin. Woch. 1895 N. 44.*)

O etyologii porażenia postępującego. W 200 badanych przez Hirschla w Wiedniu przypadkach znieośleźnienia postępującego u mężczyzn okazały się czynniki etyologiczne, zwykle przytaczane, jak dziedziczne obciążenie, przyczyny umysłowe, wysiłki fizyczne, rażenie słoneczne, uraz, ostre choroby na pewno w 56% przypadków, prawdopodobnie w 25% a nie można jej było wykazać tylko w 19%. H. wspomina o przypadkach powikłania porażenia z sprawami kily późnej. Wobec rzadkości, z jaką następuje tak kilak, jak i znieośleźnienie po zakażeniu kilowem, wystarczają te dowody powikłań do odrzucenia twierdzenia, że lekka tylko kila sprowadza znieośleźnienie. W 78 przypadkach mógł stwierdzić czas zarażenia. Trwanie aż do występowania znieośleźnienia było między 2 a 29 lat. Czas występowania znieośleźnienia okazuje wielkie podobieństwo z występowaniem objawów kily późnej. H. uważa znieośleźnienie jako następstwo jedynego czynnika z powodu tożsamości obrazu chorobowego i procesu anatomicznego, polegającego na encephalitis i periencephalitis diffusa. jako też wskutek okoliczności, że przy dokładnem rozstrząsaniu wszelkich możliwych momentów przyczynowych nie można wykluczyć związku choroby tylko z kilą. H. porównywa zmiany anatomiczne w znieośleźnieniu i w późnych postaciach kily (hepatitis interstitialis syph.), wskazuje na objawy znieośleźnienia, mogące wystąpić także po kile, jak odruchowe porażenie żrenic, podwójne widzenie, zanik n. wzrokowego etc. i wnioskuje w końcu, że paralysis progresiva jest chorobą kilową. (Tamże.)

Bf.

Środki tajne (Geheimmittel). Według orzeczenia sądu w niedawnym procesie przeciwko aptekarzowi z Berlina wychwalającemu proszki żelazne Dérnehla uważa się za tajny środek „każdy środek dawany chorem, którego skład i sposób sporządzenia nie wiadomym, choćby był podanym na policyi.”

Na międzynarodowy zjazd lekarski w Moskwie wyznaczył rząd rosyjski 30,000 rubli srbr.

Prof. Zacharijin w Moskwie, który leczył Aleksandra III wraz z prof. Leydenem zapisał 1/2 miliona rubli na parafialne cerkiewne szkoły, jakby nie było potrzeb w sferze lekarsko-szpitalnej obszernej ojczyzny słynnego praktyka.

OGŁOSZENIE.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu imienia Dra Adama Helbicha, a mianowicie:

1. Historia Warszawskiej Akademii Medyko-Chirurgicznej i Wydziału Lekarskiego Szkoły Głównej w Warszawie.
2. Zasady określenia niezdolności do pracy i zarobkowania po uszkodzeniach wskutek nieszczęśliwych wypadków.
3. Czy istnieją odrębności w przebiegu i etyologii chorób u ludności żydowskiej w naszym kraju?
4. *Pharmacopoea pauperum* w szerokiem rozumieniu tego wyrazu. Praktyczny przewodnik taniego ordynowania środków lekarskich i opatrunkowych.
5. Anatomia patologiczna i etyologia miękkiego szankra.
6. Unerwienie i refleksy jamy nosogardzielowej.

7. Anatomia patologiczna i etyologia dyzenteryi.
8. Anatomia patologiczna i etyologia *enteritidis follicularis*.
9. Wahanie się ilości pepsyny w chorobach żołądka.
10. Zbadać doświadczalnie na zdrowych i chorych wydzielanie się soku żołądkowego pod wpływem roztworów różnego stężenia dwuwęglanu sodu.
11. Zbadać własności odkazające formaliny.
12. Porównanie wartości metod operacyjnych przetok pęcherzowych u kobiet po porodzie na podstawie własnego doświadczenia.

Termin do złożenia rozpraw oznacza się trzech-letni, to jest do dnia 19 października roku 1898. Za pracę napisaną na którykolwiek z powyższych tematów wyznacza się nagroda rs. 150, z zastrzeżeniem możliwości przyznania nagrody w wyższej kwocie, aniżeli rs. 150, w razie wyjątkowej wartości pracy. Takich nagród na rzeczony okres konkursowy oznaczono 6. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie.“ Nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami. Prawo ogłoszenia drukiem rozpraw uwieńczonych zastrzega sobie Towarzystwo Lekarskie.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały, prof. Dr. Brodowski.

Wiadomości osobowe.

Mianowani: Dr. Warmiński w Bydgoszczy radcą zdrowia. Prof. Orth w Getyndze tajnym radcą lek. Dr. Wollenberger w Hali prof. nadzw. Dr. Seiler w Bojanowie radcą zdrowia. Dr. Kleinert w Rawiczu radcą zdrowia.

Osiadlili się: Dr. Gantkowski i Dr. Piskorski w Witkowie. Dr. Favre w Genez. Dr. Noetzel w Hali. Dr. Michalski w Koesen. Dr. Braun w Fordonie. Dr. Sachs w Ostrowie. Dr. Paulini w Miliczu. Dr. Hartwich w Charlottenburgu. Dr. Lippstaedt w Berrent. Dr. Baermann w Berlinie. Dr. Spyra w Wrocławiu. Dr. Adamczewski w Smiglu.

Złożyli egzamin państwowy w Niemczech na lekarzy: Marya Kozielski z Wągrowca. Józef Smodliboński z Sremu. Czesław Nawrocki. W Galicyi egzamin doktorski: Dr. Wład Godziemba Malczewski w Krakowie.

Redakcja uprasza młodych Kolegów w ich własnym interesie, aby zaraz po ukończeniu egzaminu krajowego podali swój dokładny adres zamieszkania w celu umieszczenia go w powyższym spisie. Pragnęlibyśmy w ten sposób ułatwić młodym kolegom późniejsze ich osiedlenie się w korzystnych dla nich miejscowościach.

Kronika żałobna.

† Dr. Henryk Gawroński w Odesie (ur. 1837 r.) b. asystent chirurgicznej kliniki uniwersytetu kijowskiego przy prof. Huebbenecie. Jako chirurg i okulista praktykował na Wołyniu, gdzie pobudował swoim kosztem szpital dla włościan. Był to lekarz filantrop. † Dr. Henryk Kurowski w Guzowie na różą. Zaczny na wskroś kolega. † Dr. Semmola prof. farmakologii w Neapolu, znany z prac o białkomoczu, cukrzycy itd. Dr. Stieda w Tubindze. Dr. Zieleniewski w Krakowie. (Patrz korespondencją z Krakowa.)

Nadesłano Redakcyi.

1. Prof. Dr. W. Antoni Gluziński. Zarys ogólnej patologii i terapii. Kraków 1896.
2. Prof. Dr. Henryk Jordan. Sześć przypadków ciąży pozamacicznej. Kraków 1895.
3. Tenże. O wartości rozmaitych sposobów myomektomii Kraków 1896.
4. Profesorowie A. Beck i N. Cybulski. Dalsze badania zjawisk elektrycznych w korze mózgowej. Kraków 1896.
5. Dr. Adam Karwowski. Ueber Callustumoren. Freiburg I. B. 1895.
6. Frederick Holme Wiggin, M. D. Infantile Intussusception. New York 1896.
7. Der vierundzwanzigste schlesische Bädertag. Reinerz 1896.
8. Prof. K. Kostanecki und A. Wierzejski. Ueber das Verhalten der sogen. achromatischen Substanzen im befruchteten Ei. (Kraków)
9. D. Richard Drews. Ueber Trional und seine Anwendung in der Praxis.
10. Wołkowicz. Jak stanowisko swoje i obowiązki względem czytelników i piszących pojmuje jedno z pism lekarskich? (Warszawa, marzec 1896.)

OD REDAKCYI:

Reklamacje, dotyczące abonamentu *Nowin lekarskich* prosimy przysłać wprost do drukarni pisma naszego »Kuryera Pozn.,« Śty Marcin 17, lub na nasze ręce.

Nakładem komitetu redak. Czcionkami i tłocznią Drukarni „Kuryera Pozn.“

DZIAŁ OGŁOSZEN.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje drukarnia „Kuryera Poznańskiego, ulica świętego Marcina Nr. 17-ty i Biuro ogłoszeń Rud. Mossego w Berlinie, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce 30 fen.
Przy powtórzeniu 3, 6-, 12 razowem 25, 20. 15 fen.

Cieplice TRENCHYNSKIE

Kapiele siarczane od 27^o—31^o R. na Węgrzech, w Małych Karpatach, 20 minut drogi od stacyi Tepla — Trencsin — Teplitz. Kapiele wannowe, basenowe i natryski wżorowo urządzone, skuteczne w artrytyzmie, reumatyzmie, cierpieniach nerwowych, obwodowych i centralnych, cierpieniach skóry, obrażeniach kości i t. p.

Do mesażu personal wyćwiczony. Mieszkania od 50 cnt. do 3 zlr. za dobę. Leżnica, teatr, koncerty. Kuchnia wykwintna. Woda do picia z górskich źródeł.

Sezon od 1-go maja do końca września.

W maju i wrześniu za 3 zlr. mieszkanie i stół.

Dyrekcya kąpielowa rozsyla prospekty bezpłatnie. Broszura Dra Filipkiewicza do nabycia w większych księgarniach.

Dr. med. Czesław Stiche

ordynuje

w **Karlsbadzie**

Kreuzsta se — Insel Rügen.

Dr. Wład. Harajewicz

ordynuje jak lat poprzednich

w **Marienbadzie**

Belvedere.

KAPIELE REINERZ

na Szlązku Pruskim,

uzdrowisko kuracyjne klimatyczne.

w lasy bogate, 568 metr. nad powierzchnią morza. Posiada trzy źródła do *picia, alkaliczne, żelaziste, obfitujące w kwas węglany*. Kapiele mineralne, błotne, tuszowe oraz wyborny zakład żyzny i mleczny. Skutecznie działające *we wszelkich chorobach dróg oddechowych, w nieżytach żołądka, kiszek i dróg moczowych, w chorobach kobiecych i cierpieniach nerwowych powstałych na podstawie anemii*. W ogóle gorąco zalecane *we wszelkich sprawach osłabionego organizmu*. Frekwencya 7.000 osób, 9 lekarzy kąpielowych.

Otwarcie sezonu z początkiem maja.

Ostatnia stacya kolejowa Rückers Reinerz (4 kilometry). Polskie gazety i książki w bibliotece. Prospekty bezpłatnie i franco.

Dr. Fr. Chłapowski

ordynuje w tym roku jak w latach poprzednich podczas sezonu kąpielowego w **Kissingen** (w Bawaryi).

Dr. Stan.

Dr. med. Fr. Jankowski

ordynuje latem w **Bad-Nauheim**.

Przegląd chirurgiczny

pismo poświęcone wyłącznie
chirurgii, oftalmologii, otiatrii, laryngologii, akuszeryi, ginekologii, sifilidologii i dermatologii,

wychodzi zeszytami objętości 10 arkuszy druku w bezterminowych odstępach czasu (przypuszczalnie co kwartał).

Cena roczna w Warszawie rs 10, na prowincyi rs. 12.

Cena pojedynczego zeszytu rs. 2 kop. 50.

Adres redakcyi

Dr. Krajewski, Aleje Jerozolimskie Nr. 66.

Odczyty Kliniczne

wydawane przez

 **Redakcyę Gazety Lekarskiej,** 

wychodzą w odstępach miesięcznych objętości średnio 2 arkuszy druku.

Dotychczas wyszły:

Serya I.

1. **Reubner.** Dyfteryt szkarlatynowy i jego leczenie. (*Wyczerpany*).
2. **Struempel.** Nerwice pochodzenia traumatycznego.
- 3 i 4. **Loewenfeld.** Nowoczesne metody leczenia neurastenii i histeryi. (*Wyczerpany*)
 - { **Dührssen.** O pomocy akuszerijnej w przypadkach zwożeń miednicy.
 - { **Schauta.** O leczeniu tyło-pochylenia i tyło-zgięcia macicy.
6. **Herz.** Gruźlica płuc u dzieci.
7. **Sattler.** O stosunku narządu wzroku do cierpień ogólnych organizmu.
8. **Króczyński.** Leczenie trypra ostrego i przewlekłego. (*Wyczerpany*).
- 9 i 10. **Oertel.** Dyetetyczno-mechaniczne leczenie chorób serca.
11. **Matlakowski.** Tegoczesny sposób operowania raka sutki.
12. **Unverricht.** Metody terapii w medycynie wewnętrznej.

Serya II.

13. **Sokołowski.** Skryte postacie suchot płucnych.
14. **Dührssen.** Leczenie krwotoków poporodowych.
- 15, 16, i 17. **Beard.** Neurastenija, jej objawy, istota, skutki i leczenie.
- 18, 19 i 20. **Gajkiewicz.** Syfilis układu nerwowego.
- 21, 22 i 23. **Eisenberg.** Leczenie syfisu.
24. **Dunin.** O habitualnem zaparciu stolca. (*Wyczerpany*).

Serya III.

25. **Saenger.** Zakażenie tryprowe u kobiet.
26. **Grasset.** O zawrocie głowy zależnym od zmian w naczyniach, oraz o stwardnieniu tętnic w ogólności.
27. **Rydygier.** O leczeniu ran.
 - { **Struempel.** O istocie i leczeniu wiału rdzenia kręgowego (*tabes dorsalis*).
 - { **Kahler.** O wczesnych objawach wiału rdzenia kręgowego.
29. **Meynert.** *Paralysis universalis progressiva*.
- 30 i 31. **Kijewski.** Promienica u człowieka.
- 32 i 33. **Goldflam.** O przymiocie rdzenia.
34. **Reichmann.** Kilka słów o powstawaniu, objawach i leczeniu kamicy żółciowej (*Cholelithiasis*).
35. **Arnstein.** O biegunce letniej u dzieci.
36. **Nussbaum.** O natężeniu spraw patologicznych.

Serya IV.

37. **Hirschfeld.** Zasady żywienia chorych.
38. **Burgonzio.** Technika hydroterapii.
39. **Olshausen.** O drgawkach porodowych.
40. **Przeworski.** Działalność naukowa Rudolfa Virchow'a.
41. **Hebra.** Leczenie pryszczycy.
- 42 i 43. **Loewenfeld.** Choroby nerwowe na tle zaburzeń płciowych powstałe.
- 44, 45 i 46. **Talamon.** O zapaleniu wyrostka robaczkowego i tkanek około kiszki ślepej (*Appendicitis ot perityphlitis*).
47. **Kramsztyk Z.** Jaskra (*glaucoma*).
48. **Krajewski.** O chirurgicznym leczeniu pęknięć macicy.

Serya V.

49. **A. Fraenkel i O. Vierordt.** Dusznicza bolesna (*Angina pectoris*).
- 50, 51 i 52. **Gilles de la Tourette.** Histerya (Część I).
53. **Sokołowski.** Leczenie klim. suchot płuc.
54. **Rydygier.** O sposobie chloroformowania.
- 55 i 56. **Filatow.** O leczeniu i rozpoznawaniu katarów kiszek u dzieci, głównie u ssawców.
57. **F. Hirschfeld.** Leczenie otyłości.
58. **Hirschfeld.** Leczenie moczówki cukrowej.
- 59 i 60. **Lewison.** O dyatezie moczanowej.

Serya VI.

61. **Mintz.** O zabiegach chirurgicznych w chorobach żołądka.
62. **Sokołowski.** O bólu gardła.
63. **Aronson.** Podstawy leczenia surowicą krwi.
64. **Bączkiewicz.** Leczenie dyfterytu gardzieli u dzieci.
- 65, 66 i 67. **M. Hirsch.** Suggestya i hypnoza.
- 68 i 69. **E. Biernacki.** Afazya w świetle badań współczesnych.
70. **H. Nussbaum.** O wpływie czynności duchowych na sprawy chorobowe.
71. **F. Legueu.** O chirurgicznym leczeniu gruczołowego zapalenia otrzewnej.
72. **Wł. Janowski.** Obecny stan leczenia błonicy za pomocą surowicy krwi.

Serya VII.

73. **Rabe.** Współczesne teorye gorączki.
74. **Dunin.** O stanach anemicznych.
75. **Schlange.** O niedrożności kiszek.
- 76 i 77. **Determann.** Nerwice serca i naczyń.
- 78 i 79. **Rydygier.** O leczeniu gruźlicy stawów.
- 80 i 81. **Papiewski.** O karmieniu niemowląt.
82. **Zacharjin.** O wewnętrznym i zewnętrznym użyciu wód mineralnych.
- 83 i 84. **Posner.** Dyagnostyka chorób mocz.

Następujące zeszyty zawierać będą:

Gilles de la Tourette. Histerya.

Biernacki. Przegląd metod fizykalnych w dyagnostyce chorób serca i płuc.

Cena odczytów : rocznie 7 mrk. czyli 3 rs., pojedynczy zeszyt 70 fen. czyli 30 kop.

Nabywać można we wszystkich księgarniach.

Stacya kolei Muszyna - Krynica z Krakowa 8 godz. ze Lwowa 12 „ z Pesztu 12 „	C. K. Zakład zdrojowy K R Y N I C A (w Galicyi)	W miejscu Poczta 3 razy dziennie telegraf i apteka.
--	---	--

najobfitsza szcawowa żelazista.

W Karpatach 590 m. n. p. m. Od stacyi kolejowej godzina drogi bitej, znakomicie utrzymane. **Srodki lecznicze:** klimat podalpejski, kąpiele żelaziste, nader obfite w wolny kwas węglowy, ogrzewane metodą Schwarza (w r. 1895 wydano ich 47,000). **Kąpiele borowinowe** parą ogrzewane (w roku 1895 wydano ich 18,000). **Kąpiele gazowe** z czystego kwasu węglowego. **C. K. zakład hydropatyczny** pod kierunkiem specjalisty Dr. H. Ebersa (w r. 1895 wydano procedur hydropatycznych 28,000). **Picie wód mineralnych miejscowych i zagranicznych.** **Żytyca, kefir, gimnastyka lecznicza.** **Lekarz zdrojowy Dr. L. Kopff** cały sezon stale ordynujący. Nadto 14 lekarzy wolno praktykujących. **Spacery:** Bardzo rozległy park szpilkowy, znakomicie utrzymany. Bliższe i dalsze wycieczki w uroczyska Karpaty. **Mieszkania:** przeszło 1500 pokoi z komfortem urządzonych, z pościelą kompletną, usługą, dzwonekami elektrycznymi, piecami i t. d. **Kościół katolicki i cerkiew.** Wspaniały dom zdrojowy, kilka restauracyi, kilka pensyonatów prywatnych, mleczarnie, cukiernie. **Muzyka zdrojowa** pod kierunkiem A. Wrońskiego od 21 maja. **Stały teatr, koncerty.** **Frekwencya** w r. 1895 509 i osób.

Sezon od 15 maja do 30 września.

W maju, czerwcu i wrześniu ceny kąpielei, pomieszek i potraw w głównej restauracyi zniżone o 20%.

Rozsyłka wody mineralnej: od kwietnia do listopada, składy we wszystkich większych miastach w kraju i za granicą.

W miesiącu lipcu i sierpniu ubogim żadne ulgi, jak uwolnienie od taks zdrojowych i t. p. udzielone nie zostaną.

Na żądanie udziela wyjaśnień:

C. k. Zarząd zdrojowy w Krynicy (Galicya).

PAMIĘTNIK TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

WARSZAWSKIEGO

wydawany nakładem tegoż Towarzystwa przez **M. Jakowskiego**.

Wychodzi w 4 kwartalnych zeszytach, obejmujących przeszło 10 ark. druku i zawiera cenne naukowe prace oryginalne oraz wyczerpujące protokoły z posiedzeń Tow. lek. Warsz. i corocznie dokładny Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za rok ubiegły. *Cena* Pamiętnika w Warszawie rocznie rs. 3, w Niemczech 7 mrk., w Austrii 4 złr. *Redakcya* Pamiętnika: *Wspólna* 26.

KRONIKA LEKARSKA

dwutygodnik poświęcony przeglądowi postępów umiejętności lekarskich wydawany przez O. Hewelke, K. Sierpińskiego i Józefa Zawadzkiego pod redakcją drów O. Hewelke i J. Zawadzkiego

Cena prenumeraty w Warszawie rocznie rs. 5, *na prowincyi i zagranicą* rs. 6.

Adres Redakcyi: Chmielna 14, Adres Administracyi: Marszałkowska 99 w Warszawie.

DR. JÓZEF BIELIŃSKI Z OLITY

STAN NAUK LEKARSKICH

za czasów akademii medyko-chirurgicznej Wileńskiej.

Warszawa, 1889 rok.

(Praca uwieńczona nagrodą konkursową im. Helbicha.)