

NOWINY LEKARSKIE

ORGAN WYDZIAŁU LEKARSKIEGO TOWARZYSTWA PRZYJACIOŁ NAUK POZNAŃSKIEGO.

Wychodzi na początku każdego miesiąca w Poznaniu
staraniem

KOMITETU REDAKCYJNEGO

składającego się z radcy Dr. Fr. Chłapowskiego, Dr. T. Drobnika, Dr. A. Jaruntowskiego, radcy
Dr. Koehlera, Dr. J. Panieńskiego, Dr. Święcickiego z Poznania,
Dr. L. Szumana z Torunia i Profesora Dr. Wicherkiewicza z Krakowa.

BIURO REDAKCYJNE:

znajduje się u przewodniczącego komitetu
redakcyjnego, radcy Dr. Fr. Chłapowskiego,
w Poznaniu, ul. Wiktorii 27.

ADMINISTRACJA I EKSPEDYCJA:

u członka komitetu red.
Dr. Tomasza Drobnika w Poznaniu,
Fryderykowska ul. 11.

Przedpłata: którą przyjmują: Dr. Tomasz Drobnik w Poznaniu, św. Marcin Nr. 74,
księgarnie: Krzyżanowskiego w Krakowie; Wendego i Sp. oraz Gebethnera & Wolffa
w Warszawie, jako też wszystkie urzędy pocztowe Ces. Niem., wynosi:

rocznie: w Niemczech 12 m., w Austrii 7 zlr., w Król. Pol. i Rosyi 6 rs., we Francyi 15 fr.,

półrocznie: w Niemczech 6 m., w Austrii 3,50 zlr., w Król. Pol. i Rosyi 3 rs., we Francyi 7 50 fr.

A. Prace oryginalne.

O hemoroidach.

Wykład kliniczny

c. k. radcy dworu Prof. Dr. Rydygiera.

Hemoroidy znaną są od najdawniejszych czasów chorobą. Hippocrates już o niej wspomina, a nazwę swą »haemorrhoids« wzięły od *haima* — krew, *rhois* — płynę, *rhois* — bieg, cieczenie. Bywały czasy, że najrozmaitsze cierpienia przypisywano hemoroidom: były hemoroidy nawet w mózgu!

Zmiany anatomiczno-patologiczne naprzód rozpatrzyć należy, zanim przystąpimy do opisu przyczyn wywołujących hemoroidy.

W nowszych czasach wszyscy się na to zgodzili, że hemoroidy uważać należy za żylaki, varices, żył hemoroidalnych. Jak wiadomo z anatomii, tworzą żyły odbytnicy i odbytu dwa spłoty: plexus haemorrhoidalis externus i plexus haemorrhoidalis internus.

Ze spłotu hemoroidalnego zewnętrznego, który zbiera krew z całej okolicy odbytu — tak od obydwóch zwieraczy i dźwigacza odbytu, jak i skóry tej okolicy — powstają żyła hemoroidalna dolna czyli zewnętrzna (v. haemorrhoidalis inferior s. externa) i żyła hemoroidalna średnia (x. haemorrhoidalis medis). Obie te żyły wpadają do żyły sromnej (v. pudenda), która

wlewa się do żyły miednicowej (v. hypogastrica s. iliaca interna), dopływającej do żyły głównej dolnej (v. cava inferior).

Splot hemoroidalny wewnętrzny leży bezpośrednio pod błoną śluzową. Drobne jego gałązki łączą się w grubsze, przebiegające początkowo w kierunku z dołu ku górze, a później przebijające ścianę jelita pomiędzy włóknami mięśniowymi na zewnątrz. Gałązki te zlewając się w coraz to grubsze pnie, tworzą żyłę hemoroidalną górną czyli wewnętrzną (v. haemorrhoidalis superior s. interna), która połączywszy się z żyłą okrężnicową (v. colica), tworzy żyłę kreskową dolną (v. mesenterica inferior), jeden z pni żyły wrotnej (v. portae).

Splot hemoroidalny wewnętrzny łączy się licznymi gałązkami ze splotem zewnętrznym i w tem znajduje podstawę anatomiczną dawne twierdzenie, że cierpienia wątroby i zaburzenia w krążeniu krwi w zakresie żyły wrotnej stanowią jedną z najważniejszych przyczyn powstawania hemoroid.

Dur et twierdził, że każda z gałązek splotu hemoroidalnego wewnętrznego rozpoczyna się kolbeczką, co by naturalnie tłumaczyło tak bardzo rozszerzone usposobienie do hemoroid. Kijewski wykazał, że Dur et a twierdzenie jest mylne, chociaż i on znajdował bardzo często, nawet u młodych ludzi, guzikowate rozszerzenie na początkujących gałązkach żył.

Żyłakowate rozszerzenie dochodząc z czasem do coraz to większych rozmiarów i zajmując coraz nowe gałązki, sprawia nie tylko przedłużenie żył, a więc wężykowaty i coraz to bardzo pokręcony ich przebieg, ale również coraz wyraźniej ograniczone, tu i owdzie występujące guzikowate rozszerzenia, które niekiedy przybliżają się do siebie coraz bardziej i zaczynają się stykać, aż nareszcie skutkiem ciągle wzmagającego się ciśnienia zanikają ich ścianki i dwie jamki zlewają się w jedną. W ten sposób powstają mniejsze lub większe guzki z budową jamistą podobne zupełnie do naczynek jamistych (angioma cavernosum).

Rozumie się, że przy tych sprawach nie może się obyć bez ważnych zmian w ścianach żył: na niektórych miejscach widzimy ścięczenie, na innych zgrubienie ich warstw. Przy dokładniejszym badaniu przekonać się możemy, że nie wszystkie trzy warstwy równy biorą udział w tych zmianach, które mają przeważnie charakter zapalenia przewlekłego: najważniejsze zmiany przedstawia według Quénu błona wewnętrzna (intima, endophlebitis), według innych błona środkowa (media) i błona zewnętrzna (adventia). W ten sposób zmienione ściany tracą na przestrzeniach dłuższych lub więcej ograniczonych swą elastyczność i odporność, ulegają łatwiej szkodliwym wpływom zastoiny i ciśnienia.

Coraz to więcej i wyraźniej w tak zmienionych ściankach rozróżnić można naczyńka w nich przebiegające (vasa vasorum).

Tak więc występuje coraz wybitniej podobieństwo do naczynek jamistych i to naczynek jamistych.

W najnowszych czasach wystąpił Reinbach z kliniki Mikulicza z twierdzeniem opartem na bardzo pilnych badaniach, że hemoroidy są rzeczywistymi nowotworami charakteru łagodnego, cechującymi się przede wszystkim tworzeniem się nowych naczyń, a więc prawdziwymi naczynekami. Istota hemoroidów niema według niego nic wspólnego z zastoiną żylną, chociaż nie zaprzecza on bynajmniej, że często obok wytworzenia guza występują objawy zastoinowe, tak samo jak i zapalenie niższego stopnia.

Twierdzenie swoje opiera Reinbach przede wszystkim na swoich preparatach drobnowidzowych, na których widział — jak twierdzi — na pewno rzeczywiste tworzenie się nowych naczyń w rodzaju wypustków, którym towarzyszyły w większej ilości nagromadzone

jądra, cechujące właśnie tworzenie nowych naczyń. — R. fwierdzi, że nie uległ złudzeniu, jakie wydarzyć się może: okolica stosunkowo uboga w naczynia wydać się może obficie unaczynioną po rozszerzeniu drobnych gałązek włoskowych. Nowe naczynia zaś tworzyć się tylko mogą albo przy powstawaniu naczynek, albo przy sprawach zapalnych posuwających się aż do wytwarzania ziarniny. Tkanki ziarninowej nie widział nigdzie w swoich preparatach, jakkolwiek nieraz spostrzegał mniej lub więcej ograniczone ogniska zapalne. Nie można też sobie tłumaczyć tego obrazu z nowopowstałymi naczyniami jakoby jakim ostatnim okresem przebytej już sprawy zapalnej, bo przecież tkanka ziarniny przemienia się wtenczas na bliznę — ubogą właśnie w naczynia. Jeżeli więc nie sprawa zapalna jest przyczyną tych nowych naczyń, wtenczas tylko rzeczywista nowotworowa sprawa mogła dać im początek.

Innymi jeszcze dowodami chce poprzeć R. swoje zapatrywanie. Przypomina, że są przecież znane przypadki hemoroidów u noworodków i w pierwszych latach życia przestrzegane — są to jednak spostrzeżenia bardzo wyjątkowe! Porównywania zaś ust i tutaj często występujących naczynek z odbytem uważam za wcale nieprzekonywające i nie bardzo szczęśliwe. Przecieżby podobnie częste pojawianie się naczynek w tem miejscu nie uszło uwagi położników i akuserek! Tak samo nie przekonywa twierdzenie, że nie wszyscy cierpiący na hemoroidy cierpią na zaparcie stolca — przecież to nie jest jedyna przyczyna zastoiny w żyłach hemoroidalnych. Nie więcej przemawia za nowotworowem pochodzeniem, a przeciw żyłakowatemu rozszerzeniu doświadczenie kliniczne, że po radykalnem usunięciu hemoroidów tak rzadko występują nawroty. Przecież blizny powstające po operacji mogą chronić od powtórnego rozszerzenia żył, nawet mimo dalej działających wpływów ujemnych. Zresztą nawroty nie są tak wyjątkowo rzadkiem zdarzeniem. W ogóle zapatrywania Reinbacha, jakkolwiek ciekawe, wymagają jeszcze dalszych rozległych badań, zanim w swej skrajności znajdą ogólne uznanie.

Prócz zmian w naczyniach co dopiero opisanych występują i w błonie śluzowej prędzej czy później zaburzenia, przeważnie w postaci nieżyty. W gruczołach cewkowych odbytnicy (Lieberkuehna) znajdujemy znacznie większą ilość komórek kubkowatych (Becherzellen) wydzielających więcej śluzu, niż prawidłowo, a w daleko posuniętych przypadkach bywa i cały ich kształt znacznie zmieniony; światło jest rozszerzone, mianowicie u dołu. Nadto widzimy bardzo często rozlany drobnokomórkowy naciek całej błony śluzowej,

Ponad guzkami znajdujemy błonę śluzową ścięńczoną, na innych miejscach wybroczyny i skrzepy.

To, co dotychczas opisywaliśmy, odnosi się przeważnie do wewnętrznych czyli podśluzowych guzów hemoroidalnych. Guzy hemoroidalne zewnętrzne czyli podskórne nie wiele od nich się różnią co do zmian w samych naczyniach, tylko że częściej i wcześniej tu występują skrzepy w guzkach — czy to wskutek zastoiny silniejszej, czy też wskutek sprawy zapalnej w samym guzie i jego otoczeniu. Powoli skrzepy organizują się, guzki tracą swe napięcie, maleją, zewnętrzna ich powierzchnia marszczy się; jednym słowem stają się coraz podobniejszymi do guzków z tkanki łącznej, wiotkich, jak to często widzimy, naokoło odbytu starszych ludzi.

W innych przypadkach naciek drobnokomórkowy się wzmacnia — postępuje coraz dalej, aż nareszcie wytworzą się ropnie i przetoki około odbytu.

Przyczyn powstawania hemoroidów szukać należy w często powtarzającym się przekrwieniu dolnego odcinka odbytnicy. Przekrwienia to może być biernem, albo czynnem.

Przekrwienie bierne powstaje wskutek najrozmaitszych zaburzeń w obiegu krwi, jakie wywołać mogą obrzęki i guzy przyrządów jamy brzusznej uciskające na naczynia żyłne i utrudniające swobodny z nich odpływ. Do tych przyczyn

należy też zaliczyć fizyologiczne powiększenie macicy podczas ciąży; tutaj częściowo działa ujemnie i czynne przekrwienie wskutek zwiększonego w tym czasie przyływu krwi do małej miednicy.

Podobnie rzecz się ma z szkodliwym działaniem przewlekłego zaparcia stolca: zbite masy twardego kału tamują odpływ krwi, wywołują więc naprzód bierne przekrwienie. W dalszym ciągu zatrzymując się zbyt długo w odbytnicy, rozkładają się, drażnią i stają się przyczyną przekrwienia czynnego.

Silne wydymanie się przy oddawaniu moczu w przypadkach zwężenia cewki moczowej, lub przerostu gruczołu krokowego, lub kamienia w pęcherzu, utrudnia również odpływ krwi i stać się może przyczyną powstania hemoroidów.

Czy choroby płuc i serca często bywają przyczyną hemoroidów, ani sam się nie przekonałem, ani nie słyszałem od kolegów trudniących się wewnętrznymi chorobami. Że przyczynić się mogą, wywołując zastoje w obiegu krwi, nie ulega wątpliwości.

Za najczęstszą przyczynę powstawania hemoroidów uważa się zwykle długie wysiadanie — siedzący sposób życia, dla tego to u uczonych i urzędników tak często mają one występować, skąd się wzięła u Niemców nazwa »Staatshaemorrhoidarius«. Nie mniej jednak i zatrudnienia wymagające dłuższego stania, jak u dentystów i fryzyerów (Smith), u urzędników cłowych (Esmarch) wywołać mogą hemoroidy. Pojmijmy to tem łatwiej, jeżeli sobie przypomnimy, że żyły systemu v. portae nie mają zastawek. Tak przy siedzeniu, jak przy stanie spłot hemoroidalny wewnętrzny tworzy najniższe gałązki tegoż systemu.

Czynne przekrwienie występuje nieraz po częściej powtarzającym się nadużyciu płciowem i nadmiarze pokarmów, częściej jeszcze wywołują je nieczyste utrzymywanie okolicy odbytu i często powtarzające się podrażnienia, jak używanie nieczystego, zadrukowanego papieru do otarcia odbytu po oddaniu stolca (Esmarch).

Że i modny sport jazdy na rowerze przyczynić się może do powstania hemoroid, nie ulega, zdaje się, wątpliwości: drobne drganie siedzenia przy szybkim ruchu drażnić muszą okolicę odbytu i spowodować przekrwienie.

Czy hemoroidy częściej występują u mężczyzn, czy u kobiet, trudno na pewno rozstrzygnąć. Zdawaćby się mogło, że kobiety częściej zapadać powinny, gdyż wyłącznie podlegają szkodliwości tak bardzo usposabiającej do powstawania hemoroidów, jak ciąża. A jednak inne złe wpływy, jak siedzący sposób życia, muszą o tyle częściej działać u mężczyzn, że zrównoważają tamten, bo według naszego osobistego wrażenia częściej widzieliśmy hemoroidy u mężczyzn, niż u kobiet; a przynajmniej u nich na pewno częściej wykonywaliśmy operacje.

Że w wieku późniejszym częściej występują hemoroidy, ogólnie znana jest rzeczą, chociaż już wspominaliśmy, że wyjątkowo już i u dzieci, a nawet noworodków je widziano (Lannelongue i inni).

Czu dziedziczność ma jaki wpływ na powstawanie hemoroidów, trudno rozstrzygnąć; tem trudniej, że cierpienie to jest tak rozpowszechnione w późniejszym wieku, iż Anglicy np. twierdzą, że niema człowieka w drugiej połowie życia, któryby nie cierpiał na hemoroidy.

Nie ulega jednak wątpliwości, że u niektórych ras cierpienie to częściej spotykamy, a przynajmniej dochodzi do wyższego stopnia, niż u innych. Tak np.

u nas żydzi bez wątpienia częściej cierpią na hemoroidy, tak samo jak u nich częściej widzimy stopę płaską. Trudno na pewno rozstrzygnąć, czy do tego częstego pojawiania się hemoroidów u nich przyczynia się ściśle wykonywanie złe zrozumianego przepisu rytualnego, że każdy winien mieć wypróżnienie przed rozpoczęciem rannej modlitwy, wskutek czego starowiercy przynajmniej codziennie z rana często z wielkim nateżeniem się wydymają i w ten sposób naturalnie przyczyniają się do powstawania tego cierpienia.

O b i j a w y h e m o r o i d ó w zależą początkowo od przekrwienia w żyłach hemoroidalnych i wywołującego się powoli nieżyty odbytncy. Chorzy tacy skarżą się więc na uczucie ciężaru i pełności; na swędzenie i palenie w okolicy odbytu, na bóle rozpromieniające się w okolice krzyżów i ud; czują często pożywienie na stolec bez należytego skutku — najwyżej odejdzie cokolwiek śluzu. Po porządnem wypróżnieniu uczuwają zwykle znaczną ulgę, dla tego to u nich akt ten nabiera takiego znaczenia.

Zwykle zaliczają też do objawów hemoroidów zawrót głowy, pewne otumanienie, bicie serca, nieregularne tętno. Objawy te raczej przypisać należy przewlekłemu zaparciu stolca, który zwykle towarzyszy hemoroidom, i ztąd wynikającemu zatruciu gnilnemu (auto-infectio).

W takim stanie dolegliwości pozostawać mogą przez długi czas. Przypadki te nie należą do chirurga: przez odpowiednie leczenie dyetetyczne, zalecenie kąpieli i środków przeczyszczających leczą je interniści.

W innych razach prędzej czy później zaczynają się pojawiać krwotoki, w początkach przeważnie pod koniec wypróżnienia. Dopóki krwotoki są mierne, sprawiają choremu zwykle pewną ulgę; dla tego to nadano im w dawnych czasach miano »złotej żyły« (vena aurea). Powoli jednak stając się coraz to obfitszymi, osłabiają chorego i sprowadzają ogólną niedokrewność. Cera chorego się ziemisto-błada, występują obrzęki — początkowo w postaci lekkich nabrzękłości powiek; nareszcie coraz to większe osłabienie daje się uczuwać.

Trzeba o tem pamiętać, że czasem młode dziewczęta cierpią nibyto na uporczywą blednicę z objawami niedokrewności nie chcące ustąpić żadnemu leczeniu. Fałszywa wstydlivość wstrzymuje je od wyznania lekarzowi prawdziwej jej przyczyny, jaką są hemoroidy, aż odpowiednie zbadanie je wykryje.

Krwotoki powstają zwykle z rozszerzonych żył, guzków hemoroidalnych, krew jest więc ciemna. Nieraz jednak widzimy, jak krew jasno-różowa wytryskuje cienkim prądem. W tych przypadkach przypuszczać należy, że drobne tętniczki pękają w przekrwionej błonie śluzowej wskutek napięcia.

Guzki hemoroidalne zwykle istnieją już, zanim wystąpią krwotoki. Odróżniać należy guzki hemoroidalne zewnętrzne i wewnętrzne; niektórzy odróżniają jeszcze guzki mieszane albo pośrednie.

Guzki hemoroidalne zewnętrzne otaczają promienisto otwór stolcowy. W stanie zapalnym są napięte, twarde, bolesne. Po ustąpieniu zapalenia zapadają i tworzą niby zwiedłe, płatowato się zwieszające szmatki — l'hémorrhoides flasque Francuzów. — W innych przypadkach przeciwnie zapalenie się wzmaga i przechodzi w zropienie. Bóle się zwiększają, skóra ponad guzkiem czerwieńsze, występuje lekka lub silniejsza gorączka i powoli wytwarza się mały ropień, który pęka i pozostawia przetoczkę. W wyjątkowych tylko przy-

padkach zapalenie dalej się szerzy i występują objawy zakażenia krwi ropnego (pyaemia). Częściej już tworzą się pomiędzy guzkami pęknięcia błony śluzowej (rozpadliny, fissurae), które przy każdym oddawaniu stolca sprawiają chorym niezmiernie bóle.

Wewnętrzne guzki hemoroidalne mogą z początku istnieć, nawet przez dłuższy czas a chory nie o nich nie wie; zwykle jednak sprawiają większe dolegliwości, niż guzki zewnętrzne. Przedewszystkiem krwotoki bywają obfitsze a i inne dolegliwości bardziej chorym dokuczają. Z początku guzki te tylko od czasu do czasu wypadają, a po oddaniu stolca cofają się napowrót. Powoli jednak zaczynają coraz to częściej i coraz to bardziej występować, wyciągając za sobą coraz to więcej błony śluzowej; mięsień zwieracz odbytu (sphincter ani) wiotczeje i wytwarza się rzeczywiste wypadnięcie odbytu (prolapsus ani), które występuje przy najmniejszym natężeniu tłoczni brzusznej, jak kichaniu, wycieraniu nosa i t. p. Guzki już nie cofają się same po oddaniu stolca; chory musi je odprowadzać. W innych przypadkach, w których zwieracz nie zwiotczał, nie stracił swej energii, bóle powstające po wypadnięciu pobudzają go do silnych skurczów i następuje zaciśnięcie guzków — uwięźnięcie (incarceratio). — Po spokojnem ułożeniu poziomem lub kolanowo-łokciowem uwięźnięcie ustąpić może: guzki obrzękłe, twarde, bolesne powoli odtęchają i dają się odprowadzić. W przeciwnym razie ból się wzmaga, wywołuje coraz to silniejszy skurcz zwieracza, tenże znowu nowe bóle, które pociągają nowe a coraz silniejsze skurcze: następuje zupełne zaciśnięcie i zgorzel guzków, zwykle częściowa: pojawiają się plamki czarne na obrzękłej i zaczerwienionej błonie nie śluzowej. Przy odpowiedniem leczeniu zgorzel się ogranicza i zostaje oddzielona za pomocą ograniczonego ropienia. W ten sposób może nawet nastąpić zupełne samoistne wyleczenie hemoroidów. W źle przebiegających przypadkach atoli może przeciwnie wystąpić ogólne zakażenie (septiko-pyaemia) i śmierć.

W każdym przypadku zapalenia guzków hemoroidalnych występują znaczne bóle: chory obawia się oddawać stolec, brzuch się wzdyma, język podsyca, gorączka występuje i już zaczynamy się obawiać rozwijającego się zapalenia otrzewny. Takie zejście należy jednak do wyjątków. Zwykle objawy groźne powoli ustępują, czy to wskutek odpowiedniego leczenia, czy też wskutek samoistnego pęknięcia guza i wylania się krwi. Następuje albo rozejście się sprawy zapalnej, albo zropienie, które znowu doprowadzić może albo do zupełnego wyleczenia, albo do wytworzenia ropni około-odbytnicowych i przetok.

Rozpoznanie hemoroidów nie sprawia zwykle żadnych trudności, byleby lekarz zechciał sobie zadać trud zbadania okolicy odbytu i odbytnicy, a nie spuszczał się zupełnie na opowiadanie chorego. — Wskutek takiego zaniedbania najczęściej wydarza się pomieszczenie raka odbytnicy z hemoroidami — co byłoby najfatalniejszą — najgorszą pomyłką! Dla tego nie trzeba nigdy zaniedbywać badania odbytnicy palcem a nawet i wzrokiem. Nieraz nawet u stosunkowo młodych ludzi uskarżających się na hemoroidy, znajdziemy raka, bo wiadomą jest rzeczą, że właśnie rak odbytnicy wydarza się dość często w niezwykłym młodym wieku. Objawy podmiotowe zaś mogą być w jednym i drugim przypadku zupełnie podobne do siebie; więc nigdy nie zadawałniamy się wywia-

dami, a jeszcze raz powtarzam: w każdym przypadku hemoroidów badać palcem i wzrokiem odbytnicę!

Pomyłek z polipami, wypadnięciem błony śluzowej i lepiezami (condylomata) także nie trudno uniknąć, byleby o nich pamiętać i odpowiednio zbadać części chore, a przy lepiezach szukać śladów kiły (syphilis) na innych częściach ciała.

Leczenie: Pierwszem naszym staraniem powinno być — jak zawsze — usunięcie przyczyn wywołujących cierpienie. Odpowiednią dietą, uregulowaniem trybu życia i lekami stosownymi zwalczamy przewlekłe zaparcie stolec, zaburzenia w krążeniu krwi, zastoiny w wielkich gruczołach jamy brzusznej.

Z środków przeczyszczających zalecimy łagodnie działające, żeby nie zwiększyć nawału krwi do przyrządów miednicy; a więc rheum, siarkę (pulvis liquiritiae comp.), wody maryenbadzkie, barsbadzkie, kissingskie, i t. d.

Z naciskiem zwracamy uwagę na utrzymywanie czystości w okolicy odbytu, zaniedbywanej często nawet w kołach najinteligentniejszych w sposób niezrozumiały: bidet nie jest wcale przyrządem zbyt kownym i przeznaczonym tylko dla kobiet! — Widziałem jak najlepsze skutki w początkach cierpienia hemoroidalnego po regularnym używaniu bidetu rano i wieczorem i po każdym oddaniu stolca. Z początku bierze się wodę przestając, a później coraz to zimniejszą.

W początkach zrobiłyby niewątpliwie dobrze także zimne kąpiele nasadowe i wystrzykiwania odbytnicy zimną wodą na rozwijające się hemoroidy, szkoda że w tym okresie nikt na nie nie zwraca uwagi.

Czy który z środków lekarskich, jak dawniej używana ergotyna, a teraz tyle przez Unnę i Kossobudzkiego zalecana chrysarobina w przypadkach początkowych co pomaga, nie wiem, ale zwykle chorym nie chcącym się poddać operacyi zalecam chrysarobinę według dołączonej recepty:

Rp.: Chrysarobin. 0,8
Jodoform. 0,3
Extr. Bellad. 0,6
Vaselin. 15,0

M. f. ungt. Rano i wieczorem po oddaniu stolca i oczyszczeniu smarować.

Rp.: Chrysarobin. 0,08
Jodoform. 0,02
Extr. Bellad. 0,01
Butyr. Cac. 2,0
Glycer. q. s. ut f. suppos. X.

Ds. Wieczorem wsunąć czopek do odbytnicy.

Jeżeli są krwotoki, to dodaje się:
Acid. tannic. 0,5.

Dopiero kiedy się dolegliwości wzmogą i nieznośnemi stają, a nawet niebezpiecznemi dla chorego, jak zbyt obfite i osłabiające krwotoki, ciągłe wypadanie guzków, zapalenie i uwięźnięcie ich, wytworzenie rozpadlin (fissurae) i przetok (fistulae), — dopiero wtenczas mamy wskazanie do energiczniejszego działania, dopiero wtenczas uciekamy się do chirurgicznych zabiegów, bo i chorzy dopiero wtenczas na nie przystają.

Zewnętrzne guzki hemoroidalne rzadko tylko sprawiają tak wielkie dolegliwości. Jeżeli w nich wystąpi zapalenie, to zwykle spokojne ułożenie się do łóżka i działanie zimna — lepiej pod postacią worka z lodem, niż

zimnych okładów często zmienianych i dla tego drażniących — usuwają cierpienie. W przeciwnym razie wskazanem jest nacięcie guzka: krwotoku nie potrzebujemy się obawiać. Dawniej często używane przystawianie pijawek nie zaleca się wcale: nie nie skutkują i niebezpieczeństwo zakażenia jest większe, niż po nacięciu.

Wewnętrzne guzy hemoroidalne częściej zajmują chirurga. Wypadnięte guzki, które z początku chory sam po każdym oddaniu stolca wsuwał, stają się coraz większe i trudniejsze do odprowadzenia. Chorzy sami wynajdują sobie nieraz najdziwniejsze ułożenia, żeby tylko ułatwić sobie i mniej bolesnym uczynić ten zabieg: ułożenie kolankowo-łokciowe lub spokojne poziome w łóżku znakomicie ułatwia odprowadzenie. Dla tego zalecamy, żeby tacy chorzy przyzwyczaili się oddawać stolec wieczorem. — W najgorszych wypadkach pozostaje tylko radykalna operacja hemoroidów.

Zapalenie i uwięźnięcie wypadniętych guzków sprowadza w krótkim czasie ich zgorzel. Cierpienie jest nadzwyczaj bolesne. Zalecimy z początku także zimne okłady i będziemy się starali odprowadzić guzki, co jednak wywołuje niezmiernie bóle. Jeżeli odprowadzenie nie uda się i zgorzel tu i owdzie już wystąpiła, zachodzi pytanie, czy czekać, aż zgorzelą dotknięte guzki się oddzielią, czy też przystąpić do radykalnej operacji? — Zdania są podzielone: Operować w tkance zajętej sprawą zapalną, zwłaszcza w tej okolicy, jest nieprzyjemnie i niebezpiecznie: narażamy chorego na zakażenie. Z drugiej zaś strony zakażenie nastąpić może i bez operacji, a właśnie oddzielenie tkanki zgorzelą dotkniętej najskuteczniej działa przeciwko wzmagananiu się sprawy zapalnej i zakażeniu.

Postępowanie nasze w tych razach zależy od przypadku: Jeżeli przebieg jest dość łagodny, zalecimy worek z lodem lub okłady wysychające z płynu Burowa; najboleśniej i najbardziej napięte guzki możemy naciąć i czekać. Gdzie jednak widzimy, że postępowanie takie nie doprowadza do pożądanego skutku, że sprawa zapalna i zgorzel się szerzy, a niebezpieczeństwo zakażenia coraz bardziej grozi, tam należy uśpić chorego, i przystąpić do radykalnej operacji: odpływ krwi w czasie operacji podziała zwalniająco i przeciwzapalnie a co najważniejsza, usuwa się ogniska rozpadu.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

Kazuistyczny przyczynek do etjologii okrągłych wrzodów żołądkowych.

Podał

Dr. Stanisław Jerzykowski.

Nader obfita literatura dotycząca etjologii okrągłych wrzodów żołądkowych jest najlepszym dowodem, że sprawa ta dotychczas nie jest zupełnie załatwioną i że również pod względem praktycznym jak teoretycznym coraz to nowszy dają nam materiał tak spostrzeżenia kliniczne, jak oględziny pośmiertne.

Nie myśląc wyliczać wszystkich tu dotąd należących teorii, pozwolę sobie jednakowoż na najważniejsze z nich po krótko zwrócić uwagę.

Wiadomą rzeczą, że Virchow¹⁾ był pierwszym, który sprawę tę gruntownie zbadał. Zdaniem jego alkaliczność krwi w naczyniach żołądkowych stanowi ów chroniący czynnik, który neutralizując kwas żołądkowy wnikający do błony śluzowej znosi wyzerające tegoż działanie. Przychodzi zaś do tego nadżerającego wpływu, gdy w pewnym okręgu krwionośnym powstrzyma się albo ustanie zupełnie obieg krwi, ponieważ w miejscu tem ginie oporność ściany żołądkowej. Zastoje zaś także w krwiobiegu następują pod wpływem zaburzeń w żyłę bramnej, ostrych lub przewlekłych nieżyłach, żyłakowych rozszerzeniach naczyń, zarostach takowych skutkiem zatoru lub zakrzepu, jednym słowem pod wpływem stanów ułatwiających krwotoczne nacieczenie i martwinę błony śluzowej.

Według Rokitańskiego²⁾ ma krwotoczne nadżarcie być głównym powodem okrągłego wrzodu żołądkowego. Wytwarza się zaś w przebiegu najrozmaitszych ostrych i przewlekłych cierpień w ten sposób, że skutkiem miejscowego cierpienia przychodzi do przekwaszenia wydzielin gruczołowych i w następstwie tegoż do oddzielania się istoty gruczołowej i jej otoczenia.

Wrzód atoli wyradza się tym sposobem, że pod wpływem działania kwasu żołądkowego na obnażone miejsca błony śluzowej nadżarcie posuwa się coraz głębiej.

Także Rindfleisch³⁾ twierdził, że się wrzód rozwija z krwotocznego nacieczenia, chociaż sobie inaczej tłumaczył tegoż powstawanie.

Bardzo staranną monografią o okrągłym wrzodzie żołądkowym napisał Dr. Müller⁴⁾ z Minden. Przy licznych oględzinach pośmiertnych znajdował jako wyraźne okresy początkowe tegoż cierpienia krwotoczne nacieczenia, żółte strupy, albo odgraniczone gniazda rozmiękle, wreszcie ostro odgraniczone utraty błony śluzowej. Charakter wrzodów był zawsze wybitnie miejscowy, a więc i przyczyna musiała być miejscowo oddziałującą. Ponieważ zaś procesem dotknięta tkanka wyraźnie przedstawiała wygląd rozmięczenia albo martwiny, przeto wrzód omawiany nie może powstawać przez proces wytwarzający się na powierzchni błony śluzowej skutkiem urazowej utraty istoty lub wysięku, lecz przez proces mortyfikacyjny, polegający na przerwaniu pożywczego dopływu do utkania. Zastoje zaś w naczyniach żołądkowych wytłumaczmy sobie łatwo, jeśli zwrócimy uwagę na szczególne urządzenie naczyń włosowatych w błonie śluzowej żołądka, na brak zastaw w żyłach okręgu żyły bramnej, wreszcie na tę okoliczność, że krew odchodząca z żołądka musi w wątrobie przebyć drugą sieć naczyń włosowatych.

Właściwych zaś przyczyn zastoju należy szukać w stanach, które albo zwiększają przeszkody dla odpływającej krwi (zajęcie płuc, wątroby, częste drażnienie nerwów naczyniowych żołądka, obszerne oparzeliny skóry, tłuszczowe zwyrodnienia naczyń i t. d.) albo też zmniejszają *vis a tergo*, t. j. pędzącą siłę serca (choroby samego serca, blednicę, białaczkę, gruźlicę i t. d.)

¹⁾ Virchow's Archiv, Historisches, Krit. und Positives zur Lehre der Unterleibsaffektionen, t. V. 1853. p. 362—364.

²⁾ Lehrb. d. patholog. Anatomie 1861. t. III. p. 165.

³⁾ Patholog. Gewerbelehre, p. 365.

⁴⁾ Das korrosive Geschwür im Magen u. Darmcanal von Dr. Müller. Erlangen 1860.

Za zdaniem Müllera przemawiają wyniki licznych doświadczeń i oględzin pośmiertnych. Samemu M. udało się u królików przez podwiązanie żyły bramnej wywołać wrzody żołądkowe o typowej formie okrągłego wrzodu żołądkowego.

E b s t e i n o w i⁵⁾ udało się przez obrażenie czterowzgórza, przez przecięcie rdzenia przedłużonego albo mlecza pacierzowego, nadto przy obrażeniu wewnętrznego przyrządu słuchowego wywołać w żołądku obrzęk błony podśluzowej, wybroczyny, ograniczone wynaczynienia, martwinne gniazda i nieregularne owrzodzenia. Tych objawów zaś przyczyna polega w podniesieniu ciśnienia krwi, w następstwie czego przychodzi do przekrwienia błony śluzowej żołądka.

L e u b e⁶⁾ twierdzi, że właściwie żaden z etjologicznych momentów nie zajmuje dominującego stanowiska, lecz, że podstawy do wytwarzania się wrzodów dają najrozmaitsze przyczyny przerywające krążenie krwi w odgraniczonych częściach ściany żołądkowej, a więc zakrzepy w zwyrodniałych tętnicach, rozległe zatory w tętnicach żołądkowych, przekrwienie i krwotoczne nacieczenie, gwałtowne wymiotne poruszenia i kurcze żołądkowej ściany. Są to stany, które nie zezwalają na zupełną neutralizację kwasu żołądkowego przez alkaliczność krwi.

Do wytworzenia się zaś przewlekłego wrzodu żołądka przyjmuje L e u b e czasowy nieprawidłowo wysoki stopień kwasoty w żołądku. Stąd też tak częstym wrzód żołądkowy u pijących wódkę z powodu kwaśnego kiśnienia w żołądku, a u bledniczych z drugiej strony z powodu małej obfitości alkaliów w błonie śluzowej w stosunku do normalnej ilości kwasu.

B i r c h - H i r s c h f e l d⁷⁾ nie uważa powiększenia się kwasoty za konieczne do wytwarzania się wrzodu, bo przy zaburzonym obiegu krwi w ograniczonych częściach błony śluzowej żołądka ma do nadżarcia wystarczać już normalny kwas żołądkowy.

Na powyższe zapatrywanie nie zgadzają się najnowsi badacze. Szczególnie badanie K o r c z y ń s k i e g o, J a n o w s k i e g o⁸⁾ i R i e g e l a⁹⁾ wykazały, że ważne w tym względzie znaczenie stanowią i nadkwasota i nadmierne wydzielanie. Dwaj pierwsi badacze uznają na mocy klinicznych spostrzeżeń powyższe stany chorobowe za właściwą przyczynę wrzodów żołądkowych, a R i e g e l tylko za przyczynę przewlekłości cierpienia. Dalej zwalczą R. twierdzenie, jakoby ochrona błony śluzowej przeciwko działaniu kwasu żołądkowego polegała na alkalescencji przepływającej krwi, przyszedłszy do przekonania, że błona śluzowa żołądka normalnie oddziaływa nie alkalicznie albo neutralnie, lecz słabo kwaśno. Siła odporna nabłonka polega raczej w jego żywotności, a sok żołądkowy może rozpuszczać tylko odumarłe utkanie. Do tych samych rezultatów doszedł także S e h r w a l d.¹⁰⁾

⁵⁾ Ueber die Complicationen von Trichinose mit Magenaffektionen, namentlich dem korrosiven Magenduodenalgeschwür. Virchow's Archiv t. 40. l. 1867.

⁶⁾ Ziemsen's Handbuch 1876. VII. 2.

⁷⁾ Lehrb. der patholog. Anatomie 1887.

⁸⁾ Klinische Befunde bei ulcus u. carcinoma ventriculi sowie bei Magenblutungen etc. Deutsche med. Woch. 1886.

⁹⁾ Zur Lehre von ulcus ventriculi rotundum. Deutsche med. Woch. 1886.

¹⁰⁾ Münchener med. Woch. XXXV. 44. 45.

Z najnowszych prac z omawianej dziedziny jest praca Mathes'a,¹¹⁾ który badał głównie znaczenie soku żołądkowego w etyologii wrzodów żołądkowych. Autor doszedł do przekonania, że błona mięśniowa żołądka, pozbawiona błony śluzowej, nie bywa nadżerana przez sok żołądkowy, chociaż w ścisłej z tymże była styczności; że przez szczególną organizacją swych komórek bywa chronioną od działania kwasu solnego; pepsyna rozpuszcza tylko odumarle tkanki; nadkwasota i nadmierne wydzielanie stanowią powód, że w jakibądź sposób wytworzony wrzód staje się przewlekłym dla tego, że przez nadżeranie delikatnej świeżo wytworzonej tkanki łącznej wstrzymuje się tejże zabliźnienie.

Z tego krótkiego zestawienia rozmaitych teorii widoczna, że największa część wrzodów żołądkowych ma przyczynę swą częścią w zaburzeniach krwio-biegu, częścią w działaniu kwasu żołądkowego. O ile zaś zapalna albo zakaźna przyczyna w kwestyi omawianej odgrywa rolę, mało mamy danych w literaturze. Już Müller¹²⁾ był zdania, że pod wpływem drażniących zatorów, jakie wytwarzają często kaszakowo zwyrodniałe zastawki serca, może nawet powstać zapalenie i w następstwie tegoż ropne nacieczenie, wytworzenie się ropni i rozdarcie ściany. Tak samo sądził Rosenstein.¹³⁾

W tym względzie może nie bez interesu będzie następujący przypadek, który niedawno temu spostrzegałem, a który dotyczył zdrowego przedtem mężczyzny.

N. N., około 50 lat liczący, zachorował wśród objawów silnej gorączki i gwałtownych bólów we wszystkich prawie stawach tak, że najmniejsze poruszenie nie było możliwem. Od pierwszej zaraz chwili wystąpiły boleści w okolicy sercowej, bicie serca bolesne i utrudniony oddech; uderzanie serca rozszerzone, tętno szybkie nieco nieregularne. Stłumienie zwiększone, przy osłuchaniu na czubku serca skurczowe gwizdzące szmery, drugi ton mocno wybitny. Gorączka nie ustawała wcale i tylko nieznaczne były zniżki nieregularne. Na skórze i spojówce oka małe wybroczyny. Wśród nieustającej gorączki przyszło do silnego majaczenia, ogólnego niepokoju; śmierć nastąpiła ósmego dnia.

Przy oględzinach pośmiertnych (otworzono tylko klatkę piersiową i jamę brzuszną) znaleziono obie połowy serca rozszerzone i powiększone. Zastawka dwudzielna i aorta prawie zupełnie zamknięte świeżymi grzebieniastymi wyrostkami, które leżą na powierzchni zastawek i w rozpadzie się znajdują; na ścięgnach zaś sercowych i na śródsierdziu komór były one tylko gdzie niegdzie.

W śledzionie dwa świeże zawały krwi, wielkości marki i leżące więcej w środku.

Nerki obie powiększone, istota korowa rozszerzona i stłuszczona, w obu nerkach kilka zawałów krwawych, otoczonych ciemniejszą obwódką.

W żołądku pięć wrzodów w okolicy wygięcia małego; podstawa ich jest napełniona mocno przylegającą krwią.

Poddając ściśtemu badaniu nie tylko miejsca owrzodzone, lecz i te, w których mikroskopicznie nie dostrzedz nie było można, znalazłem co następuje:

¹¹⁾ Untersuchungen ueber die Pathogenese des ulcus rot. ventriculi und ueber den Einfluss von Verdauungsenzym auf lebendes und totes Gewebe. Ziegler's Beiträge t. 13. 1893.

¹²⁾ Das Korrosive Magengeschwür etc. Erlangen 1896.

¹³⁾ Krankheiten des Endocards. Ziemsen's Handbuch t. VI. p. 63. 78.

Wrzód sam sięga aż do pokładu mięśniowego błony śluzowej, która leży otwarta i na wierzchu pokryta jest rozpadem drobinowym; w tymże widać pojedyncze okrągławe komórki oraz rozczepione gładkie włókna mięśniowe, które się zresztą utrzymały dobrze tak co do formy, jak co do zabarwienia jąder. W tych częściach pokładu mięśniowego błony śluzowej, które leżą po bokach wrzodów i są pokryte nienaruszoną błoną śluzową, widać przekrwienie naczyń i bardzo wiele leukocytów. W otoczeniu naczyń spotyka się często drobne komórkowe nacieczenie. W nienaruszonej błonie śluzowej znajdują się obficie ostro odgraniczone gniazda, które się składają z gęsto przy sobie leżących okrągłych komórek; pojedyncze jednakże z tych komórek nie mają już wyraźnych obrysów, mianowicie ku środkowi wyglądają zamazane i wydają się zupełnie podobne do małych ropni. W otoczeniu tych małych ropni naczyń są mocno nastrzyknięte.

W tych miejscach błony śluzowej, w których nie było żadnych owrzodzeń, pokazują się także owe drobnokomórkowe gniazda, które mianowicie w środku mają wygląd jednolity.

Te dane mikroskopiczne wskazują, że w przypadku niniejszym chodzi o owrzodzenie żołądkowe, w których przyczyną cierpienia nie były zwyczajne mechaniczne zatory, lecz że wraz z temi równocześnie przeniesione zostały podniety zapalne. Materiał zaś zatorowy dały wyrosła zapalne na zastawkach, znaleziono bowiem zatory i w śledzionie i w nerkach. Z urwanami więc martwinnymi masami dostały się do obiegu krwi obficie bakterye, które, jak wiadomo, powodować mogą albo ropnie zatorowe, albo też krwotoki; albo też mogą oba stany zachodzić równocześnie. Czemu w jednych razach zachodzą ropnie, w drugich krwotoki, nie jest wiadomem. W ogóle przyjąć należy, że ropnie powstają przez bakterye, podczas gdy forma krwotoczna może być wywołaną także przez wpływy toksyczne (n. p. przez ferment włóknikowy). Nie należy zapomnieć nadto, że powód do krwotoków mogą także dać zmiany spowodowane w ścianach naczyń przez bakterye.

Że owrzodzenia żołądkowe mogą być w części także pochodzenia grzybicowego przypuszczał Böttcher¹⁴⁾ już w r. 1874. Słabe i niedokładne tegoż doświadczenia podjął na nowo Nauwerck¹⁵⁾ i przyłącza na dowód dwa przypadki, w których twierdzi, że są krwotoczne nadżarcia, które się rozpoczynają jako grzybicowe martwiny błony śluzowej. Wybroczyna krwawa i przyłączająca się do tejże owrzodzenia, jeżeli życie trwa wystarczająco długo, bywają tylko naturalnem następstwem martwiny grzybicowej. W pierwszym przypadku chodziło o gośćcową wadę serca i dla tego zdaje się nie ulegać wątpliwości, że owrzodzenia i nadżarcia żołądkowe, w takich razach nierzadko się wytwarzające, mogą być wszystkie pochodzenia zakaźnego. Żołądek natenczas można porównać z nerką: po zakażeniu wydzielają oba toksyny i bakterye i mogą przyczem same uleść zakażeniu i obrażeniom.

¹⁴⁾ Zur Genese des perforirenden Magengeschwürs. Dorpater med. Zeitschrift 1874.

¹⁵⁾ Mykotisch-peptisches Magengeschwür. München med. Woch. XLII. 1895. p. 38 i 39.

Schmilinsky¹⁶⁾ nawiązując do doświadczeń Nauwercka, opisuje trzy przypadki grzybicy żołądkowej, które tu na koniec jeszcze przytaczam.

W pierwszym przypadku chodziło o zarazę wąglikową: sądząc z silnego zajęcia błony śluzowej i z charakterystycznego wnikania prątków pomiędzy woreczkami gruczołowymi w głębiej leżące warstwy żołądka, była to pierwotna zaraza wąglikowa żołądka.

Drugi przypadek przedstawiał zakażenie streptokokowe żołądka u dziecka zmarłego na szkarlatynę.

W trzecim przypadku przyczyną grzybicy u małego dziecka było bacterium coli, a zakażenie przyszło prawdopodobnie z pępownicy.

Porażenie wrzekomo opuszkowe (Paralysis pseudobulbaris.)

Podał

Dr. Władysław Haszko~~vec~~, docent z Pragi.

12.

(Ciąg dalszy.)

Pierwszym który zwrócił uwagę na porażenie wrzekomo opuszkowe, był Magnus.¹⁾ On to r. 1873, w przypadku paralysis glossolabialis spostrzegł przy oględzinach pośmiertnych uszkodzenia w dolnej części obu centralnych zwojów prawej półkuli. Jeoffroy i Charlot na podstawie jednego przypadku postawili następnie osobny typ paralysis labioglossolaryngea. Jeoffroy (Sur un cas de paralysie labioglossolaryngée à forme apoplectique d'origine bulbaire. Gaz. méd. de Paris 1872) wskazuje na trudności rozpoznania porażenia opuszkowego od porażenia wywołanego zaburzeniami w mózgu. Jolly (Ueber multiple Hirnsklerose. Arch. f. Psych. u. N. 1872 str. 711) opisuje szeroko przypadek stwardnienia rozlicznego z objawami postępującego porażenia opuszkowego, choć przy tem nie było zmian w danym rdzeniu przedłużonym. Lépine²⁾ (1877) opisał 2 przypadki takiegoż porażenia, sprawdzone sekcyą. W jednym chodziło o uszkodzenia obustronne symetryczne w nucleus lentiformis obok bardzo lekkich zaburzeń bulbarnych; w drugim zaś przypadek chodziło o wyłączne uszkodzenia jądra soczowkowatego w obu półkulach. Lépine wykazuje, że więc paralysis labioglossolaryngea, może pochodzić od uszkodzenia mózgowego w sąsiedztwie ośrodka mowy. Eisenlohr (Ueber acute Bulbär- und Pons-Affectionen. Arch. f. Psych. und N. 1879) podaje w swej kazuistyce cierpień opuszki i mostu jeden także przypadek, w którym objawy opuszkowe spostrzeżono klinicznie a anatomicznych zmian w moście i rdzeniu przedłużonym nieznaleziono. Stwierdzono tylko torbiele podobne do poudarowych w corpus

¹⁶⁾ Ein Beitrag zur Lehre von Magenmykosen. Jahrbuch des Hamburger Staatskrankenanst. Hamburg u. Leipzig 1890. p. 388.

¹⁾ Müllers Arch. f. Anat. 1837 p. 258 cit. Oppenheim.

²⁾ Note sur le paralysie glossolabiale cérébrale à forme pseudobulbaire. Rev. de méd. et de chir. 1877. Cit. Raymond.

striatam i w thalamus opticus. Kirchoff (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 1881 str. 132) w rozprawie »Cerebrale Glossopharyngolabial-Paralyse mit einseitigem Heerd« podaje przypadek porażenia ze zmianami w prawem corpus striatum bez uszkodzenia rdzenia przedłużonego i podaje zarazem hipotezę mającą objaśniać obustronność objawów. Berger (Breslauer aertztl. Zeit. 1884. p. 28) podaje przypadek opisany przez jego ucznia Hahna (Ueber Pseudobulbaer-paralyse. Inaug. Dissertation 1884) i własne swoje spostrzeżenia wykazujące, że przy nietknięciu przedłożonego rdzenia mogą uszkodzenia mózgowe wywołać objawy opuszkowe. Nie sprzeciwia się on hipotezie Kirchoffa co do przyczyny obustronności objawów przy jednostronnem uszkodzeniu.

Oppenheim i Siemering (Mittheilungen ueber Pseudobulbärparalyse u. acute Bulbaerparalyse. Berl. klin. Woch. 1886 str. 791) podając kliniczny obraz pseudobulbarnego porażenia, również podnoszą, że nie ma żadnej równoległości między intensywnością objawów porażenia a stopniem zaburzenia artykulacyjnego. Ci sami autorowie (Die acute Bulbärparalyse u. die Pseudobulbärparalyse, Charité-Annalen 1897 str. 331) referują dalej o przypadkach podanych przez Magnusa, Jolly'ego, Lépine'a, Barlow'a, Eisenlohra, Kirchoffa, Wernicke'go (Lehrbuch der Gehirnkrankheiten 1881), Rossa (The diseases of the nervous system), Bergera, Fullera, Ohsa (inang. dyssert. z Strasburgu) oraz Beurmanna, przyznając rzadkość czysto cerebralnego porażenia wrzekomo opuszkowego. Muenzer (Ein Beitrag zur Lehre v. der Pseudobulbärparalyse. Prag. med. Woch. 1890) podaje przypadek, w którym chodziło o guma syphiliticum i o gniazda rozmięczenia w mózgu przy nietkniętym zupełnie rdzeniu przedłożonym i oświadcza się za istnieniem czystej cerebralnej paralysis pseudobulbaris.

O tem samym przedmiocie traktują tezy Leresche'a (1890) i Haliprée (1894), obie z Paryża, przytoczone przez Raymonda.

Galavielle (Referat w Revue neurol 1893) zebrał 29 obserwacji i podaje anatomiczną klasyfikację następującą:

1. Obustronne uszkodzenia ganglii ośrodkowych a zwłaszcza w odcinku zewnętrznym jądra soczewkowego.
2. Obustronne uszkodzenie kory mózgowej w dolnej części i spodzie czołowego zwoju.
3. Jednostronne uszkodzenie centralnych ganglii i kory (rzadko).
4. Połączenie centralnych uszkodzeń z opuszkowemi.
5. Uszkodzenia w mózdzku. Jest to jedyne, ale nie zupełnie pewne spostrzeżenie Brosseta, o którym wspomina Raymond (l. c.), nie tając powątpiewania.

W części klinicznej Galavielle zważa i na możność występowania objawów, które nie są właściwe tylko opuszkowym porażeniom. Oppenheim w rozdziale: Paralysis pseudobulbaris et paralysis cerebrobulbaris glossopharyngolabialis (Lehrbuch der Nervenkrankh. 1894) charakteryzuje porażenie wrze-

komo opuszkowe jako porażenie języka, warg i mięśni połykowych w towarzystwie powtarzających się napadów udarowych, które mają w następstwie po większej części obustronną, niekiedy jednak i jednostronną hemiplegią. Porażone mięśnie zachowują objętość prawidłową i prawidłową pobudliwość na prądy elektryczne. Także i odruchy w dziedzinie nerwów opuszkowych pozostawają nieupośledzone. Również i śmiech lub płacz przymusowy należą do objawów choroby. Ważnemi jednak są zwłaszcza psychiczne objawy, jakie się zdarzają: apatya, pomieszanie i drażliwość nadmierna. Czasami występuje hemianopsia, afazya a regularnie zaburzenia ciężkie w oddechaniu i fonacyi. Czysta paralysis pseudobulbaris rzadko się zdarza.

W dalszym ciągu tak opisuje Oppenheim: Objawy powszechnej arteriosklerozy, zaburzenia psychiczne, od czasu do czasu stany pomieszania lub podrażnienia. Anarthria i dysphagia, czasami i afazya. Mięśnie zachowują prawidłową objętość i pobudliwość elektryczną. — Częste zaburzenia oddechowe. Raz porażenie duszności, oddychanie wedle typu Shyue-Stokesa w przypadku jednym z wysoką gorączką. Zdarza się i przyspieszenie tętna i arytmia. Bywa i nerw wzrokowy dotknięty, jednostronna lub obustronna hemiplegia; nogi więcej dotknięte porażeniem, jak ręce i to w postaci spastycznej. Wyraźne zbeczulenie skóry rzadko się zjawia. Choroba rozwija się w napadach apoplektycznych albo (rzadziej) powoli postępuje po ostrym początku.

Od postępującej paralysis bulbaris różni się tem, że powstaje w apoplektycznych napadach, dalej zaburzeniami funkcji mózgu i przebiegiem przerywanym (remittens). Zmiany w nerwie wzrokowym, słuchowym i czuciowych gałęziach nerwu V-go świadczą przeciw postaci Duchenne'a.

Od ostrego porażenia opuszkowego odróżnia się ta choroba tylko zaburzeniami psychicznymi i rozwinięciem się objawów opuszkowych w napadach.

Hirt (Pathol. u. Therapie der Nervenkrankheiten 1894) uznaje uprawnienie tej osobnej formy i nazwy paralysis pseudobulbaris albo paralysis glosso-labiopharyngea cerebialis i wytyka jej różniczkowe rozpoznanie od choroby Duchenne'a.

Gninnon (Traité de med. 1884) odróżnia postacie opuszkowego porażenia tak:

a) Prawdziwe porażenie opuszkowe:

I. pierwotne (bulbaris)

- 1) polioencephalitis inferior i superior,
- 2) polioencephalomyelitis.

II. wtórne

- 1) sclerosis lateralis amyotrophica,
- 2) tabes,
- 3) sclerosis multiplex (en plaques)
- 4) syringomyelia.

b) Porażenie wrzekomo-opuszkowe (pseudobulbaris).

I. mózgowe (cerebialis)

- 1) korowe, 2) faskykularne

II. r a d y k u l a r n e (korzonkowe)

1) krwotok opuszki, 2) rozmiękczenie, 3) nowotwory, 4) skleroza.

III. u podstawy mózgu (basilaris)

1) meningitis basilaris, 2) nowotwory.

IV. O b w o d o w e (neuritis).

V. D y n a m i c z n e, tj. które nie mają anatomicznej podstawy nam znanej.

F o g e s (Club medical viennois. Revue neurol. 1895) przedstawiając choro-
rego, przypuszcza możność zajęcia mózgu i zarazem rdzenia przedłużonego w sen-
sie O p p e n h e i m a. Tamże w dyskusji przypadku J e l l i n k a i S t e r n b e r g
tak się wyraził, a B i k e l e s zwrócił znowu uwagę na przymusowy śmiech i płacz
w pseudobulbarnem porażeniu. (O p p e n h e i m i S i e m e r i n g, B e c h t e r e w
i B r i s s a n d).

O p p e n h e i m (Ueber Mikrogyrie u. die infantile Form der cerebralen
Glossopharyngolabialparalyse. Neur. Centralbl. 1895) spostrzegał objawy opusz-
kowe u 21-letniego mężczyzny cierpiącego na diplegia cerebrealis, u którego była
porencephalia i mikrogyria w prawej półkuli. Centralne ganglia, most i rdzeń
przedłużony były bez zmian.

Ale już B e r n h a r d t w r. 1885 w rozprawie swej »Ueber die spas-
tische Centralparalyse in Kindesalter (hemiplegia spastica infantilis) nebst einem
Excursus über Aphasie bei Kindern (Virhows Archiv)« wspomina o porażeniu wrze-
komo-opuszkowem u dzieci.

R a y m o n d (Clinique des maladies du système nerveux 1896) zwraca
uwagę na nieustusunkowanie między trwającą dysartrią a polepszeniem porażenia
warg, języka, miękkiego podniebienia i krtani w jednym przypadku, oraz między
funkcyjną nieomogą ruchów komplikowanych chodzenia a nieznacznym pora-
żeniem dolnych kończyn w drugim.

W jednym przypadku chodziło o ogniska krwotokowe na podstawie ar-
trytycznej, a w drugim o zatory (embolie) po chorobie serca i o uszkodzenia złąd
powstałe w capsula interna lub w około niej. W dalszym ciągu twierdzi R e y-
m o n d, że częściej bywa dotkniętym p u t a m e n po jednej stronie lub obu-
stronnie, rzadziej zaś chodzi o uszkodzenie kory. Zachodzić może krwotok lub
rozmiękczenie. Interesowane są tu właśnie naczynia idące od arteria fossae
Sylvii (art. perforantes anteriores), a arteriae corporis striati int. et ext. Te to
naczynia właśnie często pękają. Z jakiego powodu powstaje to porażenie przy
samem tylko naruszeniu centralnych ganglii, jeżeli kora i opuszka są nienaruszone?
Na to odpowiada R.: »Centralne ganglia uważa się za stacye pomiędzy korą
(wolą) a organem automatycznym, tj. opuszką. W gangliach są odruchy nawpół
świadome, są to ośrodki nawyków; odruchy opuszkowe zaś są czysto automa-
tycznymi. Przy naruszeniu ich istnieje jeszcze połączenie kory z opuszką i dla
tego mogą wykonywać się jeszcze proste ruchy, ale złożone ruchy ustają skut-
kiem zniszczenia ośrodków funkcyjnej koordynacji w gangliach centralnych.
Stąd tak często istnieje dysproporcja między lekkim stopniem niedowładu
a czynnością dotkniętych nim mięśni.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

B. Spostrzeżenia z praktyki.

Macrobrachia jednostronna

Podał

Dr. Oświecimski z Katowic.

Badając niedawno pacjentkę panią H. ginekologicznie, zauważyłem u niej ciekawą różnicę w wielkości ramion i rąk. Zdjęte przez asystenta mego, kol. Prądyńskiego wymiary są następujące:

Prawa kończyna górna anormalna	G.	L.
Długość ramienia	30 cm.	29 cm.
Długość przedramienia	25 „	23 „
Długość 1-go i 3-go palca	10 „	9 „
Objętość tamienia w środku	26 „	23 „
Objętość przedramienia (największa)	28 „	22 „
Objętość stawu rękowego	18 „	15 „
Objętość dłoni	22 ¹ / ₂ „	18 ¹ / ₂ „

Twarz, tułów i dolne kończyny nie przedstawiały jednostronnego zboczenia.

Pani H ma to zboczenie od urodzenia, występuje ono głównie w przedramieniu i rękach, chociaż i prawe ramię jest jeszcze znacznie większe od lewego. Muskulatura łopatki za to i piersi jest już po obu stronach prawie zupełnie równą, chociaż po prawej stronie troszeczkę silniejszą. Pani H. używa prawego ramienia tak dobrze, jak lewego, także i ręki prawej, szyje, robi robótki, pisze i t. d.

Jest to w każdym razie rzadki przyczynek w kazuistyce anomalii częściowych u kończyn.*)

C. Oceny i sprawozdania.

1) Choroby wewnętrzne.

Briquet: O lecniczem stosowaniu jodu oraz o wyborze między jodkiem sodowym a potasowym. (*La Presse med* 98 Nr. 5).

I. Stosowanie jodu jest zazwyczaj skutecznem przy angina pectoris, arteriosclerosis, aneurysma, ostrej i przewlekłej aortitis oraz w niektórych przypadkach zaburzenia w źle skompensowanych cierpieniach sercowych. Z zachorzeń organów oddechowych jest przedewszystkiem wskazany przy prawdziwej astmie, przy przedłużonem zapaleniu oskrzelowem na podstawie influency, czasem przy ostrych oraz suchych przewlekłych zapaleniach oskrzelowych, przy przewlekłym zapaleniu płuc i przy przewlekłym katarze nosa oraz przy ozaenie. Między chorobami zakaźliwymi i parazytarnymi służy przedewszystkiem do skutecznego zwalczania syfilisu i actinomykosi. Bywa dalej stosowanym przy za-

*) Załączone fotografie bardzo niewyraźne nie nadawały się do reprodukcji. P. R.)

truciach rtęcią oraz przewlekłych zatruciach ołowiem, wykazuje również dobre wyniki przy niektórych objawach artrytycznych, jako to przy odłuszczeniach, bólach i dolegliwościach stawowych; używać go też można w przypadkach przewlekłej arthritus, hyperostosis i iritis. Zadnego skutku nie wywiera jod przy zachorzeniach organów trawienia, wątroby, nerek. Również bezskutecznym jest przy niesyfilitycznych zachorzeniach systemu nerwowego oraz przy chorobach infekcyjnych. Na wydzielanie mleka nie wywiera żadnego wpływu.

II. W ogólności zasługuje jodek potasu na pierwszeństwo przed sodowym. Wyjątek stanowią choroby dróg oddechowych i niektóre przypadki bólów reumatycznych. Jeżeli jodkali w początku lub w przebiegu leczenia źle bywa znoszone, należy je zastąpić jodkiem sodu. W początku leczenia zaleca się stosowanie jodnatrium, które w ogólności bywa znoszone. Jeżeli organizm do jodu przywykł, można przejść do jodkali. Przy dłuższem używaniu wywiera jodkali, jak się zdaje, wpływ osłabiający. Jeżeli czas leczenia trwa czas dłuższy, najlepiej zmieniać oba połączenia jodu pokolei.

Zimmermann: Etiologia wrzekomego krupu (Pseudocrocep). (*Münchener med. Wochenschr.* 98 Nr. 28).

Przyczyna krupu wrzekomego nie jest jeszcze dotychczas dostatecznie wyjaśnioną; rozmaici autorowie podają najrozmaitsze momenta etiologiczne. Ziemssen na przykład opisał wrzekomy krup jako średnio ciężkie przypadki ostrego zapalenia krtaniowego; Rauchfuss i Dehio przypisują główną rolę błonie śluzowej poniżej strun głosowych; Eichhorst spostrzegł przy wrzekomym krupie znaczne nabrzmienie strun fałszywych; Nimeyer zaznaczył, że w niektórych przypadkach napad wywołany bywa w skutek nagromadzenia śluzu na strunach głosowych; podług Henocha śluz ten na stronach głosowych zależnym jest od istniejącego kataru nosowego, Suchanek zaś, który miał sposobność częstokroć badać dzieci podczas napadu, nie znalazł żadnej z powyższych zmian.

Zimmermann zwraca uwagę na wybujałości adenoidalne w jamie nosogardzielowej, które często mogą być przyczyną wrzekomego krupu. Na 16 przypadków cierpienia tego u dzieci znalazł w 11 przypadkach większe lub mniejsze wybujałości; w sześciu przypadkach, gdzie wykonał operację, napady wrzekomego krupu ustały natychmiast. Tłumaczy on związek wybujałości adenoidalnych z wrzekomym krupem tem, że śluz z jamy nosogardzielowej, mianowicie podczas snu, do krtani dochodzi i wywołuje skurcz fałszywych strun głosowych, skurcz ten ustępuje dopiero, gdy nastąpi intoksykacja kwasem węglanym. Spostrzegane często nabrzmienie poniżej strun jest natury wtórnej, powstałe w skutek przekrwienia.

Espina y Lapo. Alkoholizm i gruźlica. (*Ref. w Revue de la Tuberculose* 1898 Nr. 2).

Komplikacja alkoholizmu z gruźlicą jest według autora, o wiele gorszą, niż komplikacja gruźlicy z malarią lub kiłą. Alkoholizm ułatwia z jednej strony wtargnięcie lasecznika do organów oddechowych, z drugiej zaś pogarsza sprawę gruźliczą; z tego względu alkoholizm jest nawet niebezpieczniejszy od gruźlicy.

Alkohol wydziela się przez wszystkie wewnętrzne i zewnętrzne otwory w ciele, powstrzymuje wszędzie odżywienie protoplazmowe, zwalnia oddechanie, wytwarza ciężkie zaburzenia w naczyniach, zwiększa przewlekły katar pijaków, charakterystyczny przedewszystkiem oddzielaniem się znacznych mas nabłonka, i dostarcza w ten sposób bramy wchodowej dla lasecznika gruźliczego, który dostawszy się do kataralnie zazwyczaj zajętego płuca, dalej się rozwija. Więcej jeszcze, alkohol paraliżuje albo niweczy fermenty służące do trawienia i wywołuje katar żołądka i kiszek, przygotowując korzystny teren do wystąpienia gruźlicy. Ta ostatnia, raz powstała, może być łatwo zapoznaną w skutek istniejących już w płucach zmian kataralnych. Inne niebezpieczeństwo leży w tem, że wychu-

dnienie u suchotników alkoholików postępuje bardzo szybko w skutek braku łaknienia, rozwolnień, nie mówiąc już o mdłościach rannych kończących się często wymiotami. W końcu alkoholicy skłonni są do częstego przeziębienia się, co również na sprawę gruźlicy nader nie korzystnie wpływa. Autor rozróżnia trzy główne postacie gruźlicy na alkoholików: 1. Gruźlica emfyzematyczna. — Postać ta, zachodząca rzadziej u zwykłych suchotników, bywa częstą u alkoholików. Odnacza się ona mokrym katarą i rozszerzeniem oskrzeli, rozedmą płuc, astmą, dusznością, częstym kaszlem wskutek ciągłego drażnienia błony płucnej alkoholem i d. d.

2. Gruźlica hemoragiczna. — Częste krwotoki, których przyczyna jest dwojaka a) arteriocelerosis tunicae mediae i degeneratio adiposa tunicae internae wskutek alkoholu, b) zmiany tuberkuliczne adventitiae.

Najmniejsza przeszkoda w krążeniu, zwiększone ciśnienie albo napływ krwi w arteriach powoduje pęknięcie naczyń.

Można rozróżnić dwojaki krwotoki u alkoholików gruźlicowych a) interstycyalne -- krwoplucie b) krwotoki większe, powodujące często śmierć.

Postać interstycjalna zamienia szybko gruźlicę umiejscowioną w gruźlicę rozszerzoną ze znaczną wydzieliną. Dołącza się większa duszność, istniejąca już wpierw w skutek alkoholu. Również i nerki cierpią w skutek alkoholu: nephritis interstitialis, zatrzymanie toksyn organizmu oraz toksyn wytwarzanych przez laseczniki, auto-intoksykacja, albuminuria i t. d.

3. Gruźlica galopująca albo raczej wrzekomo-galopująca.

Na 100 alkoholików gruźliczych, występuje postać ostra w 75 przypadkach. Często gruźlica przewlekła staje się w skutek alkoholizmu ostrą; występuje wtedy przede wszystkim silny niedający się prawie niczem powstrzymać kaszel, duszność i rozwolnienie.

Zwykłe sposoby leczenia nie wystarczają u alkoholików. Brak łaknienia i przyzwyczajenie do picia utrudniają w wysokim stopniu zabiegi lecznicze. Ażeby sprowadzić apetyt, należałoby wpierw stopniowo odzwyczaić od picia. Osoby zamożne wysyłać najlepiej do sanatori. Ważnem jest również zadaniem lekarza nauczyć chorego powstrzymywać kaszel. Korzystnie działa czasem opium jako antydot alkoholu.

Jar.

Czwarty francuski kongres dla gruźlicy, który się odbył w Paryżu od 27 lipca do 2 sierpnia r. b., stawiał na ostatnim posiedzeniu następujące uchwały:

»Kongres, że względu na to, że zarażenie jest najgłówniejszą przyczyną gruźlicy ludzkiej i wobec tego, że płwocina wyschnięta i rozpylona najniebezpieczniejszym jest czynnikiem zakażenia, wyraża życzenie

1. ażeby stosownie do spodziewanej ustawy, która gruźlicę jako chorobę zakaźną oznaczy i obowiązek doniesienia dla tejże nakaże, wszystkie publiczne lokale zaopatrzyć w higieniczne spluwaczki, i ażeby zapomocą wyraźnych plakatów zwracać uwagę, że surowo zakazanem jest spluć gdzieindziej, oraz ażeby urzędy miejskie i rządowe pierwsze dobry dały przykład, przeprowadzając o ile możliwości jak najprędzej przepisy te w lokalach im należnych, mianowicie we wszelkiego rodzaju szkołach;

3. ażeby dla dzieci utworzono specjalne przytułki;

4. ażeby zawiązał się lekarski komitet w celu zakładania bezpiecznych sanatori ludowych oraz ażeby za inicjatywą lekarzy i społeczeństwa budowano jak najwięcej sanatori, jak to już ma miejsce za granicą i w niektórych miejscowościach we Francji;

5. ażeby ministerium dla oświaty i kolegium medycynalne w ministerium dla spraw wewnętrznych wspierało rządowym swym wpływem kursa higieniczne, jakie liga przeciw tuberkulozie obecnie we wszystkich dzielnicach Paryża urządza, i które mają się także odbywać później w innych miastach Francji;

6. ażeby stały komitet dla badań gruźlicy skomunikował się oficjalnie z zarządem wystawy w r. 1900 w Paryżu, celem wynalezienia sposobu pokazywania

uczestnikom wystawy, jak się dostaje gruźlica i jak się przed nią chronić można; 7. ażeby się odbywały peryodyczne międzynarodowe kongresy poświęcone badaniu gruźlicy, a mianowicie zapobieganiu jej.

»Kongres, zważywszy, że gruźlica u zwierząt zagraża dobru publicznemu oraz zdrowiu, i że zakażenie jedyną jest przyczyną szerzenia się jej, uznaje następujące prawodawcze przepisy za konieczne:

- a) odosobnianie zwierząt chorych od zdrowych;
- b) zakaz sprzedawania chorych zwierząt na inne cele, jak tylko do zabicia;
- c) kontrola nad zakładami produkującymi mleko dla publiczności, oraz zabijanie krów chorych na mastitis tuberculosa;
- d) sterylizowanie i pasteuryzowanie mleka przeznaczonego do wyrabiania masła lub sera;
- e) rozpowszechnienie badania mięsa według systemu stosowanego od kilku lat w Belgii;
- f) kroki ku zapobieganiu fałszywemu stosowaniu tuberkuliny u zwierząt, które mają być sprzedane lub eksportowane.

Deutsche med. Wochenschr. No. 38, 1898.

Jaruntowski.

Aleksander Simon. O wpływie parowych kąpeli na czynność wydzielniczą żołądka. (*Gaz. lek. 1898 Nr. 39*).

Autor na oddziale hydroterapeutycznym prof. Winternitza zajął się sprawdzeniem doświadczeń Zasięckiego i Gruzdowa nad wpływem potów sztucznie wywołanych osłabiającą czynność wydzielniczą żołądka a mianowicie kwaśność soku żołądkowego, względnie ilość kwasu solnego. Poty wywoływał przeważnie kąpielą parową w skrzyni (Dampfkastenbad). Zbadał dwadzieścikilka przypadków, 12 zaś przez czas dłuższy i to 4 z przewlekłym nieżytem żołądka, 4 z nadmierną kwasotą a 2 zdrowe w godzinę po próbnym śniadaniu żołądki; używał jako odczynników papierków Kongo, płynu Guenzburga a nadto metody Mintza do oznaczania ilościowego HCL wolnego, a do oznaczania ogólnej kwaśności -- fenofaleiny jako wskaźnika przy miareczkowaniu.

Zmiany soku żołądkowego natychmiast po kąpeli nie były stałe; w parę godzin potem występowało, osłabienie czynności żołądka, po 4—6 godzin było największe: powoli dopiero wracało do normy. Autor tłumaczy to utratą chlorków, a mianowicie K₂CO₃ we krwi. Na zasadzie tych spostrzeżeń swoich skłonny jest autor do stosowania tej metody u chorych z wrzodem żołądka, oczywiście z ostrożnością i wykluczeniem tych przypadków, gdzie wrzód skłonny jest do krwawienia.

F. Ch.

Berthier: Patogeneza zwracania u suchotników. Zwracanie wywołane nadczułością połyku. (*Pathogenèse des vomissements des phthisiques, Vomissements par hyperaesthésie pharyngée, Bulletin de la société centrale de médecine du département du Nord. 1898. Nr. 1*).

Zwracanie ranne lub wieczorne, pojawiające się razem z napadem kaszlu często jest objawem rozpoczynającej się gruźlicy, a nie tylko przez częste pojawianie się, ale przez utratę pożywienia i umęczenia ciała mocno do ogólnego osłabiania się przyczynia. Przypuszczano dawniej, że zwracanie to jest następstwem mechanicznym drażniącego i dłużej trwającego kaszlu, tymczasem nie można powątpiewać, że zwracanie to stoi w związku z rozpoczynającą się gruźlicą. Nie przy wszystkich napadach kaszlu bowiem następują wymioty, bo przy tłoczni brzucha musi przytem zachodzić rozszerzenie się wejścia do żołądka, kardyi, by zwracanie do skutku przyjść mogło. Łączność między kaszlem a zwracaniem polega na nadczułości połyku, czego dowodzi badanie gardzieli tych chorych wrzodliwych bardzo i skłonnych do krztuszenia. Wykrztuszone masy śluzu przyczyniają się, dostawszy się na ścianę gardzieli, do odruchów, które wymioty wywo-

dują. Jeżeli się nadczułość ściany połyku usunąć da, niknie też skłonność do womitów. Pędzlowania dwa razy dziennie tylnej ściany połyku przed jedzeniem 2% roztworem kokainy zwykle dobry przynoszą skutek, co znów dowodzi, że zwracania te wywoływane bywają nadczułością tego organu.

Koehler.

2) Choroby uszu, gardła i nosa.

Heller: **Trzy przypadki ciała obcego w górnych przewodach oddechowych.** Z posiedzenia towarzystwa lek. w Norymberdze. *Münchener med. Wochenschrift* 1896. 26.

Peyrissac: **Ciało obce w przewodzie oddechowym. Pestka śliwki w lewym oskrzelu wykrztuszona bez cięcia tchawicy po zastrzyknięciu zimnej wody w tchawicę.** (Corps étranger des voies aériennes. Noyau de prune dans la bronche gauche, expulsion sans trachéotomie a la suite d'injections intra-trachéales d'eau froide). *Revue hebdom. de laryngologie etc.* 1898, nr. 1.

Bunch i Lake: **Obce ciało, które dziewięć lat w górnych drogach oddechowych przebywało.** (Corps étranger ayant séjourné neuf ans dans les voies respiratoires supérieures.) *Revue hebdom. de laryngologie etc.* 1897 nr. 51.

Capart: **Obce ciało w lewym oskrzelu.** (Corps étranger de la bronche gauche. *Revue hebdom. de laryngologie etc.* 1897 n. 51.

1. Dziewcze, 10 lat, jadło marchew, gdy brat pochwycił je za warkocz i głowę ku tyłowi pociągnął, kawałki pogryzionej na pół marchwi wpadły do tchawicy i wywołały natychmiast gwałtowne duszenie się. Próby wydobycia nie udały się, dziewczę przeżyło noc w ciągłym duszeniu się, nazajutrz dopiero przyprowadzono je do prelegenta, który mimo tego stanu wznięciem dopatrywał się ciała obcego w tchawicy, które światło jej zamykało. Zastrzyknięto wodę do jamy nosogardzieliowej, nastąpiło mocne wykrztuszanie a podczas niego wykaszła chora kawał marchwi. Oddech natychmiast był wolnym a nazajutrz stwierdzono, że tchawica zupełnie była próżną.

Dziecko roczne, jedząc ciastko, połknęło kawałek migdałka, który był w ciastku. Po czterech tygodniach dopiero przedstawiono je Hellerowi, który znalazł stłumienie w prawym górnym czubku płuc i przekonał się, że na tem miejscu oddechu słyszeć nie było można. Tu więc najprawdopodobniej tkwił ów kawałek migdałka w gałęzi oskrzela. Dziecko gorączkowało, a stan ogólny był bardzo zły, przy kaszlu bez przerwy dzień i noc. Zastrzyknięcie wody w jamę nosogardzieliową wywołało mocne krztuszenie, przy czem wypadł kawałek migdałka, wielkości grochu. Wszelkie objawy choroby ustały, a po kilku dniach minęło też zlokalizowane zapalenie płuc.

Autor powołany został do mężczyzny lat 65, który po połknięciu pestki od ślawki, dostał napadu duszenia się. Chory siny z trudnością dechać może. Wziernikowanie niemożliwe, to też zrobiono natychmiast zastrzyknięcie w jamę nosogardzieliową, poczem po mocnem odkaszeniu wypadła pestka.

Metodę swoją zaleca autor bardzo, oddała mu bowiem już liczne a korzystne usługi, zwłaszcza też przy cieśni krtani, przepelnionej błonami błonicy lub nagromadzeniem się śluzu. Nie ma sposobu łatwiejszego, mniej niebezpiecznego a skutecznego jak zastrzyknięcie, które w wielu razach zrobiło cięcie tchawicy zbytecznem, ochroniło od intubacji.

W końcu odczytu zwraca jeszcze prelegent uwagę na migdałki podniebienne, które są niejako opiekunami dróg górnych oddechowych. W nich zwykle uczepiają się ciała obce, zwłaszcza o ostrym końcu. Zapewne to chronienie jest jedną z czynności fizjologicznych tych narządów, dotąd mało zbadanych.

Skoro jednakże migdałkom tak ważna funkcyja przeznaczoną została, nie trzeba się też zanadto pochopnie brać do ich usuwania, zwłaszcza jeśli w swem powiększeniu nie przeszły granicy dozwolonej lub jeśli nie wywołują ważniejszych zaburzeń.

2. Zastosowanie zastrzykiwań zimnej wody w krtani bodaj zawsze przyczyni się do wykrztuszenia obcego ciała z dróg oddechowych, zwłaszcza tak wielkiego jak pestka ślewki, w każdym jednakże razie sposób przez P e y r i s s a c a użyty, poleca się w razie potrzeby bardzo. Rękoczyn nie zawsze zaraz wykonanym być może, a próba niewinna, jakiej autor użył, może jak się przekonujemy, dobry odnieść skutek, w każdym jednakże razie przysposobienie wszystkiego, co do cięcia tchawicy potrzebne, się wpieryw zaleca, by tą drogą sięgnąć można ciało obce. Człowiek młody, lat 18, bronił się przed wszelkimi usiłowaniami wyjęcia pestki uwięzionej w oskrzeli lewem zaraz po za rozdziałem tchawicy. Zastrzyknięto 1 grm. zimnej wody w krtani, a gdy to do odruchów tchawicy się nie przyczyniło, zastrzyknięto drugi raz 2 do 3 grm. wody, przyczem chory wykrztusił pestkę okrytą śluzem. Wyzdrowienie zupełne nastąpiło po 2 dniach.

3. Kobieta 38 lat połknęła kawałek kości skopowej, nastąpiło duszenie się sinicą, a po ustąpieniu napadu czuła się dobrze. Co zimę cierpiała na niezbyt oskrzeli, w dziewiętej zaś zimie do zapalenia oskrzeli przystąpiło jeszcze trudne łykanie, ból i krwioplucie. Wziernikiem stwierdzono ciało obce w tchawicy, które drogą, po cięciu tchawicy powstałą, wyjęto. Kość płaska pochodziła od czaszki skopu. Wyzdrowienie.

4. Kość, która trzy lata przebywała w oskrzeli lewem i objawy jamy gruźliczej wywoływała, mierząca 2 cm. długości a 1 cm. szerokości, nagle została wykaszloną, poczem szybko nastąpiło wyzdrowienie.

Guranowski: Przypadek podwójnego przewodu słuchowego. Przegląd chirurgiczny T. IV z. 1. str. 217, sierpień 1898.

Nieprawidłowość oznaczona tytułem tej pracy tyczyła mężczyzny lat 29, który dla zagłuchnięcia na prawe ucho szukał porady. Ucho prawe okazywało dwa otwory słuchowe, rozdzielone przegrodą, przebiegającą od góry i od tyłu, ku przodowi i ku dołowi. Przegrodę stanowiła ściana z skóry i cienkiej blaszki chrzęstnej. Ztąd powstały dwa skośnie przebiegające kanały, tylny i przedni, z których ostatni się kończy ślepo w głębokości 7 : 8 mm., tylny zaś jest prawidłowym a był wypełniony ztwardniałą woszczyną, po której usunięciu słuch prawidłowym się okazał. Dodana do tego spostrzeżenia rycina dokładny daje obraz wejścia do obu przewodów słuchowych. Uwzględniwszy autor odnośną literaturę, przychodzi do przekonania, że przypadek przez niego spostrzeżony jedynym jest dotąd przypadkiem rzeczywistego podwójnego przewodu słuchowego, gdyż w dotąd ogłoszonych przypadkach miał się zawsze drugi przewód słuchowy znajdować w okolicy wyrostka sutkowego.

Treitel: O istocie i o wartości ćwiczeń słuchu u głuchoniemych i ciężko słyszących. Ueber das Wesen und den Werth der Höruebungen bei Taubstummen und hochgradig Schwerhörigen.) *Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie etc. herausgeg. von Dr. Hang in München. Zeszyt 11, 1898.*

Postępowanie nie nowe, polecił był znów Książd Vervier w Bourgl-Reine i Urbantschitsch w Wiedniu. Autor robił sam doświadczenia a uwzględniając dotychczasowe publikacye, zestawia wyniki, które naturalnie ujemnie wypadły. Jakkolwiek samo wykonywanie metody obu tych panów bardzo jest znużającym, nakazuje jednakże obowiązek lekarza stosowanie jej, jeźliby korzyść odnieść miało. Wywołać słuch albo go przywrócić jest jednakże niemożliwym, bo głuchota tu nie jest czynnościowym zachorzeniem, lecz wywołaną jest przez zmiany nieuleczalne w błędniku i jego okienkach.

Autorowie, którzy za temi ćwiczeniami głos podnosili, Goldstein, Astier i Aschkinasi, widzieli tylko to, co im Urbantschitsch pokazywał, a na posiedzeniu lekarzy wiedeńskich, gdzie swych chorych U. przedstawił, zaraz Politzer i Gruber swoje powątpiewania uzasadniali. Bezold, mimo że miesiącami dzieci głuchonieme ćwiczył, nie miał żadnych dobrych wyników. Heiman w Warszawie doszedł do rezultatów bardzo miernych, a i te szybko mijały. Köbrich w Halli, dyrektor zakładu głuchoniemych po licznych próbach uzyskał tylko mały bardzo wynik korzystny, który w życiu praktycznem nie miał żadnej wartości. Poprawa w wymawianiu była bardzo mierną, bo chorzy własnych słów słyszeć nie mogli. Za wręcz szkodliwe często uważa Gutzmann te ćwiczenia słuchu. Wymowa głuchych się nie poprawia, a kilka przyswojonych ćwiczeniami słów dla życia praktycznego nie ma żadnej wartości, bo liczba ich tylko ograniczoną być może, a nadto przyuczone wyrazy szybko bywają zapominane. Przeciw tej metodzie odzywał się także nauczyciel głuchoniemych z Wrocławia, którego umyślnie do Wiednia posłano. Na kongresie w Moskwie ganił także Verriersko-Urbantschitschowy sposób Uckermann, bo rzeczywiście jakaś siła słuchu u tych biednych kalek się nie wyrabia, a to, czego niby chory się nauczy, polega na odczuwaniu prądów powietrza przez uczącego wywołanych, przy czem kombinacya na odgadywanie pojedynczych słów i zdań wpływa.

Zwraca dalej autor na to jeszcze raz uwagę, że uzyskane używanie słów przez głuchych szybko się zatracą, a że po tych ćwiczeniach nie znalazł się dotąd ani jeden głuchy, któryby swemu słuchowi mógł zaufać. O rozmowie naturalnie i mowy nie ma. Nadto stale ten objaw spostrzega się daje, że głuchych tylko powtarza a raczej odgaduje słowa wymawiane przez nauczyciela, nigdy zaś przez frzenie osoby wypowiedziane.

Jakieś nadzieje budować na tem, że osoby, które słuch po zapaleniu mózgu straciły, po ćwiczeniach pewien stopień słuchu odzyskają, nie można, bo i bez tych ćwiczeń zdarza się to, tak jak bywa i u osób, które w późniejszym wieku przez choroby słuch straciły. Przypadki Urbantschitscha miały zapewne za podstawę macinictwo, ztąd się tłumaczą dobre wyniki. Ref. stósował dłuższy czas przyrząd Veriera bez dobrych wyników i uważa ćwiczenia te za zmudną bardzo zabawkę, która choremu szybko się uprzykrzy. Pomaga chyba aparat ten zakonowi żeńskiemu, który jego sprzedają się zajmuje, biorąc 63 franki za przyrząd, którego materyał zaledwie franka kosztuje.

Koehler.

D. Ruch w Towarzystwach.

Sprawozdanie z posiedzenia Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu dnia 7-go października 1898 r.

Przewodniczący pan Dr. Świącicki zagaja posiedzenie, witając zebranych kolegów po dłuższej przerwie wakacyjnej i wzywając do wspólnej pracy na polu naukowem.

Na porządku obrad:

- 1) Sprawa biblioteki medycznej.
- 2) Sprawa funduszków Zjazdu.

3) Przewodniczący proponuje mianować p. dr. J. Nowaką, docenta uniwersytetu krakowskiego, na członka korespondenta Wydziału. Głosowanie nastąpi na przyszłym posiedzeniu.

4) Odczyt kol. Dr. Zakrzewskiego na temat: »*Przyczynek do rozpoznania kolek trzustki.*«

Nie podlega już dzisiaj wątpliwości, że można rozpoznać intra vitam kolki trzustki — dowodzą tego spostrzeżenia odnośnie Lichtheima, Minicha, Niemiera, Fleinera, Poljakowa. Z przypadków opisanych przez autorów powyżej wymienionych zasługuje mianowicie na uwagę przypadek Minicha, w którym rozpoznanie kolki trzustki stwierdzone zostało odnalezieniem w kale charakterystycznego kamyka (konkrementu) trzustki. — Opis cech znamiennych takowego. Lecz i bez odnalezienia tego corpus delicti jesteśmy uprawnieni do rozpoznania kolek trzustki, tak samo jak w przypadkach kamicy żółciowej, gdzie nie zawsze możemy odnaleźć, i to z natury przebiegu poszczególnych przypadków, kamyk powodujący kolki. W przypadku kol. Z., dotyczącym 37-letniego silnego mężczyzny, cierpiącego rzekomo od lat 5 na kolki powtarzające się w nieregularnych odstępach czasu, co pół roku, co kwartał i to zawsze w lewej stronie brzucha, skłoniły go do rozpoznania kolek trzustki, po wykluczeniu kolek żółciowych, kolek nerkowych, kurczu żołądka, skrętu jelit względnie zagłobienia, następujące nader charakterystyczne objawy:

1) Ból ograniczony na lewą część epigastrium, rozchodzący się pod lewym łukiem żebrowym ku krzyżom i promieniający ku lewej łopatkę;

2) Cukromocz przejściowy;

Brak indykany; choć nie tak charakterystyczny, w każdym razie zwrócił także uwagę mówcy na trzustkę. — Obraz ten odpowiada zupełnie klasycznemu przypadkowi Minicha, z wyjątkiem faktu nieodnalezienia odnośnego konkrementu w niniejszym przypadku.

Pod względem etyologicznym zasługuje w przypadku prelegenta na uwagę jednostronne odżywianie się mięsem pacjenta, u którego ściślejsze badanie żołądka wykazało: śluzowy, kwaśny nieżył.

W dyskusyi zabierają głos panowie Dr. Dr. Drobnik, Pomorski, Broekere, Święcicki.

Dr. Święcicki jest zdania, że ważnym w przypadku prelegenta momentem etiologicznym był śluzowy kwaśny nieżył i odżywianie się jedynie mięsem, już choćby jedynie dla tego, że odruchowe podrażnienie nerwów trzustki bierze swój początek od nerwów żołądka i dwunastnicy. Im bodziec drażniący nerwy żołądka silniejszy, jak w przypadku prelegenta, tem podrażnienie nerwów trzustki jest większe. Dłuższy czas trwające odżywianie się mięsem i wywołana przez to nadkwasota żołądka utrzymywać mogą nerwy trzustki w ciągłym podrażnieniu, a że bodziec drażniący trwa tutaj stale, to też nagromadza się coraz więcej siły drażniącej w nerwach trzustki, aż ostatecznie przychodzi do wybuchu nerwowego czyli tak zwanych kolek trzustki. Ponieważ w przypadku prelegenta pacjent już dawniej także miał kolki trzustki, ważną by z etyologicznego względu było rzeczą dowiedzieć się, czy już wówczas także żywił się jedynie potrawami mięsnymi. Gdyby tak było, to ten moment etyologiczny, na który dotąd nie zwracano uwagi, nabrałby może pewnego znaczenia.

Kol. Fr. Chłapowski przytacza ze swej praktyki przypadek, gdzie podobnie — kolki trzustki występowały u osobnika, który także przeważnie odżywił się mięsem. Był to młody dobrze odżywiony chłopiec, który w napadach tych miał cukromocz przejściowy i stan gorączkowy.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie w r. 1898.

Wrzesień.

Treść: 1) Jaworski — przedstawienie dziecka dotkniętego porażeniem nerwu twarzewego. 2) Piotrowski — Niezwykły przypadek białaczki. 3) Kozerski — przed-

stawienie preparatu endoarteriitidis syphiliticae w bardzo wczesnym okresie przymiotu. 4) Tenże — przedstawienie chorego na mycosis fungoides. 5) Orzeł — przedstawienie kamienia nerkowego usuniętego zapomocą cięcia łonowego u dziecka 10-letniego. 6) O d e r f e l d — przedstawienie preparatu jelita włośniowego. 7) K r a k ó w — kilka słów w sprawie zszywania krocza pękniętego przy porodzie oraz przedstawienie ulepszonych kleszczy porodowych. 8) G r o s g l i k — w sprawie leczenia pęcherza po kruszeniu kamienia. 9) Orzeł — Kilka uwag praktycznych o szkle wodnym w chirurgii. 10) S t r ó ż e w s k i — O leczeniu mechanicznem bezwładu połowicznego.

1) J a w o r s k i przedstawił dziecko 1-roczone dotknięte od dwóch tygodni porażeniem nerwu twarzowego pochodzenia obwodowego; porażone są gałązki końcowe i powierzchowne. Mówca przypuszcza pochodzenie a frigore wobec braku zmian w przewodzie słuchowym, gruczołach chłonnych itd.

2) P i o t r o w s k i w odczycie swym omówił najprzód objawy właściwe białaczce. Przedewszystkiem uderzają w oczy guzy śledziony i gruczołów chłonnych, twarde, niebolesne, niekiedy bardzo duże; o zajęciu szpiku kostnego można sądzić dopiero po śmierci, objawy bowiem za życia nie są wyraźne; najważniejszym wreszcie objawem są zmiany we krwi, polegające na niezmiernem zwiększeniu liczby ciałek białych. Znaczenie tu ma jednak powiększenie liczby bezwzględnej tych ciałek, a nie zmiana ich stosunku do czerwonych, wszakże zauważyć należy, że granicy nie można tu ściśle oznaczyć. Cechę znaną białaczki jest odwrócenie stosunku między leukocytami jedno- i wielojądrowymi; pierwsze znacznie przeważają nad drugimi. Nie jest to jednak właściwa limfocytoza właściwa białaczce limfatycznej u dzieci i przy mięsakach narządów krwiotwórczych. Pamiętać również należy, że powikłania białaczki chorobami gorączkowymi zamazują charakterystyczne zmiany we krwi. Po omówieniu metody Ehrlicha mówca wspomniał jeszcze o objawach ocznych i skórnych, a również o zmianach w moczu. P. przyszedł do przekonania, że niema ani jednego objawu patognostycznego dla białaczki. Są tylko objawy, które osiągnawszy pewne natężenie, stają się rozstrzygającymi w rozpoznaniu. Trudności jest tem więcej, że postać limfatyczną białaczki rozpoznać jest trudno wogóle, a oprócz tego spostrzegać można przypadki nietypowe, do których należał przypadek spostrzegany przez mówcę. Chodziło tu o mężczyznę 88-letniego, który się uskarżał na brak sił, obrzęk moszny i kończyn dolnych, częste oddawanie moczu, swędzenie ciała. W 18-ym roku życia dostał wrzodu miękkiego, a przed 50 laty przebywał zimnicę; zresztą był zdrowy, pracował jako wyrobnik wiejski lub miejski, wreszcie żebrał. Oprócz bladej skóry i obrzęków wymienionych spostrzeżono powiększenie w różnym stopniu gruczołów chłonnych i ogromne powiększenie śledziony. We krwi ciałka jednojądrowe znacznie przeważają nad wielojądrowymi; stosunek procentowy jest taki, że ciałek wielojądrowych jest 12 proc., jednojądrowych 48 procent, myelocytów 40 procent; stosunek białych (których jest 60000) 1:78. Po szeregu powikłań (polyarthr. subac., pleuritis serofibr. tonsillitis gangr.) chory zmarł, badanie zaś pośmiertne wykazało wszędzie mniejsze lub większe nacieczenia i zrosty przerostowe tkanki limfadenoidalnej, właściwe białaczce. Mówca zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze: nie wiadomo było, czy się ma do czynienia z białaczką nietypową, czy z rzekomą, czy wreszcie z przerzutami ukrytego mięsaka; trudności te uwydatnia P. jeszcze bardziej przykładami z literatury. Niezwykły jest wiek chorego: jest to chyba najstarszy chory na białaczkę. Stałe były tylko dwa objawy w ciągu spostrzegania chorego: obrzęk śledziony i przewaga ciałek jednojądrowych. Ostateczna przyczyna śmierci (tonsill. gangr.) polegała na zgorzeli wskutek ucisku i usposobieniu krwotocznem.

Prof. B r o d o w s k i żałuje, iż w tak pięknej pracy nie zwrócono się do poszukiwania pasorzytów we krwi, choćby nawet z wynikiem ujemnym.

3) K o z e r s k i przedstawił preparaty endoarteriitidis syphiliticae w bardzo wczesnym okresie przymiotu i historią choroby spostrzeganego przez siebie przypadku. Chory 22-letni zgłosił się do szpitala, skarżąc się na niezmiernie silny ból głowy, zwiększający się pod wpływem drobnych nawet

przyczyn; chory dostał pół roku temu przymiotu. Stan chorego wciąż się pogarszał, aż wystąpiło porażenie prawostronne i śmierć. Leczenie rtęciowe nie tu nie pomogło. Badanie pośmiertne wykazało, że opona miękka jest obrzękła, żyły rozszerzone, a *basilaris* i *fossae Sylvii* zgrubiałe, mlecznobiałe, ich błona wewnętrzna zgrubiała w kształcie wysepek opalizujących, światło tętnicy szpary Sylwiusza zwężone, istota szara miejscami przekrwiona, zamiast jądra ogoniastego, soczewicowatego i pochewki wewnętrznej z lewej strony znajduje się masa podobna do kaszy, w płucach zapalenie opadowe, na wewnętrznej powierzchni aorty plamki zwyrodnienia tłuszczowego, w nerkach zmętnienie miąższowe. Wczesny wiek chorego i brak zwapnienia usuwa miażdżycę jako przyczynę choroby. Za to wygląd mikroskopowy skrawków naczyń zajętych jest typowy dla arteriitis syphilitica. Dla czego przebieg zakażenia był tak groźny i gwałtowny, niewiadomo.

Sokołowski zwraca uwagę, iż syfilis cechuje się wogóle skłonnością do wywoływania stwardnienia naczyń u ludzi nawet wagiędnie zdrowych. Mówca spostrzegł 15 lat temu przypadek podobny. W 9 miesięcy po zakażeniu przymiotowem nastąpiła pomimo leczenia swoistego śmierć wskutek endoarteriitis syphiliticae naczyń podstawy mózgu i pachymeningitis interna.

Gajkiewicz twierdzi, że przypadki wczesnego zajęcia naczyń na tle przymiotu nie należą do rzadkości. Mówca leczył niedawno chorego, u którego w 8 miesięcy po zakażeniu wystąpił bezwład połowiczny przy braku zmian w naczuciach wewnętrznych.

4) Kozerski przedstawił mężczyznę chorego na mycosis fungoides. Widząc go po raz pierwszy w lipcu r. z., stwierdził świeże zakażenie przymiotowe oraz kilka wysp łuszczycy na prawym łokciu i na przedniej powierzchni obu goleni. Nieco później wystąpiła wysypka guzkowa i ogólne powiększenie gruczołów chłonnych, objawy te ustąpiły jednak pod wpływem rtęci, wysypka natomiast na łokciu przyjęła zupełnie inny charakter: prawa kończyna stała się czerwienista i zimniejsza od lewej, w części dolnej sinawa; na tle czerwoności wystąpiła gruba sieć od tła ciemniejsza, gdzieś powierzchniowe nacieczenia, niekiedy pokryte delikatną łuską; na łokciu i wzdłuż mięśni wywrotowych widać miękkie, białe łuski wśród plam ciemnoczerwonych nacieczonych aż do tkanki podskórnej. Chory twierdzi, że zmiany te były już oddawna. Wyłączając przymiot (gumiaki) i łuszczycę, K. rozpoznaje mycosis fungoides, opierając się na opisie Kaposiego i Bazina. Chory zużył zapas pigułek azyatyckich, poczem większość nacieczeń znikła, pozostała tylko sieć czerwona i jeden guz śródskórny na łokciu. Gdy Darier uważa tę sprawę za lymphadenia cutanea, Kaposi za odmianę sarkomatozy ogólnej, to Hardy sądzi, że przypadki mycosis fungoides są to poprostu przypadki nowotworów złośliwych powstałe na tle takich chorób skórnych, jak pryszczycyca, łuszczycyca i inne. Sprawa więc jest sporna. Co się tyczy leczenia, to póki guzy nie ulegają rozpadowi, najlepszy jest arszenik; później najważniejsza jest aseptyka miejscowa wobec grożącej posocznicy.

5) Orzeł przedstawił chłopca 10-letniego, któremu drogą cięcia łonowego usunął kamień składający się ze szczawianu wapna, a ważący około 40 g. Chory ma się zupełnie dobrze.

6) Oderfeld przedstawił preparat jelita wgłobionego, wyjętego 33-letniemu choremu. Była to invaginatio ileo-colica. Operacyi dokonano sposobem Leszczyńskiego. Chory ma się dobrze.

7) Kraków stosuje swój sposób szycia krocza od lat kilku. K. jest zdania, że krocze pęka często przy porodach kleszczowych, choć tak być nie powinno. Zazwyczaj pęka wpierw błona śluzowa pochwy, później krocze, a to przy przerzynaniu się główki lub barków. Błona śluzowa pęka często dwustronnie tak, że pęknięcia schodzą się pod kątem u wędzidełka. Tworzy się więc płat trójkątny, który K. napina kulociągiem i szwy zakłada od strony krocza, począwszy od dolnego kąta rany, chwytając części miękkie krocza i płat trójkątny,

ale nie przekłuwa błony śluzowej na zewnątrz. Wystarcza 3—4 szwy, by zszyć nawet znaczne pęknięcia; mocno wiązać szwów nie należy. Mówca szyje zwykle zaraz po porodzie, nim odejdzie łożysko. W sposobie opisanym upatruje K. tę wyższość, że tu przetoka żadną miarą utworzyć się nie może, choćby szwy przecięły lub wyropiały, utworzy się bowiem ziarninująca rana pomiędzy rozeszłymi brzegami skóry krocza; krocze utrzymuje przytem swą wysokość i grubość. — Mówca szyje w ten sposób, choćby nawet pochwa pękła jednostronnie. Jest to oczywiście zmieniony sposób perineoplastyki stosowanej w kilka miesięcy po porodzie.

Odmiana w kleszczach porodowych polega na tem, że ramiona pomiędzy zamkiem i krzywizną główkową schodzą się ze sobą, tak że przy rozwarciu kleszczy kąt pomiędzy ramionami jest niewielki, krocze więc mniej się napina i nie tak łatwo pęka.

Thieme przeczy, by kleszcze ułatwiały pękanie krocza; przeciwnie za pomocą nich można łącno krocze od pęknięcia uchronić, nadając główce kierunek właściwy. Szyć po porodzie nie jest dobrze, trzeba bowiem często wyjmować ręcznie lub tamować krwotok, a wtedy można uszkodzić świeżo zszytą ranę.

Boryssowicz, zgadzając się z Thiemem, uważa że lepiej jest szyć to, co pęknięte, z osobna. Szwy nałożone tak, jak to proponuje K., przemieszczają krocze ku przodowi i spowodują, że będzie ono wtedy szerokie, niskie i pofałdowane.

Szteyner uważa, że płat trójkątny musi pofałdować się i nie będzie przylegał do rany tak, jak tego chce prelegent.

Grzankowski szyje tak, jak prelegent, od lat 8-miu przy modyfikacji sposobu Lawson-Taita, nie radzi wszakże używać sposobu prelegenta w szyciu pęknięć świeżych, gdyż sięgają one niekiedy bardzo głęboko i łatwo mogą się zanieczyścić.

Neugebauer chwali szycie krocza przed odejściem łożyska, szyje bowiem tak od lat 10-ciu i nigdy złych skutków nie widział.

Kraków odpowiada, że nie uważa kleszczy za wyłączną przyczynę pęknięć, wszakże kleszcze nieogłędnie nakładane powodują niewątpliwie pęknięcia. Szycie zaraz po porodzie oszczędza położnicy cierpienie zwłaszcza, że na operację zalecaną potrzeba bardzo niewiele czasu. Przemieszczenie błony śluzowej ma miejsce, lecz dzięki niemu krocze staje się wysokie i grube. Szycie błony śluzowej pochwy nie jest niezbędne, pochwa bowiem, jako przewód o ścianach luźnych, spaja się, a więc brzegi pękniętej błony śluzowej składają się same, zwłaszcza jeśli je spoić od dołu szwami poprowadzonymi od strony krocza. Szycie opisanym sposobem zaraz po porodzie odbywa się w warunkach zupełnie innych, niż przy perineoplastyce później. Gdyby wpływ z macicy miał zanieczyścić ranę, to i szycie błony śluzowej nie na wiele się przyda, bo się zszyte brzegi nie zrosną.

8) Groszlik wyróżnia przypadki czyste i powikłane. Do pierwszych zalicza przypadki kamieni pierwotnych, gdy nie ma ani zapalenia pęcherza, ani zatrzymania moczu wskutek przerostu gruczołu krokowego. Tu po operacji nie należy stosować przepłukiwań, o ile ją wykonano aseptycznie i przepłukano pęcherz bezpośrednio po operacji roztworem azotanu srebra 1:2000—3000. Jeśli jednak w następstwie kruszenia rozwinie się zapalenie pęcherza lub zatrzymanie moczu, należy natychmiast zastosować leczenie miejscowe. Przypadki powikłane, tj. takie, gdzie przed operacją istnieje już nieżyt lub zatrzymanie moczu, o ile są lekkie, winny być leczone przed operacją słabymi roztworami azotanu srebra; operacją należy tu wykonywać, gdy nieżyt zniknie, leczenie więc pooperacyjne stosować tu należy wyjątkowo. Leczenie pooperacyjne należy natomiast stosować w przypadkach uporczywych; ma ono polegać na systematycznym opróżnianiu pęcherza i przemywaniu go azotanem srebra. Cewnik na stałe należy po skruszeniu kamienia stosować tam, gdzie częste wprowadzanie cewnika wywołuje

bóle lub podrażnienia cewki, lub jest niemożliwe z innych względów. Oprócz tego należy go na stałe zakładać w przypadkach nieżyty pooperacyjnego z podwyższeniem ciepłoty.

Perkowski uważa, że wskazania do postępowania wypływają z właściwości samych kamieni. Kamieniom twardym (moczanowym, szczawionowym) nieżyt pęcherza towarzyszy tylko wtórnie; powikłanie to jest niestałe, łatwe do usunięcia, kruszenie więc, o ile jest dokonane aseptycznie, nie powinno wywoływać powikłań, zwłaszcza jeśli go dokonać na jednym posiedzeniu, a nie tak, jak dawniej, na całym szeregu posiedzeń, dzięki czemu niepodobna było prawie uniknąć zakażenia. Najwłaściwszym tu przeto wskazaniem jest wykonanie skruszenia doszczętnego. Gdy kamień jest objawem wtórnym, powstałym wskutek nieżyty przewlekłego, to choć skruszenie go trudności nie przedstawia, bo są to zwykle kamienie miękie, operacja nie daje pożądanego wyniku, nie może bowiem zapobiedz powstaniu nowego kamienia. Zastosować ją jednak należy zwłaszcza u starców: przemywania następne mogą tylko przedłużać poprawę, utrudniając powstawaniu nowych kamieni, lub usuwając małe, stałego jednak wyleczenia niepodobna od nich oczekiwać.

Sztejner uważa, że wnioski z odczytu są ogólnie znane, jako podane przez Guyona.

Gabszewicz opowiada, jak widział Guyona, który w 20 przypadkach leczonych ambulatoryjnie wcale nie zakładał chorym cewnika na stałe, lecz po przemyciu pęcherza zalecił im udać się do domu.

Bronisław Sawicki sądzi, że cewnik nie zawsze może powstrzymać krwawienie. Nawet w przypadkach operowanych aseptycznie chory może ulec zakażeniu, a mianowicie przez krew.

Grosglik odpowiada, że w swym odczycie obszernie umotywował postępowanie w przypadkach wyróżnianych przez Perkowskiego i ten sam pogląd wyłożył; nie twierdził, by azotan srebra mógł zawsze usunąć nieżyt uporczywy, uważa go jednak za środek najlepszy, nie przypisuje sobie pomysłu Guyona, wydaje tylko o nim sąd na zasadzie swej praktyki, a jeśli zaleca używanie azotanu srebra do przemywań pooperacyjnych, to dla tego, że nie jest ten sposób tak ogólnie znany, jak to sądzi Sztejner, chociaż od czasu ogłoszenia go przez Guyona upłynęło już sporo lat. Stosowanie cewnika na stałe zaczerpnął mówca od samego Guyona. Chociaż cewnik założony na stałe może nie powstrzymać krwotoku pooperacyjnego, dzięki czemu trzeba się wtedy uciekać do innego zabiegu, nie mniej jednak wskazanie to jest słuszne. Uwagę co do zakażeń pooperacyjnych aseptycznych można zastosować do operacyi wogóle, a nie tylko do operacyi kruszenia kamienia.

9) Orzeł powiedział w swym odczycie, co następuje. Stosowanie opatrunków unieruchamiających staje się coraz ważniejsze, zwłaszcza w praktyce dziecięcej, ze względu na gruźlicę stawów. Podjąwszy próby z rozmaitymi opatrunkami unieruchamiającymi, O. wypróbował i szkło wodne i przyszedł do wniosku, że jestto materiał zupełnie opowiedni, byle tylko miał gęstość taką, jak gęsty syrop. Ponieważ szkło wodne kupne pospolicie jest rzadsze, przeto O. stawia go w zwyczajnym cylindrze szerokim w temperaturze pokojowej bez pokrywki. Po kilku lub kilkunastu dniach materiał jest gotów. Współzawodniczyć może ze szkłem wodnym tylko gips, mający tę dobrą stronę, że szybciej zasycha. Natomiast szkło wodne ma te zalety, że: 1) sposób użycia jest prostszy, ponieważ wystarcza dla nałożenia opatrunku owijanie zwyczajnymi bandażami krochmalowymi, przewiniętymi w szkło wodne na zasadach ogólnych bandażowania; gips wymaga większej wprawy, jest się zależnym od jego gatunku i trudno utrzymać się przy jego użyciu w czystości; 2) niebezpieczeństwo powstawania odleżyn jest znacznie mniejsze; 3) opatrunek jest dwa razy lżejszy, co nie może być bez wpływu na sprawność kończyny po zdjęciu opatrunku.

Wskazania do użycia szkła wodnego są te same, co do użycia opatrunków unieruchamiających. Funt szkła wodnego kosztuje w Warszawie około 7 kop.

Soltman pyta, jak wpływa na opatrunek wydzieliną z rany.

Skowroński używał szkła wodnego i nie jest zeń zadowolony, uważa, że można je stosować tylko w gruźlicy stawów i stłuczeniach, gdy w takich przypadkach jak próchnienie kręgów gips nie da się niczem zastąpić. Szkopułem jest to, że szkła wodnego trudno dostać nawet w Warszawie, a coś dopiero na prowincyi.

Krajewski sądzi, że wyniki stosowania tego lub owego materiału do opatrunku są zależne bardziej od osobistej wprawy lekarza, niż od własności materiału. W przypadkach próchnienia kręgów wyniki można otrzymać równie pomyślne, jak przygotowując gorset na odlewie z gipsu.

Groszlik uważa, że koniecznie trzeba określać ciężar gatunkowy szkła wodnego: winien on wynosić 1,45—1,5. Szkło lżejsze nie zasycha należycie. W każdym razie szkło schnie znacznie wolniej od gipsu, a więc w przypadkach np. złamań z przemieszczeniem odłamów, gdy chodzi o jaknajszybsze unieruchomienie kończyny szkłem wodnym zastąpić nie można gipsu. Nie pomogą w tym razie zalecane przez Orłę deszczułki, ani dodanie kredy lub magnezyi celem przyspieszenia wysychania. W razie popytu, rzecz oczywista, apteki na prowincyi zaopatrzą się w dostateczne ilości materiału.

Orzeł odpowiada, że po dłuższem działaniu wydzieliną na opatrunek ze szkła wodnego tenże przemaka i mięknie, nieprzydatnym jednak się nie staje, gdyż rozmiękanie ma miejsce na niewielkiej przestrzeni; zresztą miękną w tych warunkach i opatrunki gipsowe. Wyniki pomyślne otrzymał mówca w kilkuset najrozmaitszych przypadkach, a nie tylko w gruźlicy stawów. Otrzymać preparat w Warszawie nie jest wcale trudno, a na prowincyi każda apteka sprowadzi na żądanie. Bez porównania łatwiej jest nabyć wprawy w nakładaniu opatrunków ze szkła niż z gipsu, jak to nauczyło mówcę doświadczenie z kilku kolegami, zresztą sam O. dawniej nakładał opatrunki gipsowe, więc wnioski swe opiera na osobistem doświadczeniu w obu kierunkach. Określać ciężaru właściwego szkła wodnego niema potrzeby, wystarcza ocena preparatu na oko. Szkło wodne zasycha nie po kilkunastu lub kilkudziesięciu, lecz po kilku godzinach, a najdalej po 24, jeżeli warstwa bandażu była gruba.

10) Treść odczytu Stróżeńskiego jest następująca. Różni badacze stwierdzili, że w bezwładzie połowicznym ulegają nie wszystkie mięśnie, ale tylko niektóre i to stanowiące grupy fizyologiczne. W kończynie dolnej wyróżniamy dwie takie grupy: mięśnie skracające i wydłużające nogę. Do pierwszej należą zginacze uda i goleni i wyprostne stopy, do drugiej — wyprostne uda i goleni i zginacze stopy. W bezwładzie połowicznym ulega porażeniu poospolicie pierwsza grupa, gdy druga ulega zwykle niewielkiemu osłabieniu. W kończynie górnej prawidłowość jest mniejsza: poospolicie porażony bywa mechanizm otwierający rękę i wykręcający kończyny na zewnątrz. Leczenie mechaniczne polega na stosowaniu ruchów biernych, czynnych i z oporami. W okresie zupełnego bezwładu stosuje się mięsienie i ruchy bierne; gdy następuje poprawa, chory winien wykonywać ruchy czynne jaknajdokładniej i w jaknajszerszych rozmiarach: dodawać wtedy można i opór. Oprócz ruchów prostych chorego trzeba uczyć stać z podtrzymywaniem o kiju i o własnej sile, na dwóch, a później na jednej nodze, wreszcie chodzić. Ćwiczenia odbywać należy kilka razy dziennie, unikając zmęczenia, a przystępować do nich jaknajwcześniej, o ile nie ma przeciwwskazań ze strony serca lub mózgu. Zawroty głowy nie są przeciwwskazaniem. Wyniki leczenia są doskonałe, nawet wtedy, gdy leczenie stosowane jest niedokładnie; ważne jest zwalczanie przygnębienia, w jakim znajdują się tacy chorzy. Leczenie mechaniczne nie wyłącza wszelkich innych zabiegów.

Janowski odzywa się z uznaniem o odczycie; sam pod wpływem prelegenta stosował to leczenie i miał wyniki niewątpliwe. Podobieństwo bez-

władę wróży przyszłość sposobowi; gdyby nawet skutek nie zawsze był dodatni, to jeszcze leczenie mechaniczne usunie powstawanie wtórnych cierpień stawów, przykurczeń i wyprowadzi z apatii zarówno chorych jak lekarzy, zwłaszcza po szpitalach. Na przyszłość przy ocenie nowego sposobu leczenia trzeba będzie liczyć się z zachowaniem odruchów ścięgowych w pierwszych okresach. Gilles de la Tourette bowiem stwierdził, że rokowanie u chorych na bezwład połowiczny z odruchami kolanowymi prawidłowymi jest dobre, z wzmożonymi — niepewne, a z osłabionymi — złe. Jakkolwiek leczenie mechaniczne stosować można zawsze, to jednak przy ocenie materiału należy mieć wzgląd powyższy na uwagę, chorzy bowiem z odruchami prawidłowymi i bez leczenia mechanicznego przyjdą do zdrowia.

S k o w r o Ń s k i sądzi, że leczenie mechaniczne należy stosować w każdym przypadku, nawet tam, gdzie wystąpiły objawy spastyczne, wtedy bowiem inne mięśnie dniają zastępczo.

E. Zapiski lecznicze.

Przy wole (struma) zalecają:

Rp. Kal. jodat. 0,2, Aether 5,0, Sapon liqu. Kalin. 30,0 S. Wieczorem zapędzłować i okryć okładem Priesnitza.

W przypadkach ostrego gościa stawowego zaleca Mosler S a l o f e n. Przy dłuższem stosowaniu wielkich dawek kwasu salicylowego oraz soli tegoż występują, jak wiadomo, nieprzyjemne objawy uboczne, jak mdłości, wymioty, szum w uszach i t. p., które często zniewalają do zaniechania go. W ostrym goście stawowym wystarcza zazwyczaj jedno albo dwudniowe stosowanie kwasu salicylowego w wielkich dawkach 5—8 gr. pro die do usunięcia ataków. Gdy się jednakże potem całkiem zaprzestanie używać salicylu, następuje łatwo recydywa; stosując zaś salicyl choć w mniejszych dawkach przez czas dłuższy, powoduje się łatwo wystąpienie wyżej wspomnianych objawów ubocznych. Dla tego radzi Mosler dawać przez 3—5 dni duże dawki kwasu salicylowego, później zaś przez długi czas salophen (2—3 gr. pro die), który nie powoduje żadnych zaburzeń ze strony żołądka i bywa przez długi czas dobrze znoszony, nie wywołując żadnych objawów ubocznych. (Deutsche med. Wochenschrift 98 No. 35).

Do usunięcia bólu po wyjęciu zęba radzi S c h e u e r wytrzeć alweolę koncentrowanym kwasem karbolowym. (Prag. Med. Woch. 98, No. 21.)

Przy parulis stosuje Stroell zastępujący rozczyn: Rp. Natrii subsulfurosi 4,0, Aqu. dest. 160,0, Sir. simpl. 30,0. Mds. co gddzinę łyżka. W krótkim czasie ból znika i zapalenie ustępuje. (Therap. Woch. 97).

W świerzbiączce (prurigo) kończyn dolnych zaleca Zentler następującą maść: Rp. Naphtol 6,0, Ol. Cadini, sulf. praecip. aa 10,0, Menthol 1,0, Vaselini 100,0.

Przeciw migrenie okazał się Thomsonowi skutecznym błękit metylenu: Rp. Methylen. coerol., Nuc. mosehatae aa 0,1, D. ad caps. gelat S. trzy proszki dziennie. (Pet. med. Wochsehr. 98, No. 22.)

Przeciw fissura ani zaleca się: Rp. Europhen 0,1, Buttyr. Cacao 3,0. Mfd. Suppositorium. (La Presse med. 97.)

Środek przeciw popękany ręką: Rp. Menthol 1,0, Salol 2,0, Olei olivarium 3,0, Lanol. 80,0 S. 2—3 razy dziennie wcierać.

Przeciw świerzbicze zalecają:

Rp. Plumb. acetic. neutral. 0,1

Cocain. muriatic. 0,15

Vasel. alb. 3,0.

Jar.

W utrudnionem oddawaniu moczu skutkiem przerostu gruczołu krokowego operuje prof. Frisch w Wiedniu za pomocą własnego przyrządu. Po wypróżnieniu i zakokainizowaniu pęcherza moczowego wprowadza przyrząd do pęcherza i nacina gruczoł krokowy drutem rozżarzonym za pomocą elektryczności. — W wielu przypadkach wystarcza jedno nacięcie, niekiedy jednak są 3 potrzebne. Wpływ zabiegu jest mechaniczny: przez ubytki wytworzone nacięciem może się mocz wydzielać. Ponownego zrosnięcia się rynienek nie należy się obawiać. (Allg. Wien. med. Ztg. 1898, No. 14.)

Operacyjne leczenie porażenia nerwu sprychowego. Polecone przez Drobniaka próby wyleczenia porażennych zniekształceń — głównie kończyn dolnych — skutkiem rdzeniowych lub mózgowych porażen dziecięcych, za pomocą przyczepiania ścięgien do mięśni zdrowych, zostały prawie wszystkie uwieńczone pomyślnym wynikiem. Otóż tego sposobu operowania użył F. Franke (Braunschweig) także w dwóch przypadkach porażenia nerwu sprychowego u dzieci (paralysis infantilis) z dobrym skutkiem, skracając równocześnie ścięgna. Na leczenie to, stanowiące jedną z najcenniejszych zdobyczy chirurgii ortopedycznej, zwraca F. uwagę także internistów i neurologów, zwłaszcza że dotychczas byliśmy zupełnie prawie bezsilni wobec porażenia nerwu sprychowego mimo pięknych przyrządów szynowych. Powyższa tedy metoda powinna się rozpowszechnić w leczeniu nieuleczalnego porażenia nerwu sprychowego. (Allg. Wien. med. Zeitung 1898, No. 15.)

Objawy otrucia po użyciu korzenia paproci, zwłaszcza w większej dawce, nie są wcale rzadkimi, głównie jeżeli wprzód już osłabiono ustrój leczeniem przygotowawczem (głodzeniem). Dr. Oskar Zabel z Petersburga donosi o otruciu, spostrzeganem u 5-cio letniego chłopca, któremu lekarz po przygotowawczem głodzeniu zapisał: extr. filicis maris aeth. 0,8 Mel. depurati 8,0 zażyć w 2 porcjach, poczem wypić 15 gr. olejku rącznikowego. Już po 5 godz. popadł chory w śpiączkę, trwającą przeszło 4 dni; wymioty; dopiero 7-go dnia przyszło dziecko do siebie. Także u dorosłych, a szczególnie u histerycznych kobiet, widział Z. po 2 gm. wyciągu paproci gwałtowne objawy nerwowe. Z. przekonał się, że przygotowawcze głodzenie jest zupełnie zbyt cennym. Osłabia ono tylko ustrój i wzmacnia nasilenie działania korzenia paproci na mózg. Ponieważ działanie tego środka ma być czysto miejscowe, więc wessanie jego nie jest pożądanem, wystarcza skąpa dyeta w przededniu. U dzieci źle odżywionych, nerwowych, najlepiej zaniechać całkiem tego leczenia, podać tylko małe dawki lub zastąpić paproć innymi przetworami. Berl. klin. Woch. 1897, No 45.

Bf.

F. Rozmaitości.

* W pracy Dr. Piska ze Lwowa p. t. »Badania wstępne nad przyczynami promienienia bólów sercowych ku lewej kończynie górnej« opuszczono przez pomyłkę nagłówek: Z pracowni fizjologicznej prof. Dr. Becka.

* Polski komitet dla XIII międzynarodowego kongresu lekarskiego w Paryżu ukonstytuował się w Krakowie w mieszkaniu redczy dworu prof. dr. Korczyńskiego. Prezesem komitetu wybrany został radzca dworu prof. dr. Edward Korczyński; wiceprezesem radzca zdrowia prof. dr. Bolesław Wicherek; sekretarzem dr. August Kwaśnicki, redaktor »Przegl. Lekarsk.«

W skład komitetu wchodzi reprezentanci każdego z trzech zaborów. Komisarzem na dzielnicę do Prus należącą jest Dr. Heliodor Święciecki, na którego ręce lekarze chcący brać udział w kongresie międzynarodowym zechcą przysłać tytuły i streszczenia swych prac naukowych. R.

* *Surowica przeciwbłonicza* prof. O. Bujwida. Zakład higieny Uniwers. Jagiell. w Krakowie, w którym prof. Bujwid od lat 4 pracuje nad doświadczeniami z dziedziny seroterapii, wytwarza obecnie silną surowicę przeciwbłonieczą, która w Galicyi, Król. Polskiem, Czechach, Morawach i w Rosyi znajduje coraz szersze zastosowanie. Surowica jest wytwarzaną w postaci jednolitej bez dodawania środków antyseptycznych o sile 1000 jednostek we flaszeczce zawierającej 5 cent. sześć. Ilość ta bardzo wygodna ze względu na objętość do wstrzykiwań za pomocą zwykłej nawet strzykawki, może być jeszcze zmniejszoną do 2--3 cent. sześć. zapomocą właściwej metody niedawno ogłoszonej a polegającej na wymrażaniu wody, przyczem antytoksyna znacznie się stęży.

* *Z Cieplic Trenczyńskich* donoszą nam, że w miesiącu wrześniu można tam za 3 floreny dziennie mieć pokój i wikt i codzienne kąpiele. Także i wodolecznicze kąpiele wraz z zupełnem utrzymaniem można mieć w tym czasie za te same pieniądze. R.

* *Sądowe znaczenie obrażeń porodowych*. Według Krattera są obrażenia te już to naturalne, sprawą porodową spowodowane uszkodzenia rodzącego się dziecka, już też powstałe przez niedozwolony zabieg lub karygodną niezręczność, w końcu należą tu jeszcze czysto kryminalne uszkodzenia porodowe. Kratter opisuje 6 własnych spostrzeżeń: 1. Usiłowanie otworzenia pęcherza płodowego przez akuszerki wiejskie; poprzedzającą główkę uważały za pęcherz i zraniły ją, nacinając nożyczkami, dwa razy ciężko; po porodzie zeszyto rany nitką; śmierć skutkiem ropnego zapalenia opon mózgowych. 2. Złamanie kości przy usiłowanym przez babkę obrocie. 3. Zgniecenie ograniczone czaszki skutkiem przebicia pęcherza — obok pęknięć wątroby i płuc skutkiem ucisku ręcznego. 4. Bruzda strangulacyjna przy dobrowolnem poronieniu, powstała na czole i tyłogłowie przez ucisk ust macicznych. 5. Oderwanie nóg i pępowniny przez matkę płodu niedojrzałego mimowolnie podczas bólu. 6. Oderwanie kręgosłupa, pęknięcia wątroby, skóry nóg, skutkiem usiłowanego przez położną wydobyć płodu niedonoszonego. *Vierteljahrsch. f. gericht. Med. etc. 1897 Z. 2.*

* *Pollakisuria urica*. O. Kraus w Karlsbadzie dochodzi do następujących wniosków: W rozmaitych stanach chorobowych, prowadzących podwyższenie pobudliwości pęcherza moczowego, w szczególności zaś w ogólnej neurastenii, w zmianach prostaty lub po ustąpieniu spraw zapalnych w pęcherzu, może silne wydzielanie się kwasu moczowego (diathesis urica) spowodować częste moczzenie (pollakisuria), które bywa często w takim stopniu, że stan chorych staje się nieznośnym. Jeżeli zwalczamy skutecznie to wydzielanie się kwasu moczowego (n. p. przez stosowanie alkalicznych wód mineralnych), znika też pollakiuria by wrócić na nowo z pokazywaniem się kwasu moczowego w osadzie. Fakt ten posiada wielkie znaczenie praktyczne. Zapobiega mianowicie uciekaniu się do tak doszczętnych zabiegów, jak np. resectio vasorum deferentium, które proponowano jednemu z chorych autora. *Allg. Wien. med. Ztg. 1898, Nr.-9.*

* *Prawo Collesa*. Hochsinger (Wiedeń) podaje następujące tezy: 1) Zdrowe kobiety ciężarne od mężów sifilitycznych, mogą urodzić kiłowe dzieci, przytem jednak być wolnymi przez całe życie od kiły. 2) Kobieta mająca płód od ojca kiłowego, sama zaś uchroniona od zarażenia się przez zetknięcie (Contact-Infection) z płodzącym, nabywa przez samą ciążę odporności przeciw kile, co było podstawą prawa Collesa. 3) Collesowskie uodpornienie matki jest skutkiem przejścia uodporniających istot z płodu przez nasienie zakażonego na zdrową matkę i właśnie dla tego nie jest bezwzględne. 4) Wyjątek od prawa Collesa dotyczy kobiet, którym z powodów, nie zawsze zrozumiałych, wcielone zostały, tylko niedostateczne ilości ciał uodporniających podczas ciąży. 5) Wsteczne

zakażenie matki przez płód nasieniem zarażonego, t. z. *choc en retour*, jest, w jakiegokolwiek postaci przyjęte (*Syphilis par conception*, *Tertiarisme d'emblée*), — klinicznie nie stwierdzonem a teoretycznie trudnem do udowodnienia. *Allg. Wr. med. Ztg.* 1898, Nr. 7.

* *Anchylostomiasis*. Austriackie ministerstwo dla spraw wewnętrznych wydało odpowiednie rozporządzenia sanitarno-policyjne, skierowane przeciw powyższej chorobie a to, ponieważ rząd niemiecki stara się ograniczyć napływ obcych górników, nie przepuszczając przez granicę dotkniętych tem cierpieniem lub też wydalać natychmiast górników po stwierdzeniu go u nich. Prof. *Nothnagel*, przedstawiając w klinicznym wykładzie górnika wydalonego z Niemiec, gdy badanie wykazało w jego kale jajka *anchylostoma duodenale*, zwrócił uwagę na to, że przeciw tym czerwiom jelitowym nie należy dawać *semen Cinae*, względnie *santoniny*, skutkującej tak znakomicie przeciw glistom. Najlepszym za to lekiem przeciw *anchylostomiasis* jest *extr. filicis mar. aether.*; zawsze w recepcie dodać należy: «*e radice recente parat.*!» Nadto skutkują jeszcze; *cortex radicis Punicae Granati* i *tymol.* Nie radzi N. po wyciągu paproci eterowym dawać olejku rącznikowego, gdyż ten ułatwia dostawanie się trucizny (leku) z jelit do krwi a poleca zato wodę gorzką do pobudzenia ruchu robaczkowego i do lepszego wydalania czerwia. *Allg. Wien. med. Ztg.* 1898, Nr. 14

* *Nerwice w następstwie kiły*. Dotychczas uważamy tylko niektóre postacie zapalenia rdzenia pachecznego i nerwów jako będące z kiłą w związku. Według *O. Dornblüha* w Rostoku są także inne nerwice, jak *neurastenia*, *macinnica*, *padaczka* do pewnego stopnia od kiły zawisłemi. *Neurastenia*, na podstawie kiłowej stawiają opór zwykłemu leczeniu a po leczeniu przeciwkiłowem szybko ustępują. *Idyotyzm* nawet i t. zw. »*nerwowe usposobienie*«, przydarzające się często jako następstwo kiły dziedzicznej, ustąpić mogą przy leczeniu rtercią. W 3 przyp. *padaczki* osiągnął D. bardzo dobre wyniki leczeniem przeciwkiłowem. We wszystkich przypadkach nerwic kiłowych, tak nabytych jak i odziedziczonych, osiąga się rtercią najlepsze wyniki, podczas gdy *jodek potasowy* często żadnego nie wywiera wpływu. *Münch. med. Woch.* 1897. Nr. 42.

* *Kiła złośliwa*. Prof. *Tarnowski* dostarczył dowodu bakteriologicznego na to, że w postaciach *syphilis pustulosa*, względnie *malignae* współdziałają drobnoustroje ropotwórcze, że więc postacie te tworzą wytwory zakażenia mieszanego; podstawowy i znamieny objaw kiły złośliwej stanowi wczesne występowanie tej ciężkiej postaci kiły, co — nie mówiąc o szybkości przebiegu i dążności do rozpadu — jest, jak i występowanie *pyemicznego zakażenia całego ustroju*, niewyjaśnionem. Przyczyny należy szukać według zdania prof. *I. Neumanna* (Wiedeń) w szczególnej budowie tkanek w pierwszej linii, zwłaszcza, że stwierdzono, że tkanki u różnych osób rozmaicie oddziałują na działanie tych samych postaci prątkowych. Te osobnicze stosunki mogą naturalnie istnieć już przy pierwszym zakażeniu się kiłą lub występować w każdym okresie sprawy kiłowej, kiła więc może w początku i w każdym okresie przyjąć znamię złośliwości. *Jahrb. d. Wien. Krankenanstalten.*

* *Znaczenie pyłu na podłogach*. *Kelsch* mówił w paryskiej *Académie de médecine* o chorobotwórczem znaczeniu kurzu podłóg na podstawie bakteriologicznych badań, przeprowadzonych z kurzem koszarowym i szpitalnym. Z wyjątkiem *cholery* i *duru brzuszego* zawiera kurz podłóg bodźce chorobowe najważniejszych zakażeń, jak ostrych chorób wysypkowych, błonicy, zapalenia płuc a szczególnie *gruźlicy*. Przy higienicznym urządzeniu mieszkań dla ludu powinno się mieć na oku warunki czystości podłóg, jak zaopatrzenie w dobrą wodę do picia. K. poleca więc wprowadzony już w niektórych koszarach przez franc. zarząd wojskowy system pokrywania podłóg dziegiem. *Laverañ* dodaje, że podłoga wtedy tylko odpowiada wymogom higienicznym, jeśli pokryta powłoką asfaltu lub w ogóle nie sporządzona z desek. *Allg. Wien. med. Ztg.* 1898, Nr. 15.

Bf.

* *Nieludzkie kule wojenne.* Prof. Bruno z Tybingi mówił na zjeździe chirurgów niem. ostatnim o pociskach (projectiles) używanych w angielskim wojsku w Indjach; póki one były całkiem pokryte niklowym płaszczem, mało padało nieprzyjaciela; żołnierze wtedy sami wzięli się na sposób; odpiłowali spiczasty ich koniec a władza wojskowa, widząc skutek tej drobnej zmiany, zastosowała ją wnet pod nazwą dum-dum. Prof. Bruno wypróbował działanie tych kul na trupach w odległości 25—50 m. i przekonał się o strasznych spustoszeniach, jakie sprawiają. Otworu wejścia zwykle rozpoznać nie było można, rana jest na dłoń dużą i zapełnioną kawałkami ołowiu i niklu, mięśnie zmiażdżone, skóra jakby na rzemienie pocięta, kości duże kawałki wybite. Wygląda to, jakby od kuli armatniej. Przyczyną tych strasznych spustoszeń jest to, że ołów, trafiając na opór, wylazi przez odcięty koniec płaszcza niklowego i rozłupuje go, działanie więc takie, jak kul wybuchających; a przecież wedle konwencji petersburskiej z r. 1868 zakazaniem jest używanie pocisków wybuchających i zapalających poniżej 400 gramów wagi. — Niemcy powinny wziąć teraz inicjatywę do zwołania nowej konwencji dla zakazania pocisków mało kalibrowych ołowianych bez płaszcza.

* *Proces Collinsa w Londynie.* Dr. Collins, lekarz z najbardziej znanych w wysokim towarzystwie (high life) londyńskim, skazanym został na 7 lat ciężkiego więzienia. Przyczyną tego było śmiertelne zejście mężatki, która się do niego udała, chcąc się pozbyć płodu. Osoba ta umarła na peritonitis perforativa. Mimo obrony adwokata, że tu nie zachodził mord i że lekarzowi zależało najwięcej na zachowaniu zdrowia swej pacjentki, sędziowie przysięgli znali Dr. Collinsa winnym zabicia. Odtąd zwrócono w Londynie pilniejsze oko na t. zw. aborzyonistów i zdaje się, że wkrótce podobny wyrok znów zapadnie w innym przypadku. Opinia publiczna ogromnie jest faktem odkrycia tego wzburzona, nie pomna, że w gazetach co dzień znajdują się ogłoszenia pigułek i napojów tylko dla dam w celu pewnego usunięcia wszelkich nieregularności i przeszkód.

* *Nadzór fuszerki lekarników* (Kurpfuscherei) w Berlinie. Pod tym tytułem wydał Dr. Springfield interesującą pracę, że w samym Berlinie wiedziała policja w r. 1897 o 476 fuszerach, czyli że znanych policyi fuszerów było 1 na 4,6 lekarzy. Od r. 1870 wzmogła się liczba mieszkańców Berlina o 61%, lekarzy o 172%, fuszerów o 1600%. Okazuje się, że się 12 15% aptekarzy systematycznie zajmuje się leczeniem; zajmują się nadto drogiści, akuszerki i t. zw. Heilgehilfe. Dalej zajmują się nimi golibrodzi, piekarze, cygarnicy, kucharze, szewcy, zecerzy, aktorowie, nauczyciele, mechanicy i t. p. 20% fuszerów było robotnikami; 40% należało do rzemieślników, 16% do kupców, 24% do stanów, które pewne wykształcenie otrzymały. 29% mężczyzn fuszerujących było już karanych za różne przestępstwa; także 14,5% kobiet. Niektórzy z nich, jak n. p. były adwokat Glünicke, który zakończył życie samobójstwem, leczył tysiące osób z klas nawet wyższych. Okazuje się, że fuszerstwo w Niemczech jest zorganizowane, ma stowarzyszenia, do których należą płacący udział członkowie, ma statuta, czasopisma swoje (w Berlinie aż 6), zakłady, polikliniki, miejsca kąpielowe. Najwięcej członków bo aż 72,000, z tego 28,000 w Berlinie, liczy Deutscher Bund der Naturarzte und Naturheilkundigen, którego organem jest Naturarzt. Także i polskie pismo podobnej tendencji wychodziło z. r. w Berlinie.

Springfield wzywa lekarzy i izby lekarskie szczególnie do walki z rosnącym coraz więcej fuszerstwem i proponuje rozporządzenie policyjne w 7 paragrafach, od którego spodziewa się ukrócenia tej plagi.

F.

G. Sprawy zawodowe.

Gdy dawniejszy referent spraw tyczących zawodu lekarskiego umilkł, korzystam z łaskawego zawezwania Redakcyi »Nowin lek.« i odtąd regularnie omawiać je będę. Najważniejszą dziś sprawą jest projekt reorganizacyi urzędów lekarskich (Medizinalreform), podany przez ministerium oświaty, który przedłożony będzie już w najbliższym czasie zebranej Izbie poselskiej; dziwna rzecz, że Rząd, utworzywszy Izby lekarskie, jako urzęda doradcze, nie uważał za stosowne przedłożyć im ten projekt i wysłuchać ich zdania. Izby jednakże wszystkie go przedyskutowały i oceniły, wyrażając swe zdanie o nim, a proponując zmiany, odpowiadające wymogom stanu lekarskiego, do których ocenienia niezaprzeczenie są kompetentni. Wydział zaś Izb lekarskich 22 listopada jeszcze raz sprawę tę omówi, opierając się już na rezolucyach pojedynczych Izb, poczem sprawa ta będzie następnego dnia jeszcze przedmiotem obrad t. zw. Deputacyi naukowój. Pomijam projekt ministerjalny pierwotny, którego pierwsza publikacja nastąpiła w Berliner Aerzte-Correspondenz z dnia 12 kwietnia 1897, ponieważ uległ zmianie a pomieszczam tu w całości projekt drugi, którego ogłoszenie nastąpiło w »Schlesische Ztg.«, a powtórzenie w »Kölnische Ztg.« z dnia 23 maja r. b.

§ 1. Rządowym urzędnikiem zdrowia w powiecie jest lekarz powiatowy. Jest doradcą technicznym władcy ziemiańskiego, a podlega bezpośrednio prezesowi regencyjnemu, w Berlinie zaś prezesowi policyi. Radzca ziemiański zachowuje w sprawach tyczących zdrowotności wszelkie dotychczas wedle istniejącego prawa przynależne mu funkcye. § 2. Do zamianowania lekarza powiatowego konieczne: a) wykazanie aprobacyi na lekarza, b) złożenie egzaminu na lekarza powiatowego, c) upływu stosownego czasu po uzyskaniu aprobacyi lekarskiej. Minister dla spraw lekarskich obsadza urzęda lekarzy powiatowych. § 3. Płaca lekarza uprawnia do pensyi po złożeniu urzędu. § 4. Mniejsze powiaty mogą być połączone w obwód pod jednym lekarzem powiatowym. Również wielki powiat może być podzielony na kilka obwodów z osobnymi lekarzami powiatowymi. W ogóle każdy powiat jest zarazem w swych granicach obwodem lekarza powiatowego. § 5. Obowiązki lekarza powiatowego: Na wezwanie odnośnych władz wydaje on sąd w sprawach tyczących zdrowotności, również na prośbę wydziału lub sejmiku powiatowego lub też przewodniczącego tych korporacyi ma brać udział w ich posiedzeniach z głosem doradczym, b) Baczyc ma na stosunki zdrowotne swego powiatu, a stale na ludność działać pouczająco i oświecająco, c) Czuwać winien nad przeprowadzeniem ustaw prawnych i rozporządzeń dla zdrowotności, a wykonywać nadzór w interesie zdrowotności wedle istniejących przepisów nad leczniczymi zakładami i innemi instytucyami, również nad aptekami, akuszerkami, fclczerni i innymi osobami zajętemi sprawami zdrowotnemi, d) władzom odnośnym przedstawiać ma ku usunięciu wszelkie niedomagania, a zalecać środki stosowne do publicznej zdrowotności. § 6. Radzca ziemiański, władze policyjne miejscowe mają przed wydaniem przepisów, tyczących zdrowotności, wpierv wysłuchać zdania i sądu lekarza powiatowego. Gdyby dla nagłości, zanim zapytano lekarza powiatowego, został wydany jakiś przepis, winno to być natychmiast jemu doniesionem. § 7. W razie niebezpieczeństwa dla zwłoki, gdyby porozumienie z władzą policyjną nie było już możebnem, może lekarz powiatowy zarządzić tymczasowe przepisy zapobiegawcze i do stwierdzenia, obrony i przytłumienia choroby zaraźliwej. W tych wypadkach jest przewodniczący miejscowości odnośnej zobowiązany, przepisy lekarza powiatowego wykonać. Przepisy te tymczasowych zarządzeń winny być interesowanym protokularynie lub piśmiennem rozporządzeniem obwieszczane. O tymczasowych zarządzeniach ma być radzcy ziemiańskiemu lub władzy poli-

cyjnej natychmiast doniesieniem. Ktoby działał przeciw tymczasowym przepisom lekarza powiatowego lub władzy miejscowej, podlega, jeżeli w zastosowanie nie wchodzi § 527 państwowego prawa karnego, karze pieniężnej do 150 marek albo więzieniu. § 8. Lekarz powiatowy jest lekarzem sądowym swego obwodu. Gdzie zaś szczególne stosunki tego wymagają, mogą funkcyje lekarzy sądowych być oddane poszczególnym lekarzom sądowym.

Komisya zdrowotna.

§ 9. Dla każdego miasta, liczącego ponad 5000 mieszkańców, ma być utworzoną komisya zdrowotna. Skład i utworzenie komisyi wykonywa się wedle ustaw miejskich dla tworzenia komisyi. Prawne przepisy dla przyjmowania lub odmawiania przyjęcia obowiązków urzędów gminnych mają być uwzględniane, wykonywanie jednakże praktyki lekarskiej nie uprawnia do odmowy. Lekarz powiatowy bierze udział z pełnym głosem i przewodniczy w rozprawach. § 10. Komisji zdrowotnej zadaniem jest: a) wydawanie opinii na wszelkie pytania przychodzące od radzcy ziemiańskiego, policji i przełożonego gminy, b) Stawianie tym władzom propozycji w sprawach dotyczących zdrowotności. § 11. Radzca ziemiański i władza miejscowa policyjna mają przed wydawaniem przepisów dotyczących zdrowotności wprerw wysłuchać zdania tej komisji. Gdyby dla nagłości tego zaniechano, wypada o wydaniu takich przepisów natychmiast komisji donieść. § 12. W miastach o 5000 lub mniej mieszkańców może być komisya zdrowotna urządzoną. Musi zaś być urządzoną na żądanie prezesa regencyi. Przepisy § 9 oddział 2 winny być w tym razie zastosowane. W gminach wiejskich może być przez radzcę ziemiańskiego w porozumieniu z wydziałem powiatowym otworzenie komisji zdrowotnej nakazanem. Radzca ziemiański ma prawo zarządzenia składu, liczby i działalności komisji. Członkowie wykonują obowiązki jako urzędnicy honorowi. Do komisji w ustępie 1 i 2 określonych zastosowuje się przepisy w § 9, ustęp 5 i w §§ 10 i 11, do komisji zaś w ustępie 2 przepis w § 9, ustęp 2, zdaniu 2 pomieszczone.

Postanowienia przejściowe i wykonawcze.

§ 13. Kolegia medycynalne prowincjonalne, fizykaty i chirurgaty powiatowe się znoszą w § 14. Urzędnicy lekarscy, którzy przy zaprowadzeniu tego prawa nie będą do służby powołani, pozostaną przez 5 lat do dyspozycji odnośnego ministra i prowadzeni będą przy szczegółowym etacie. Pensye pobierać będą przez ten czas całkowite. Urzędnicy, którzyby przez ten czas do służby nie byli powołani, ustępują w stan spoczynku i otrzymują bez względu na czas służby pensyą w wysokości dwóch trzecich dotychczasowej. § 15. Komisye sanitarne z ustawy z dnia 8. sierpnia 1855 się znoszą. § 16. Prawo obecne nabiera mocy od Minister spraw lekarskich wyda wspólnie, o ile resort ministra finansów i spraw wewnętrznych z tem w związku stoi, razem z tymiż potrzebne przepisy do zaprowadzenia tego prawa.

Po ukazaniu się pierwotnego projektu ministeryalnego, którego, ponieważ przez drugi właściwie jest unieważniony, tu nie powtórzyliśmy, pierwsze Towarzystwo pruskich urzędników lekarskich go przedyskutowało i ułożyło projekt do ustawy, jaki członkom tegoż towarzystwa najstosowniejszym się wydawał. Tezy tego Towarzystwa służyłyby Izbowi lekarskiemu za podstawę do dyskusji, a wszystkie na nie się prawie w całej osnowie zgodziły. Podajemy teraz różnicę projektu rządowego a projektu Towarzystwa urzędników lekarskich, resp. Izby, dotykając tylko tych paragrafów, które w nowym projekcie nie zgadzają się z żądaniami Tow. urzędników lekarskich i Izby lekarskich.

Tow. urzędników lekarskich pruskich a z niem zgodnie Izba lekarskie żądają, aby w § 2 wyraźnie zamiast »po upływie stosownego czasu,« pomieszczono »w 5 lat po złożeniu egzaminu krajowego.«

§ 5. a) Ma być dodanem, że tylko w takich posiedzeniach zawezwany lekarz powiatowy brać ma udział, w których na porządku obrad stoją sprawy publicznej zdrowotności dotyczące. Do ustępu b) winno być dodane, że lekarz powiatowy i bez szczególnego polecenia (a więc z własnej woli i oceny) ma po powiecie jeździć. Nadto mają być obowiązki lekarza jeszcze więcej rozszerzone przez to, że musi przyjąć obowiązek czuwania nad partaczami. Jego rzeczą jest zbieranie materiału dla lekarskiej statystyki, zbadania klimatycznych, różnych, wodnych i t. p. stosunków swego obwodu, jako i zarobkowych, życiowych i społecznych stosunków mieszkańców obwodu, odwiedzanie peryodyczne pojedynczych miejscowości dla przekonania się o ich stosunkach zdrowotnych, czuwanie nad higieną mieszkań i czystością, nad wodą i jej przypływami, nad środkami spożywczymi, nad higieną rzemiosł, szkół, więzień, nad dziećmi oddanymi do pielęgnowania, wreszcie nad wszystkimi zakładami. Lekarz powiatowy wystawia świadectwa, osądza wszelkie likwidacje lekarzy, aptekarzy, akuserek i t. d., skoro są płatne z kasy rządowej. Winien prowadzić registraturę i zdawać sprawę z swych urzędowych czynności.

Za te wszystkie czynności cóż ma pobierać lekarz powiatowy? Czy pensya ma wystarczać na zupełne, stósowne utrzymanie? Czy ma poza urzędem jeszcze móżdź praktykować, czy może ma być wskazanym nawet na podejmowanie praktyki? Gdy pierwotny projekt zawierał wyraźne określenie, że lekarz powiatowy ma być urzędnikiem powiatowym z pełną pensją, z dodatkiem na mieszkanie, z pensją po ustąpieniu z urzędu, z prawem zapomogi dla wdowy i sierot, z wynagrodzeniem na wydatki urzędowe, z dozwoloną tylko praktyką konsultacyjną, projekt drugi w § 3 tylko zaznacza, że ma prawo do pensyi, — naturalnie po słusznem złożeniu urzędu. Jest to może największy szkopał, z którego nie tak łatwo będzie wybrnąć, bo żądanie reprezentacyi lekarskich wymaga ścisłych w tym kierunku określeń, robiących lekarzy powiatowych zupełnymi urzędnikami powiatowymi, z wszystkimi takowym służącymi prawami. Podwyżka pensyi lekarzy powiatowych o kilkaset marek bez innych wynagrodzeń, jakich urzędnicy zażywają, wzbronienie im podejmowania z własnego powodu podróży inspekcyjnych itd. byłoby to samo, co pozostawienie urzędów lekarskich w dawnym, dziś już nieodpowiednim stanie. To też Tow. urzędników lekarskich, a z niem Izby lekarskie wymagają, aby płaca, jako i wstrzymanie się od praktyki prywatnej były unormowane i prawem nakazane, jak tego pierwotny żądał projekt. Nadto uzupełnia się ten ustęp tem, że opłaty za czynności lekarzy prywatnych płyną do kasy państwowej, co znów im nadaje charakter rzeczywistych urzędników państwowych. Dodani lekarzom powiatowym w razie potrzeby asystenci, pobierający tylko pewne, ich pracy odpowiednie wynagrodzenie, mogą się zajmować praktyką.

Z trzecim rozdziałem projektowanej ustawy, tj. co do Tow. urzędników lekarskich: Izby lekarskie się nie godzą zupełnie, a sądzić można, także i ogół lekarzy. Projekt pierwszy, chcący znieść kolegia medycynalne prowincjonalne, zostawiał radcę rejencyjnego medycynalnego, projekt zaś drugi go usuwa. Zdaniem zaś obu przytoczonych instytucyi urzędnik ten pozostać winien, a miałby przeznaczone wykonanie zleceń naczelnego prezesa, przyczem winien mieć stanowisko samodzielniejsze. W razie przeciążenia pracą dodać mu można pomocników. Praktyki prywatnej nie wolno mu podejmować.

Wykazawszy różnice zawarte w projektach ministeryalnym a Towarzystwa urzędników lekarskich, nie mamy potrzeby robić jeszcze uwag, bo modyfikacye ostatniego same za sobą przemawiają, a jeśli nie mają odpowiedzieć żądaniom, to przynajmniej życzeniom lekarzy odpowiadają. Urzędnicy dotychczasowi sami, opierając się na własnem doświadczeniu, po skrupulatnej rozprawie ustawiali paragrafy, reprezentacye prowincjonalne, Izby lekarskie je aprobowwały, to też miejmy nadzieję, że rząd, o ile to się z jego zapatrywaniem, jego doświadczeniem i sądem połączyć da, zrobi jeszcze zmiany w swym projekcie, za-

nim go Izbie poselskiej przedłoży, zwłaszcza, gdy jeszcze prawdopodobnie za projektem Towarzystwa urzędników lekarskich Deputacja nauk, w której zebraniu tym razem także biorą udział delegaci Izb lekarskich, się oświadczy.

Z reformą władz lekarskich ściśle też jeszcze połączoną jest kwestya odłączenia spraw lekarskich od ministerium oświaty, a przyłączenia ich znów do ministerium spraw wewnętrznych. Dawniej tak też było, bo dopiero od r. 1849 przekazano sprawy lekarskie ministerium oświaty, gdy przedtem stanowiły dział ministerium spraw wewnętrznych.

Rząd, zdaje się, nie jest zupełnie nieprzychylnym tej sprawie, choć sam wielkie widzi trudności. Minister oświaty w Izbie poselskiej w dniu 7 marca rb. zapewniał, że myśl ta już była rozbierana, że jednakże w każdym razie odłączenie nastąpić zaraz by nie mogło, chyba po zaprowadzeniu całej reformy urzędów lekarskich, którą się sam zajmuje, dla której cały potrzebny materiał zbierał i zbiera.

Pytanie, co dla lekarzy będzie lepszym, czy stan obecny, czy też projektowany, rzeczywiście nie łatwym jest do rozwiązania. Dużo mówi za zachowaniem pierwszego, dużo znów za przeniesieniem spraw lekarskich do ministerium dla spraw wewnętrznych, bardzo wiele znów, o czym jeszcze się rozwiódę, za utworzeniem nowego ministerium, osobnego dla spraw lekarskich, jak już istnieje ministerium sprawiedliwości dla spraw prawnych.

Mówią, że minister oświaty jest tak pracą obciążony, że trzeba mu jej odebrać — tymczasem sam minister wyrzekł, że podołać może. Zresztą nie trudnem by pewno było, dobrać kilku urzędników, zwłaszcza Dyrektora w osobie lekarza, aby temu obciążeniu zapobiedz. Ponieważ zwykle minister dla spraw wewnętrznych, twierdzi się dalej, pochodzi z partii konserwatywnej, która się przeciwną wszelkiej reformie okazuje, mogłaby więc cała reforma być na szwank wystawiona. Słusznie też pragnąć trzeba, aby stan nauki stał pod ministerium oświaty, w którym zasiadają ludzie fachowi, a dalej znawcy i najwięksi prawnicy na polu higieny, nauki w powszych dopiero czasach do poważnych wyników doprowadzającej, której celem popierać najszczytniejsze lekarzy zadanie — chowania ludzkości od chorób. Z drugiej jednakże znów strony jest rzeczą ministerium spraw wewnętrznych dopilnować, aby przepisy przez higienę wskazane były wykonane. A tu znów lekarz jest niejako tym doradcą władz komunalnych, tym stróżem nad dokładnem wykonaniem wymogów zdrowotnych. Lekarz więc staje się urzędnikiem, którego najwyższą w tym razie władzę stanowi ministerium dla spraw wewnętrznych, któremu wszelkie sprawy policyjne i komunalne podlegają. Zawisłym jednakże od tego ministerium pozostaje tylko lekarz jako urzędnik, gdyby jednakże sprawy lekarskie w zupełności jemu zostały oddane, stałby się każdy lekarz zawisłym od tego ministerium, czego wielu lekarzy się lęka, uważając, że ich zapatrywania polityczne uległyby cenzurze. Tymczasem nie trzeba tego zapoznawać, że rzeczywiście lekarz z ministerium oświaty żadnego nie ma zetknięcia, gdy z ministerium dla spraw wewnętrznych w stałym stoi stosunku, mając ciągle do czynienia z jemu podwładnymi władzami. Za ledwie lekarz podjął praktykę, przedłożyć musi swe papiery fizykowi, meldować musi policyjnej władzy przypadki chorób zakaźnych, władz komunalnych prosić musi o zezwolenie na założenie kliniki, sanatorium, zakładu dla obłąkanych itd. Izba lekarska stoi w stosunku zawisłości nie z ministerium oświaty, lecz z naczelnym prezesem, a nawet urzędnik przewidziany do sądów honorowych lekarskich ma być powoływany z administracyi. Takich pro et contra możnaby jeszcze wiele przytoczyć; przyszłość okaże, które, jako silniejsze, na decydujące koła wpłyną. Gdyby jednakże nastąpiło przekazanie spraw lekarskich do ministerium spraw wewnętrznych, życzyć sobie wypada, aby dyrektorem tego oddziału był lekarz, jak w innych oddziałach wszędzie fachowy urzędnik to miejsce zajmuje. Według zdania ogółu lekarzy, czy piastujących lub niepiastujących urzędu, najkorzystniwszem było by, gdyby urzędzonym zostało

osobne ministerium dla spraw lekarskich. Ministerium takie, złożone głównie z osób stanu lekarskiego, któreby zawiadywało wszystkimi lekarskimi instytucjami, któreby najlepszy mieć mogło pogląd na sprawy lekarskie, miałoby zarazem najlepszy sąd o środkach służących ku podniesieniu stanu lekarskiego, ku dźwignięciu jego etycznego a i materialnego poziomu.

Ku podniesieniu pierwszego toczą się już rozprawy, omawiają się już projekta, dotyczące rozszerzenia kompetencji i środków kary dla sądów honorowych przy Izbach lekarskich, do których podjęte dało ministerium oświaty, o czem w przyszłym numerze bliżej się rozwiedzimy.

Koehler.

KRONIKA ŻAŁOBNA.

† **Sp. dr. Stanisław Kondratowicz** zmarł w ostatnich dniach Października w Monachium, dokąd się był udał dla poratowania własnego zdrowia. Był to jeden z najzdolniejszych i najczynniejszych lekarzy warszawskich. Urodzony r. 1850 w Warszawie, ukończył tamże studia, zdobył złoty medal za rozprawę i stypendyum na studia za granicą, zkaż pawróciwszy, otrzymał stopień doktora medycyny. Zajmował się ginekologią i napisał nie małą ilość rozpraw dotyczących ginekologii i akuszerii, które umieszczał w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego lub w Gazecie Lekarskiej, której od wiele lat był wydawcą. Redakcja Nowin Lekarskich traci w nim przyjaciela, który zawsze był gotów oddawać usługi. Cześć jego pamięci!

Nadesłano Redakcyi.

Dr. L. Kadler z Warszawy: O środkach ochronnych od chorób wenerycznych (przystępne dla ogółu). Wydanie II. Warszawa. Nakładem Dubowskiego i Gajewskiego.

Dr. S. Ciechanowski: Listy z Paryża (odbitka »Przegl. lek. 1898).

Tenże: Kilka uwag o t. zw. przeroście kruczołu krokowego (odbitka z Przeglądu Lekarskiego).

Tenże: Badania wstępne do poszukiwań ilości antymonu w różnych narządach ustroju w przypadkach otrucia (odbitka z Gaz. Lek. 1898).

Prof. Dr. Wicherkievicz: różne odbitki: »Ueber recidivirende traumatische Hornhautneuralgie.

Tenże: Xeroform in der Augentherapie zur resorbirenden Wirkung des Jodkali bei Staaroperationen.

Z doświadczeń własnych nad leczeniem operacyjnem odwinięcia powieki dolnej. Meine Erfahrungen ueber das Protargol.

Wiadomości osobowe.

Do Poznania przesiedlili się Dr. Jerzy Friedlander z Berlina i Dr. Mikołaj van Fewsam z Wrocławia.

Z powodu od redakcyi niezależnych okoliczności, numer niniejszy się opóźnił.

DZIAŁ OGŁOSZEŃ.

Ogłoszenia przyjmuje **Stanisław Trzeciakowski**, Poznań, **Św. Marcin 61.**
Cała strona kosztuje 65 Mk. — pół strony 35 Mk. — ćwierć strony 20 Mk. —
ósemka strony 12 Mk.

Przy więcejrazowych ogłoszeniach udziela się stosownego rabatu.



„Zdrowie”



Miesięcznik poświęcony higienie publicznej i prywatnej.

Wychodzić będzie w r. 1898 (tom XIV) w **znacznie większej objętości** pod redakcją **J. Polaka.**

Cena z przesyłką pocztową: rocznie Mk. 10, półrocznie Mk. 5 (Rubli 5 i 2 kop. 50.)

Adres Redakcyi: **Warszawa 25 Sto. Krzyzka.**

Prenumerować można w Administracyi w Warszawie 31 Chmielna, lub w księgarniach.

Wydawca **Dr. W. Szumlański.**

Apteka Alkiewiczza, Poznań, ul. Wrocławska 31
poleca jako własny wyrób **Tran z jodem i żelazem**
w miejsce obcego wyrobu Lahusena. Smak nader przyjemny, zawartość jodku-
żelaza taka sama, tj. 2%. Fabrykat jest prawnie zastrzeżony. W oryginalnych
butelkach (w kartonach) po 1,00 Mk. i 2,00 Mk.

Specjalność dla chorych i rekonwalescentów

z fabryki **Branda i Spł. w Londynie.**

dostawców nadwornych Jej Cesarskiej Mości Cesarzowej Niemieckiej
i Jego Król. Mości Księcia Wales, jako to:

Essence of Beef — Concentrated Beef Tea —
Beef Bouillon — Beef Tea Jelly —
Meat Juice — Savoury Meat Lozenges poleca

St. Ziętkiewicz w Poznaniu,

zastępca na Niemcy, a w szczególności na W. Księstwo Poznańskie.

Dr. Kleina prase do wyciskania soku z mięsa

pat. Nr. 85154 po **Mk. 15,00** za sztukę poleca

T. Otmianowski, Poznań, Bazar.