

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O DORAŻNEJ POMOCY PRZY ZATRZYMANIU MOCZU ¹⁾.

Napisał

W. H. KRAJEWSKI

Ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

(*Dalszy ciąg*).

II. Instrumentologija.

W wędrówkach moich po prowincyi, w celu niesienia pomocy chorym z zatrzymaniem moczu, miałem niejednokrotnie sposobność przekonać się, jak źle są uprowadzani prowincjonalni lekarze w niezbędne narzędzia. Składany kateter w trusie (wadliwie zawsze zrobiony, jak się niżej przekonamy), a niekiedy stwardniały angielski elastyczny kateter, z tkwiącym w nim, najczęściej mocno zardzewiałym, drutem, oto wszystko co zwykle znajduje się w ich arsenale. U młodszych kolegów znajdziemy stosunkowo częściej, obok wymienionych, jeszcze kateter kauczukowy wulkanizowany miękki, lecz na tem kończy się cały zapas instrumentarium moczowego lekarza prowincjonalnego. Zapas to zbyt mały, aby wystarczył nawet w najczęściej przytrafiających się przypadkach.

Wprawdzie, można do pewnego stopnia bronić zasady, iż wprawna ręka lekarza może zastąpić niedokładność instrumentu, lecz wprawa ta i doświadczenie jest udziałem niewielkiej garstki ludzi, którzy się specjalnie danym przedmiotem zajmują, a i ci, chociaż mogą dotyla sobie ufać, że złym instrumentem nie poczynią spustoszeń, to jednak przyznać muszą, że, dobrze wybrany, instrument znakomicie ułatwia im zadanie. O ileż niezbędniejszym jest posiadanie dobrych instrumentów dla prowincjonalnego lekarza, któ-

¹⁾ Artykuł niniejszy rozpoczęty został w piśmie naszym jeszcze w roku 1890. Okoliczności od redakcyi niezależne dziś dopiero pozwoliły na pomieszczenie jego dalszego ciągu.

ry nie mógł nabyć odpowiedniej wprawy, spotykając stosunkowo rzadko w swej praktyce zatrzymanie moczu.

Statystyka wykazuje, iż zatrzymanie moczu, tak w miejskiej, jak i w wiejskiej praktyce wydarza się częściej niż porody, wymagające zastosowania kleszczy, a jednak każdy lekarz praktykujący, nie posiadający kleszczy, podlega odpowiedzialności sądowej, gdy tymczasem nie posiadanie potrzebnych narzędzi moczowych nie jest poczytywanem za winę; słusznie też, wydaje mi się, żądanie Delefosse'a ⁸⁾ (str. 495), aby lekarz, zajmujący się praktyką, a nie posiadający najniezbędniejszych przynajmniej cewników, był sądownie karany na równi z pierwszym, tembardziej, że, jak to wykażę przez przytoczenie cen, zaopatrzenie się w potrzebne narzędzia nie przechodzi możności, najskromniej nawet uposażonego lekarza.

W rozdziale niniejszym nie mam zamiaru podawać historycznego rozwoju instrumentologii moczowej, ani nawet opisywać wszystkich proponowanych i używanych narzędzi, chcę tu opisać tylko narzędzia najbardziej używane i podać praktyczne wskazówki, mogące ochronić niewtajemniczonych od kupowania złych instrumentów, których niestety jest bardzo wiele. W dodatku ograniczam się w poniższem do opisania tylko takich instrumentów, służących do badania cewki i do opróżniania pęcherza, które mają ogólne zastosowanie; wszystkie instrumenty specjalne będą wspomniane przy odpowiednich chorobach, wywołujących zatrzymanie moczu i wymagających ich zastosowania; na końcu zaś całego artykułu podam opis projektowanego przeze mnie trusa moczowego dla praktycznych lekarzy; opis ten odkładam umyślnie na koniec, aby każdy czytelnik, obznajmiwszy się z całą pracą, mógł sam sobie wytworzyć pojęcie o praktyczności trusa lub o jego wadach i odpowiednio go zmodyfikować.

Narzędzia, służące do opróżniania pęcherza, nazywamy cewnikami, kateterami, te zaś, które służą do badania cewki—świeczkami, zgłębnikami.

Cewnik czyli kateter ¹⁾ należy do najstarszych instru-

¹⁾ Słowo kateter pochodzi z greckiego od καθέναι—co znaczy pogrążyć, lać, wylewać. Hipokrates nadawał nazwę καθήτηρ każdemu instrumentowi lub opatrunkowi wprowadzanemu w głąb jakiegobądź jamy w ciele ludzkim (knotki z szarpi, wkładane do jamy ropy, też nazywano kateterami),

mentów, znanych w medycynie. Celsus ³²⁾ pierwszy podał dokładny opis cewnika i żąda, aby każdy praktyk posiadał co najmniej 3 katetery, różniące się długością (15, 12 i 9 cali). Nie mam zamiaru opisywać zmian i udoskonaleń zaprowadzanych stopniowo w budowie cewników, wspomnę więc tylko nawiasowo, iż w różnych czasach podlegały one najróżnorodniejszym modyfikacyjom, tak co do materiału, z którego je przygotowywano, jak co do formy, jaką im nadawano. I tak podług Stillinga ¹⁰⁾ cewniki robiono z następujących materiałów: złota, platyny, srebra, ołowiu, cyny, różnych aliażów metalowych, rogu, papyrusu, skór zwierzęcych, płótna woskowanego, twardego kauczuku, celuloidu, kauczuku wulkanizowanego i t. d. Forma cewników też ulegała przeróżnym zmianom, a więc używano katetery zupełnie proste (Amussat), łukowato zgięte (od dawna, gdyż cewnik, znaleziony w Herkulanum, ma już taką formę), nadawano im formę esowatą (J. L. Petit), półkolistą (Marchal), kolankowatą (Mersier) i t. d.

Fabrykacja cewników weszła na drogę prawdziwego postępu dopiero z chwilą, gdy ją oparto na racjonalnych badaniach anatomicznych nad kierunkiem i pojemnością cewki w stanie normalnym i patologicznym, a wybór materiału, używanego do ich wyrobu, postawiono w zależności od wymogów terapeutycznych. Wkrótce też, postępując tą drogą, osiągnięto znakomite rezultaty i, obecnie dostarczane, instrumenty nie pozostawiają nic do życzenia.

Zależnie od fizycznych własności materiału, z którego zrobiono cewnik odróżniamy:

I. Cewniki twarde, zachowujące nadaną sobie formę, tu należą:

a) cewniki metalowe, które, mając raz nadaną formę podczas fabrykacji, nie mogą jej zmieniać dowolnie i

b) cewniki giętkie, które mogą zmieniać formę stosownie do potrzeby i zachowują takową bez zmiany podczas wprowadzania do pęcherza.

później dopiero zastosowano tę nazwę wyłącznie do cewników. Rzymianie nazywali cewniki fistula, w średnich zaś wiekach nadawano im miano syringa. Francuzi używają dotąd nazwy cathétère dla oznaczenia pełnych zgłębników cewkowych używanych przy kroczoem cięciu pęcherza, cewniki zaś nazywają powszechnie sondes lub algalies od arabskiego Al i Gari, co znaczy podług Desormeaux ³²⁾ zmusić do płynięcia.

II. Cewniki miękkie, przystosowujące się do krzywizny cewki, zmieniające formę i kierunek pod wpływem napotykanym na drodze przeszkód, tu należą:

a) cewniki elastyczne, t. j. takie, które posiadają jeszcze pewną odporność, pozwalającą na wywieranie niejakiego nacisku na koniec kateteru przez wprowadzającą rękę i

b) cewniki zupełnie miękkie, nie posiadające żadnej elastyczności, nie dające się więc zupełnie kierować.

Zastanowimy się tu po kolei nad każdym rodzajem, wyż wzmiankowanych, cewników, wykażemy ich zalety i wady, oraz podamy warunki jakim dobre egzemplarze każdej kategorii odpowiadać powinny.

I. Cewniki twarde.

A. Metalowe.

Dawniej cewniki metalowe wykonywano przeważnie ze srebra, później zaczęto używać do ich fabrykacji neyzybru, obecnie, z chwilą wprowadzenia niklowania, chroniącego instrumenty od rdzy, prawie równie często jak ze srebra i neyzybru robią cewniki z żelaza. Rzeczywiście cewnik żelazny dobrze wyniklowany zupełnie jest wystarczającym, srebrny nie posiada żadnej nad nim wyższości, oprócz lekkości, co, jak się postaram wykażać, wcale zaletą kateteru nie jest; za to cena kateterów niklowanych jest w trójnasób mniejsza od srebrnych, co pozwala posiadać ich więcej i częściej zmieniać nadpsute.

Każdy cewnik metalowy przedstawia się jako rurka cylindryczna ¹⁾, równomiernie gruba od początku do końca ²⁾, w której odróżniamy: rękojęść, trzon i dziób, czyli pęcherzowy koniec (fig. VI).

Rękojęścią cewnika nazywamy tę jego część, która wystaje na zewnątrz, podczas gdy kateter jest wprowadzony do pęcherza. Na fig. VI podane są z rodzaje ręko-

¹⁾ Hüter, opierając się na formie poprzecznych przecięć cewki, proponował, aby używano cewników spłaszczonych z boków, twierdząc, iż takowe łatwiej będą mogły być wprowadzane; słuszna ta zresztą propozycja dotąd nie została jednak uwzględnioną.

²⁾ Dawniej w czasach, w których cathéterisme forcé miał wielu zwolenników, używano często cewników, których koniec pęcherzowy był stożkowato zcieńczony, obecnie, wraz z porzuceniem tej barbarzyńskiej metody, cewniki z konicznie zcieńczonymi dziobami zupełnie wyszły z użycia.

jeści obecnie używanych; przedstawiają się one, albo pod postacią spłaszczonej płytki o dwóch szorstkich powierzchniach, przez środek której przechodzi rurka, stanowiąca trzon

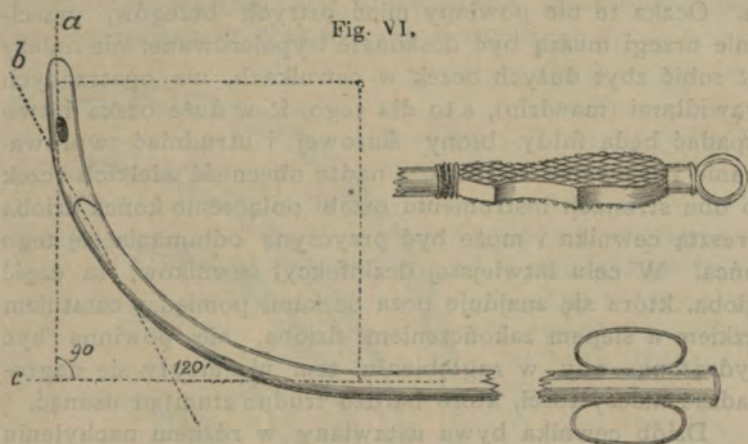


Fig. VI.

Objaśnienie rysunku (zmodyfikowana kopia z Thompsona): a. oś pierwszego dzioba, b. oś drugiego dzioba, c. oś trzonu.

cewnika; lub też przy zewnętrznym końcu cewnika umieszczone są po bokach z owalne obrączki metalowe. Pierwszy rodzaj rękojeści pozwala na pewniejsze ujęcie cewnika i przez zwracanie się płytki w tę lub inną stronę wskazuje minimalne zwroty boczne, jeśliby je dziób w cewce wykonywał, ma jednak tę niedogodność, iż takie cewniki trudniej utrzymać w czystości i są daleko kosztowniejsze. Dla celów zaś praktycznych zupełnie wystarcza umieszczenie owalnych obrączek przy zewnętrznym końcu cewnika, należy tylko dbać o to, żeby te obrączki nie były malutkie, jak je zazwyczaj robią, muszą one być dość duże na to, aby je można było wygodnie ująć palcami.

Trzon cewnika stanowi rurka różnej długości i grubości, cylindryczna, zupełnie gładka, która przechodzi bezpośrednio w

Dziób cewnika; jest to dalszy ciąg rurki stanowiącej trzon, ślepo zakończony i opatrzony po bokach otworami, przez które mocz wypływa z pęcherza. Otwory te były ulokowywane w najrozmaitszych miejscach dzioba, robiono czasami jeden tylko otwór, czasami dwa, czasem zaś cały szereg małych dziurek na całym obwodzie dzioba; formę nadawano tym otworom też różną, robiono otwory okrągłe, owalne lub w kształcie szpar podłużnych. Dobry ce-

wnik powinien mieć 2 otwory (oczka) umieszczone po bokach dzioba, pierwsze oczko winno się znajdować w odległości 12 mm., drugie zaś 25 mm. od ślepego końca dzioba. Oczka te nie powinny mieć ostrych brzegów, przeciwnie brzegi muszą być doskonale wypolerowane; nie należy też robić zbyt dużych oczek w cewnikach, nie opatrzonych prawidłami (mandrin), a to dla tego, iż w duże oczka łatwo zapadać będą fałdy błony śluzowej i utrudniać wprowadzenie i usuwanie cewnika, a nadto obecność wielkich oczek po obu stronach instrumentu osłabi połączenie końca dzioba z resztą cewnika i może być przyczyną odłamania się tego końca. W celu łatwiejszej dezynfekcji cewników, ta część dzioba, która się znajduje poza oczkami pomiędzy ostatniem oczkiem a ślepem zakończeniem dzioba, nie powinna być wydrążoną, aby w zagłębieniu tem nie mogły się nagromadzać nieczystości, które bardzo trudno ztamtąd usunąć.

Dziób cewnika bywa ustawiany w różnem nachyleniu do trzonu i ztąd powstają różne formy używanych kateterów. Jeśli dziób stanowi bezpośrednio przedłużenie trzonu, to cewnik będzie prosty; jeśli będzie ustawiony pod mniej lub więcej rozwartym kątem do trzonu, będziemy mieli cewnik kolankowato zgięty (sonde coudée francuzów); natomiast jeśli trzon cewnika przechodzi w dziób, zakreślając łuk o stałym, z góry określonym, promieniu, otrzymamy cewnik krzywy (sonde courbe). Obecnie cewniki metalowe proste wcale nie bywają używane do opróżniania pęcherza, cewniki metalowe, kolankowato zgięte (Mercier'a) w wyjątkowych tylko przypadkach, głównymi zaś ewakuatorami pęcherza są cewniki krzywe, ich też opisem przeważnie się tu zajmować będziemy.

Krzywizna jaką powinien mieć normalny cewnik—to słaby punkt wszystkich autorów, piszących o chorobach organów moczowych; żaden z rozdziałów instrumentologii urologicznej nie wywołał tak gorących sporów, nie był powodem zjawienia się tak wielkiej ilości rozpraw akademickich. Teoretycy (anatomowie) i praktycy (chirurdzy) jednako zapalali się do przedmiotu i coraz nowsze sypały się pomysły, a każdy usprawiedliwiał swoją modyfikację, czy to wprost osobistym doświadczeniem, czy też nowymi, często błędnymi poszukiwaniami anatomicznymi; przecież nawet Amussat, wprowadzając w użycie cewnik prosty, starał się dowieść całym szeregiem naciągnień-

tych rozumowań i źle wykonanych preparatów anatomicznych, że kierunek cewki u człowieka jest zupełnie prosty. Jak różnorodną krzywiznę nadawano cewnikom dowodzi załączony rysunek (fig. VII), który jednak wcale nie wyczerpuje wszystkich proponowanych modyfikacyj.

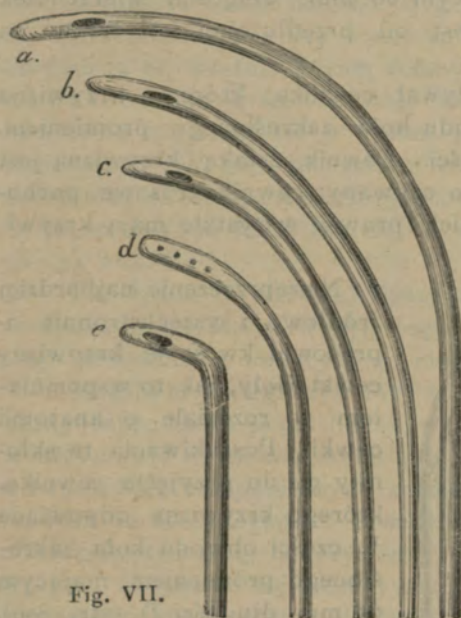


Fig. VII.

Objaśnienie rysunku (kopija z Thompson'a).

- a) cewnik Liston'a.
- b) cewnik Brodie.
- c) cewnik Thompson'a.
- d) cewnik Guthrie.
- e) cewnik Mercier'a.

Dotychczas nie przyszło jeszcze do zupełnej zgody w tej kwestyi z powodu, iż krzywizna cewki jest trudną do oznaczenia i zmienną. I tak:

Kohlrausch ³⁶⁾ (str. 27) na podstawie bardzo staranych poszukiwań anatomicznych zbudował cewnik, który nazwał normalnym; w cewniku tym długość części zakrzywionej stanowi $\frac{1}{3}$ część całej długości kateteru, oprócz tego krzywizna nie jest zakreślona jednym promieniem, lecz składa się z 3-ch części różnej długości, z których każda innym jest zakreślona promieniem; najdłuższa z tych części, wchodzących w skład łuku cewnika Kohlrauscha, przechodzi bezpośrednio w trzon i ma 53 mm. długości, najkrótsza, stanowiąca zakończenie dzioba ma 28 mm. długości; wierzchołek dzioba wznosi się nad przedłużoną osią trzonu na 58 mm.

Dittel ⁵⁾ (str. 25) używa 3 rodzaje cewników: a) cewnik o krótkiej krzywiznie zakreślonej promieniem, mają-

cym 45 mm. długości, wierzchołek dzioba wznosi się nad przedłużoną osią trzonu na 30 mm. b) cewnik o średniej krzywiznie, zakreślonej promieniem mającym 54 mm. długości, wierzchołek dzioba wznosi się nad przedłużoną osią trzonu na 42 mm. i c) cewnik o wielkiej krzywiznie, zakreślonej promieniem mającym 69 mm. długości, wierzchołek zaś dzioba odległym jest od przedłużonej osi trzonu na 58 mm.

Leroy d'Etiolles używał cewnika, którego krzywizna stanowiła $\frac{1}{3}$ część obwodu koła zakreślonego promieniem, mającym 60 mm. długości. Cewnik z taką krzywizną jest dotychczas bardzo często używany; cewniki trusowe, pochodzące z fabryk francuzkich prawie wszystkie mają krzywiznę Leroy d'Etiolles'a.

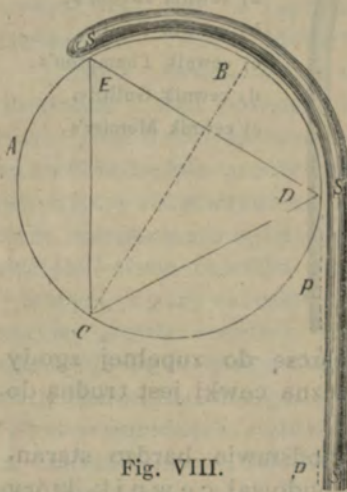


Fig. VIII.

Niezapreczenie najbardziej źródłowo i wszechstronnie opracował kwestyję krzywizny cewki Gely, jak to wspomniałem w rozdziale o anatomii cewki. Poszukiwania te skłoniły go do przyjęcia cewnika, którego krzywizna odpowiada $\frac{1}{3}$ części obwodu koła zakreślonego promieniem, mającym 65 mm. długości ^{a)} (str. 859). Na załączonym rysunku (fig. VIII) przedstawioną jest taka właśnie krzywizna Gely'ego. Krzywizna ta zdobyta na drodze skrzętnych poszukiwań ana-

tomicznych dziwnym trafem zupełnie jest podobną do krzywizny cewnika, używanego przez Amussat'a dla opróżniania pęcherza u starców i nazwanego z tego powodu „sonde des vieillards”.

Z załączonego rysunku czytelnik wywnioskuje z łatwością, iż cewnik Gely jest daleko bardziej zgięty od używanych zazwyczaj; przedłużone osie końcowej części dzioba i trzonu przecinają się pod ostrym kątem, co utrudnia dokonanie pierwszego aktu katetyzacji, jak to zobaczymy w następnym rozdziale, cała zaś zaleta tego cewnika wykazuje się dopiero podczas przechodzenia przez wydłużoną część krokową cewki, to też cewnik Gely szczególnie jest

przydatny w przypadkach wielkiego przerostu gruczołu krokowego.

Guyon uczeń i najgorętszy zwolennik Gely'ego, znajduje jednak, iż kateter opisany przez tego ostatniego ma za wielką krzywiznę, a to dla tego, iż Gely obliczał krzywiznę światła kanału cewki nie zaś jej górnej ściany, tymczasem dla oznaczenia krzywizny cewnika miarodajną winna być krzywizna tej właśnie górnej ściany cewki (*paroi conductrice*, jak ją G. nazywa), której dziób cewnika ani na chwilę opuszczać nie powinien podczas całego aktu kateteryzacji. Wzgląd ten skłonił Guyon'a do przyjęcia dla normalnego kateteru ewakuacyjnego krzywizny stanowiący $\frac{1}{3}$ część obwodu koła zakreślonego promieniem mającym 50–55 mm.

Thompson ⁴⁾ (str. 414) żąda, aby krzywizna cewnika ewakuacyjnego stanowiła $\frac{3}{10}$ części obwodu koła zakreślonego promieniem, mającym 40 mm. długości.

Mógłbym tu wyliczyć cały szereg autorów, z których każdy zaprowadza jakąś mniej lub więcej rdzenną zmianę w krzywiznie proponowanych cewników. Ta różność zdań u najbardziej kompetentnych znawców kateteryzacji doprowadziła do sceptycyzmu. Deschamps a za nim cały szereg chirurgów twierdzą, iż krzywizna cewnika nie ma żadnego wpływu na udanie się kateteryzacji, że wprawny chirurg wprowadzi każdy cewnik do pęcherza bez względu na to, czy jest on zupełnie prosty, czy tak lub inaczej zgięty. Istotnie już Gallen, później Arabowie, Ambroise Paré a w nowszych czasach Amussat stwierdzili możliwość wprowadzania do pęcherza instrumentów prostych; w arsenale chirurgicznym Scultet'a ³³⁾ (tabl. XV) z roku 1712 znajdujemy rysunek cewnika prawie zupełnie prostego, cewnik ten jest w pomienionej książce zachwalany, jako najdogodniejsza forma dla powszechnego użytku. Rzeczywiście dopóki cewka jest normalna, dopóki nie utraciła swej podatności i elastyczności, kwestyja krzywizny cewnika może być dla wprawnego chirurga rzeczą, do pewnego stopnia, obojętną; ilekroć dostanie do ręki cewnik, którego krzywizna nie odpowiada krzywiznie cewki, tyle razy będzie musiał, doszedłszy do tylnego odcinka cewki, kombinować ruch pochylania rękoności z ruchem popychania (*propulsion*) dzioba, a właściwie rozdzielić akt ten kateteryzacji na cały szereg pochylań i popchnięć szybko po sobie następujących,

aż w końcu zmusi cewkę do zastosowania się do formy danego instrumentu i wejdzie do pęcherza. Rzecz inna w stanach patologicznych, w których cewka utraciła swą elastyczność i podatność, tam wykonywanie skomplikowanych ruchów pochylania i popychania dzioba może, nawet bardzo wprawno, chirurga doprowadzić do opuszczenia górnej ściany kanału i do zabłądzenia w pułapkach, jakie napotka dziób instrumentu w swej wędrówce po dolnej ścianie cewki; dla tych to właśnie trudnych przypadków dobra krzywizna cewnika jest rzeczą pierwszorzędnej wagi.

Jak to już powiedziałem w rozdziale o anatomii, krzywizna cewki nie jest stałą u wszystkich ludzi, wahania w długości i głębokości tej krzywizny są bardzo znaczne, gdyż, jak to widzieliśmy, krzywizna *partis fixae* cewki starców może być 2 razy dłuższą i głębszą od krzywizny dorosłego mężczyzny; w tych warunkach chcieć we wszystkich, bez względu na warunki indywidualne, przypadkach posługiwać się cewnikiem o jednej i tej samej krzywiznie jest niewłaściwem; taki upór niektórych klinicystów da się jedynie objaśnić zaślepieniem, spowodowanym przez przywiązywanie do własnego pomysłu. To też, najracyjonalniej, mojem zdaniem, postępuje Dittel, który używa 3 rodzaje cewników o różnych krzywiznach, tylko krzywizny Dittla nie zupełnie są zgodne z anatomiczną krzywizną cewki, i dla tego muszą być zastąpione przez racyjonalniejsze krzywizny Thompsona, Guyon'a i Gely.

W handlu, tak u nas jak i za granicą, spotykamy się z całym szeregiem cewników o złych krzywiznach; główny błąd w budowie tych cewników polega na tem, iż końcowa część dzioba nie jest dostatecznie zagiętą, a więc nie określona tym samym promieniem co reszta krzywizny. Sam osobiście sprawdziłem to na posiadanych kateterach. Kazałem mianowicie zrobić 3 bloki mosiężne grubości 1 cm., każdy blok jest różnej wielkości i tak obliczony, iż dno jego rowka jest kołem zakreślonym w każdym bloku innym promieniem, mającym 40, 50 i 60 mm. długości, a więc odpowiadającym wymogom wspomnianych wyżej autorów; nadto, na każdym bloku kazałem naciąć 2 promienie obejmujące taki wycinek koła, jakiemu ma odpowiadać długość krzywizny danego cewnika, a więc $\frac{2}{10}$, $\frac{1}{3}$ i $\frac{1}{3}$ obwodu. Mając takie bloki nic łatwiejszego, jak sprawdzić, czy posiadany cewnik odpowiada wymogom klasycznym, należy go

tylko krzywizną przyłożyć do rowka bloku, a wtedy się natychmiast przekonamy, czy przylega ona we wszystkich punktach do rowka, czy jest dostatecznie długa, czy końcowa część dzioba nie jest odgiętą, tak, iż właściwie nie jest dalszym ciągiem krzywizny, lecz styczną do koła, któremu ta ostatnia odpowiada. Przy sprawdzaniu za pomocą tych bloków posiadanych cewników, przekonałem się, iż tylko 2 cewniki, służące do wypompowywania odłamów po kruszeniu kamienia, odpowiednio były zbudowane, krzywizna ich odpowiadała krzywiznie Guyon'a, była tylko cokolwiek krótszą, t. j. nie odpowiadała $\frac{1}{3}$ obwodu koła; wszystkie inne katetery okazały się, mniej lub więcej, wadliwie zrobione.

Ponieważ dobra krzywizna cewnika, szczególnie w stanach patologicznych, znakomicie ułatwia katetyzację, więc też pozwałam sobie raz jeszcze zaakcentować potrzebę przewidowania się w odpowiednie narzędzia i sprawdzania ich krzywizny. Lekarzowi prowincjonalnemu radziłbym posiadać koniecznie trzy cewniki metalowe: 1) Cewnik z krzywizną Thompsona, t. j. taką, która stanowi $\frac{3}{10}$ części obwodu koła zakreślonego promieniem mającym 40 mm. długości, 2) Cewnik z krzywizną Guyon'a stanowiącą $\frac{1}{3}$ część koła zakreślonego promieniem mającym 50 mm. długości, 3) Cewnik z krzywizną Gely stanowiącą $\frac{1}{3}$ część koła zakreślonego promieniem mającym 60 mm. długości¹⁾.

Ważną dla lekarza jest rzeczą wiedzieć nie tylko jakim promieniem jest zakreślona krzywizna posiadanego cewnika, lecz nadto znać dokładnie stosunek, jaki zachodzi pomiędzy osią dzioba i osią trzonu cewnika, gdyż tylko znajomość tego stosunku pozwoli mu, z niejakim prawdopodobieństwem, ze stopnia nachylenia trzonu wnioskować o miejscu, w którym się dziób znajduje. Pierwszy Thompson zwrócił uwagę na ten ważny szczegół; on sam używa do ewakuacji cewnika, w którym oś dzioba przecina się pod kątem prostym z osią trzonu (fig. VI, linija a i c)²⁾.

1) Firma pana Balukiewicza w Warszawie, której powierzyłem wykonanie takich cewników, wywiązała się bardzo dobrze z zadania i posiada wszystkie 3 rodzaje kateterów na składzie (hotel Paryżki, ulica Bielańska, nr. 9).

2) Linija b jest osią dzioba cewnika, używanego przez Th. do badania pęcherza i przecina oś trzonu pod kątem 120°.

Stosunek ten jest ściśle zachowany w cewniku ewakuacyjnym Thompson'a, o którym wyżej mówiłem. Co się tyczy cewników Guyon'a i Gely'ego, to osie dziobów tych cewników przecinają się pod kątem mniej lub więcej ostrym z osią trzonu. Thompson radzi, w celu uniknięcia tej niedogodności, odginać część trzonu, leżącą bliżej rękojeści, w stronę przeciwną na tyle stopni, aby przynajmniej oś tej zewnętrznej części trzonu i oś dzioba przecinały się pod kątem prostym. Ponieważ jednak taki podwójnie zgięty cewnik daleko trudniej utrzymać w czystości, ponieważ nadto nie możnaby było wprowadzać prawidła (mandrin ¹⁾), myślę więc, iż daleko lepiej jest wymierzyć kąt, jaki obie osie tworzą ze sobą i mieć go na uwadze przy oryentowaniu się w pozycji dzioba wprowadzanego cewnika. Używając stale cewników o wiadomem nachyleniu dzioba, szybko nabywa się wprawy we wnioskowaniu o pozycji dzioba z nachylenia trzonu cewnika.

Oprócz wymienionych wyżej cewników krzywych, należy posiadać przynajmniej jeden cewnik kolankowato zgięty—Mercier'a (fig. VII lit. e). Cewnik ten prawie cały jest prosty, dopiero w odległości 16 mm. od końca raptem się zagina i przechodzi w dziób, który jest ustawiony do trzonu pod kątem 100—110° a więc tylko cokolwiek większym od prostego. Dziób kateteru jest też prosty i posiada jedno tylko oczko w odległości 4—5 mm od ślepego końca dzioba. W typowym cewniku Mercier'a oczko to nie znajduje się na bocznej powierzchni dzioba, lecz w jego wklęsłości ⁸⁾ (str. 249). Cewnik ten rzadko bardzo bywa używanym w celu opróżnienia pęcherza, dotychczas ani razu jeszcze nie byłem zmuszony uciec się do jego użycia, ponieważ jednak krótki dziób i sposób jego ustawienia pozwalają na wykonywanie tym cewnikiem tak drobniawo dokładnych ruchów, jak żadnym innym instrumentem, należy więc posiadać go na wypadek wyjątkowo trudnej katetyzacji u prostatyków.

Długość cewników metalowych bywa różna; Dittel ⁵⁾ (str. 25) używa cewników mających 28 ctm. długości (licząc od wierzchołka dzioba do końca rękojeści), Voillemier ²⁾ (str. 36) żąda, aby cewniki miały 30 ctm. długości, inni autorowie używają jeszcze dłuższych cewników,

¹⁾ Patrz niżej.

aż do 35 ctm. Ze względu na wielkie indywidualne różnice w długości cewki, lepiej jest posiadać cewniki dłuższe niż zbyt krótkie i dla tego posługuję się stale cewnikami mającymi 32 ctm długości.

Grubość cewnikom metalowym nadawana jest też bardzo rozmaita; zazwyczaj w fabrykach przygotowują cewniki mające 5—6 mm. średnicy. W ogóle im grubszy jest, użyty przez nas, instrument, tem mniej się narażamy na niebezpieczeństwo porobienia dróg fałszywych i tym podobnych obrażeń w cewce, dla tego też wydaje mi się, że średnica 6 mm. jest odpowiedniejsza, a ilekroć pojemność cewki na to pozwoli, należy używać cewników o 7 mm. średnicy; jak się później przekonamy w nader wyjątkowych tylko razach będziemy zmuszeni do użycia cieńszych cewników metalowych.

Do mierzenia grubości cewników i świeczek używają pewnej skali; najbardziej rozpowszechnione są skala angielska i francuzka. Ponieważ w handlu znajdują się instrumenty oznaczone numerami to jednej, to drugiej skali, podaję więc tu opis obu. Skala angielska mż za podstawę cal angielski i składa się z 12 numerów. Skala zaś francuzka ma za podstawę centymetr i posiada 30 numerów, nr. 1 ma średnicę = $\frac{1}{3}$ mm. a nr. 30 ma średnicę = 1 ctm., każdy numer różni się od poprzedzającego o $\frac{1}{3}$ mm. w średnicy. Na tej zasadzie zbudowana jest tak zwana filière Charrière'a (fig. IX). Jest to płytka metalowa z otworami róż-

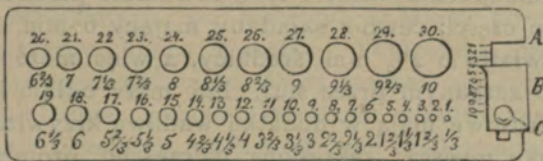


Fig. IX (kopija z Gueterbock'a „Krankheiten der Harnorgane”).
Połowa naturalnej wielkości.

żnięciami się w średnicy o $\frac{1}{3}$ mm., nad każdym otworem wryto numer a pod nim wymiar średnicy w milimetrach. Mając taką płytkę z łatwością można oznaczyć grubość cewnika lub świeczki, co jest szczególnie ważnem dla tych ostatnich.

Skala francuzka jest daleko dokładniejsza, pozwala na znacznie powolniejsze stopniowanie w grubości instrumentów, gdy tymczasem skala angielska posiada tylko 12 nu-

merów i w dodatku skale różnych fabrykantów cokolwiek się od siebie różnią. Dla tego też skala francuzka co raz więcej zyskuje zwolenników, tak, iż nawet Thompson w dziele swem surowo karci szowinizm angielski i radzi wprowadzenie w Anglii skali francuzkiej do mierzenia grubości cewników. Dopóki jednak miara grubości nie ujednostajni się na całym świecie, ważnem jest wiedzieć jakim numerom skali francuzkiej odpowiadają numery angielskie; w tym celu Thompson podaje następującą tabliczkę:

Skala Charrière'a:	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	
„ angielska:	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.										

Z tablicy tej okazuje się, iż tylko niektóre numery skali angielskiej (nr. 1, 5, 7, 8, 10 i 12) odpowiadają całkowitym numerom skali francuzkiej, inne zaś mają grubość pośrednią między cieńszym a grubszym numerem tejsze skali.

Dobry cewnik powinien stanowić jedną całość, nie może być składanym. Ze wszech miar nieodpowiedniem jest używanie w przypadkach retentionis urinae cewników składanych, tak zwanych trusowych. Cewniki te, jak wiadomo, składają się z 3-ch części: połowy pęcherzowej z dziobem, połowy zewnętrznej i łącznika, który przechodząc przez całą część zewnętrzną posiada śrubę, wkręcającą się w pęcherzową połowę cewnika. Już Voillemier ²⁾ (str. 57) zwracał uwagę na niedogodności, jakie wynikają ze znakomitego zmniejszenia światła tych cewników przez rurkę, łączącą obie części; cewnik składany mający 6 mm. średnicy, posiada światło o $2\frac{1}{2}$ mm. średnicy, a więc może być bardzo łatwo zatkanym przez śluz, lub mały odłam kamienia. Cewniki trusowe mają w dodatku wadliwą krzywiznę, z powodu braku miejsca, zakreślona najczęściej promieniem 40 milimetrym i stanowiącą tylko $\frac{1}{5}$ część koła; często miewają koniec dzioba odgięty, co naturalnie wielce utrudnia ich wprowadzanie. Nadto cewnik składany bardzo trudno utrzymać w czystości; na koniec, co najważniejsza, taki cewnik podczas kateteryzacji może się zepsuć, obie połowy rozdzielić, i pęcherzowa może pozostać w cewce; taki przypadek opisał dr. Huber ⁴⁵⁾ (str. 9), dodając, iż dla usunięcia pozostałego kawałka cewnika musiano wykonać kroczone cięcie pęcherza, po którym chory szczęśliwie wyzdrowiał. Jak często takie przypadki się przytrafiały—natural

nie dojść trudno, gdyż nie wielu prawdopodobnie ludzi pospieszy z opisem podobnego ewenementu.

Przytoczone powody powinny, zdaje mi się, skłonić do zupełnego zaniechania użycia cewników składanych i zastąpienia ich narzędziami wyrobionemi z jednej sztuki, podług wyżej podanych wskazówek.

W sprzedaży znajduje się cały szereg cewników opatrzonych przy rękojeści k r a n a m i, których zadaniem przeszkodzić wypływananiu moczu, dopóki cewnik nie będzie dostatecznie nachylonym, lub odpowiednie naczynie podstawione. O ile kran jest niezbędną składową częścią cewnika eksploracyjnego (wprowadzanego w celu zbadania zawartości jamy pęcherza), o tyle wydaje mi się zbyt czynnym w cewniku ewakuacyjnym, zwięża on bezpotrzebnie światło cewnika, komplikuje jego budowę i czyni go przez to trudniejszym do zdezinfekowania, zastąpionym zaś być może przez odpowiednio zrobione prawidło (mandrin), którego użycie przynosi inne jeszcze korzyści, o czem pomówimy, opisując różne rodzaje używanych prawideł.

W końcu muszę tu nadmienić, iż wpływ antyseptyki, który tak rdzennie zmienił sposób fabrykacji prawie wszystkich naszych instrumentów chirurgicznych, ujawnił się też w dążeniu do fabrykowania cewników, dających się możliwie łatwo i dokładnie oczyszczać; z pomiędzy wielu pomysłów przytoczę tu cewnik d-ra Geza v. Antal ⁹⁾ (str. 180), składający się z dwóch rowków dobrze do siebie pasujących i zamykanych, po złożeniu, kółkiem umieszczonem u zewnętrznego końca cewnika. Naturalnie taki cewnik, którego wewnętrzną powierzchnię można, po rozłożeniu na części, dokładnie wymyć i wytrzeć przedstawia wszelkie gwarancje czystości, ma jednak inne niedogodności, a mianowicie: musi być grubszy, jest mniej trwałym, a z powodu, iż końcowa część dzioba złączoną jest z jedną tylko połową rurki, może się łatwo zdarzyć, że się takowa odłamie i w pęcherzu zostanie. Tymczasem zwyczajne cewniki dają się doskonale dezinfekować i w czystym stanie utrzymać, jak to zobaczymy niżej; należy tylko dbać przy ich wyborze, aby były zupełnie gładkie, miały pełne zakończenie dzioba i nie posiadały niepotrzebnych nacięć i wypukłości przy rękojeści, czego zazwyczaj uniknąć najtrudniej, gdyż fabrykanci robią je dla ozdoby swych wyrobów.

B. Cewniki giętkie.

Główną właściwością tych cewników jest, iż lekarz własną ręką może im nadać formę, jaką mu się podoba, dowolnie zmieniać ich krzywiznę, a tak otrzymaną formę, cewniki te zachowują bez pomocy prawidła (mandrin) podczas całego aktu katetyzacji, Tu należą:

1) Cewniki z różnych aliażów metalowych, stanowiących po większej części tajemnice fabryk, z których pochodzą (po raz pierwszy wprowadził je w użycie Tedeski ³⁶⁾ w 1862 roku), cewniki z cyny angielskiej wyrabiane przez Leiter'a z Wiednia od 1863 roku i z kadmu, wynalezione przez d-ra Stoll'a z Warszawy przed 10-ciu laty. Wszystkie te cewniki sprzedają się pod postacią zupełnie prostych rurek ślepo zakończonych, opatrzonych jednem tylko oczkiem umieszczonem w odległości 1 ctm. od ślepego końca cewnika; zamiast obrączek przy zewnętrznym końcu cewnika znajdują się 2 skrzydełka, które wraz z rurką cewnika tworzą tarczę podobną do takiejże tarczy, kończącej zwyczajny zgłębnik żłobowy. Długość ich wynosi zazwyczaj 30 ctm.

Z pomiędzy wszystkich, znanych mi, kadmowe cewniki wydają mi się najodpowiedniejsze, gdyż posiadają względnie cienką ścianę i z tego powodu mają wielkie światło, szkoda tylko, iż dr. Stoll przygotował ich zaledwie kilka i zaniechał fabrycznego przygotowywania takowych.

Po kadmowych pierwsze miejsce zajmują cynowe, dają się giąć bardzo łatwo ręką i w zupełności zachowują nadaną sobie formę podczas katetyzacji; nadając im potrzebną krzywiznę należy pamiętać, iż jedyne oczko, jakim są opatrzone, powinno się znajdować we wklęsłości krzywizny, w przeciwnym bowiem razie mogłoby być w skutek zginania zaciśnięte lub przynajmniej przewężone. Ponieważ bardzo jest trudno nadać takiemu cewnikowi równomierną krzywiznę wprost ręką, używam więc do tego celu wyżej opisanych bloków, do rowka których przystosowuję kateter, modyfikując długość krzywizny stosownie do potrzeb danego wypadku.

W ogóle zastosowanie kateterów metalowych giętkich jest bardzo ograniczone, ponieważ jednak zdarzyć się może, iż żaden z posiadanych twardych cewników nie będzie odpowiednim dla danego osobnika, d. ~~czym~~ jest posiadać cho-

ciażby jeden taki cewnik, którego formę można w każdej chwili zastosować do indywidualnych potrzeb chorego.

2) Daleko praktyczniejsze i pożyteczniejsze, od dopiero co opisanych, są cewniki celluloidowe zupełnie przezroczyste, słomkowego koloru, o cienkiej ścianie a stosunkowo wielkiem świetle, są one pomimo to bardzo trwałe i trudno łamliwe (Podrez ³⁰) twierdzi, iż łatwiej złamać cewnik metalowy niż celluloidowy), szkoda tylko, że nie wiele takich cewników znajduje się w handlu, a w dodatku często bywają zafałszowywane; należy zwracać uwagę na przezroczystość, jeśli tylko cewnik jest mętnawy, to nie jest zrobiony z prawdziwego celluloidu. Cewniki te, pogrążone w gorącej wodzie, stają się miękkimi i wtedy można im nadać dowolną formę, którą zatrzymują po ostygnięciu. Cewniki celluloidowe są istotnie bardzo praktyczne i zasługują na większe rozpowszechnienie, niż to, jakie dotychczas przypadło im w udziale.

3) Cewniki ze spirali metalowych stanowią fazę przejściową od cewników twardych do miękkich. Pierwszy Solingen ²⁾ (str. 55) w 1684 roku zbudował cewnik, którego koniec pęcherzowy z ctm. długi przechodził bezpośrednio w wązki pasek srebrny, spiralnie zwinięty tak, iż pojedyncze oczka przylegały bezpośrednio do siebie i tworzyły trzon cewnika; Roncalli w 1741 roku zmodyfikował cewnik Solingena o tyle, iż pierścienie spirali były daleko węższe, a cały cewnik obszyty nawoskowaną jedwabną materią. Głównem przeznaczeniem tych cewników było pozostawianie ich na miejscu w przypadkach trudnej katetyryzacji; wprowadzano je zawsze na prawidło. Na owe czasy, kiedy nie znano, tak wydoskonalonych obecnie, cewników elastycznych, pomysł Solingena, pomimo niebezpieczeństw towarzyszących zawsze usuwaniu takiego cewnika w skutek rozciągania, tworzącej go, spirali i możliwości uchwycenia pomiędzy pierścienie fałdy błony śluzowej cewki, należało uważać za znakomity postęp na polu terapii chorób dróg moczowych. Za to dzisiaj zupełnym anachronizmem wydaje mi się, błąkający się po najnowszych nawet katalogach firm zagranicznych, cewnik, tak zwany, prostatyczny Grossa (katalog Windler'a z Berlina 1888 r., nr. 1143) lub też „sonde élastique en metal“ du dr. Cusco (katalog Colli-n'a z Paryża 1890 r., str. 107). Cewniki te, zupełnie identyczne, składają się z metalowego dzioba i takiegoż trzonu

połączonych giętką metalową spiralą; w skutek takiego zbudowania dziób może zmieniać swą pozycję w stosunku do trzonu cewnika, może się przeginać na boki, naprzód i ku tyłowi. Lekarz, uzbrojony takim cewnikiem, nie może mieć żadnego wpływu na kierunek dzioba; może tylko wywierać nacisk za pośrednictwem trzonu i spirali na ten dziób, lecz nie może go zmusić do zwrócenia się w tę lub ową stronę, a przecież jedyną przewagą metalowych instrumentów nad miękkimi jest właśnie ta precyzyja, z jaką możemy zmieniać kierunek dzioba; za to takim cewnikiem metalowym elastycznym możemy wywrzeć daleko większy nacisk niż miękkim, a więc łatwiej wytworzyć drogę fałszywą. Z tych to względów głosowałbym najbardziej stanowczo za zupełnym zaniechaniem używania cewników ze spirali metalowej.

(d. c. n.)

KILKA UWAG

o t. zw. siodełkowatym odjęciu części pochwowej.

Podał A. Karczewski.

W numerze jedenastym „Kroniki Lekarskiej” z roku zeszłego, kol. Boryssowicz ogłosił nowy sposób odjęcia części pochwowej, który ze względu na pewne cechy oryginalności zasługuje na bliższe rozpatrzenie.

Będące obecnie w użyciu metody odjęcia części pochwowej, twierdzi kol. Boryssowicz, posiadają liczne wady: operacja trwa długo, połączoną jest ze znacznym krwotokiem, po dokonanej operacji rzadko udaje się rychłozrost i powstaje zniekształnienie części pochwowej: staje się ona walcowatą, nowoutworzony zewnętrzny otwór macicy bywa otoczony licznymi guzickami i bliznowatymi zagłębieniami, błona śluzowa kanału szyi często się wywija.

Powyższe względy skłoniły kol. Boryssowicza do podania nowej metody, którą zaleca w zamian klinowatego wycięcia sposobem Simona resp. Schroedera. Sposób kol. Boryssowicza polega na „wycięciu z boków części pochwowej trójkątnych symetrycznych piramid dla ścięcia kikuta, pozostającego po operacji, oraz dla zmniejszenia nadmiaru błony pochwowej: po zeszczeniu ran powstałych przez wycięcie piramid, odejmuje się część pochwowa za pomocą dwóch cięć przedniego i tylnego, spotykających się w środku kanału szyi macicznej pod kątem rozwartym, zwróconym wierzchołkiem swym ku górze”.

Zalety tego sposobu, według zdania autora, są następujące: operacja wymaga o połowę mniej czasu, odbywa się przy minimalnem krwawieniu, na dziesiąty dzień po operacji rana jest zabliźniona przez rychłozrost; część pochwowa otrzymuje kształt prawidłowy stożkowaty, oraz brak wystających guzicków i zagłębień naokoło zewnętrznego ujścia macicy.

Sądzę, iż nie wszystkie motywy, które skłoniły kol. Boryssowicza do podania nowej metody odjęcia części pochwowej są dostatecznie uzasadnione, z drugiej zaś strony pozwalam sobie twierdzić, że i własny jego sposób nie jest również wolnym od pewnych niedogodności.

Przedewszystkiem muszę zwrócić na to uwagę, iż kol. Boryssowicz zamiast cięć bocznych, rozdzielających część pochwową na dwa oddzielne płyty (bilaterale Spaltung), wykonywa na bocznych powierzchniach części pochwowej dwa cięcia, w kształcie lit. V, idące rozbieżnie ku wierzchołkowi części pochwowej i kończące się na linii niezbędnego odjęcia; cięcia, przenikające głęboko w miąższ części pochwowej, powinny być prowadzone zbieżnie ku sobie, tak, aby powierzchnie tych cięć mogły się spotkać w głębi bocznej ściany części pochwowej, lecz bez uszkodzenia błony śluzowej kanału szyi macicznej.

Porównyując ten akt operacji kolegi Boryssowicza ze zwykłym rozcięciem boków części pochwowej (bilaterale Spaltung) łatwo jest zauważyć następujące różnice: a) kol. Boryssowicz nie rozdziela części pochwowej na dwa oddzielne płyty, b) z każdego jej boku usuwa trójkątny kawałek błony śluzowej i część miąższu bocznej ściany portionis w kształcie piramidy trójgraniastej.

Nie można zaprzeczyć, iż usiłowanie, dążące do nadania kikutowi więcej prawidłowego kształtu za pomocą wycięcia piramid bocznych, jest rzeczywiście usprawiedliwionem i zasługuje na uznanie. Lecz nie wydaje mi się słusznem pominięcie boczego rozcięcia części pochwowej. Sądzę bowiem, iż ten wstępny akt operacji Simona i Schroedera ma dosyć poważne znaczenie. Najczęściej, zdaje się, wskazaniem do klinowatego wycięcia części pochwowej sposobem Schroedera jest nadżarcie (resp. wywinięcie) ust macicznych, prawie zawsze połączone z przewlekłym nieżytem dolnego odcinka kanału szyi i większym lub mniejszym przerostem części pochwowej. Przez wycięcie klinów z przedniej i tylnej wargi (sposobem Schroedera) usuwamy nadżarcie i zmienioną błonę śluzową kanału szyi, zmniejszając jednocześnie objętość przerosłej części pochwowej. Zawinąwszy do wewnątrz błonę pochwową, przez stosowne połączenie brzegów, zastępujemy zmienioną błonę śluzową kanału szyi przez normalną błonę śluzową części pochwowej. Otóż przystępując do wykonania tej operacji, dopiero po rozdzieleniu części pochwowej na dwa oddzielne płyty, mamy możliwość stwierdzić, jak wysoko sięgają zmiany błony śluzowej kanału szyi i tym sposobem jesteśmy w stanie dokładnie oznaczyć „linię niezbędnego odjęcia”. Postępując zaś według przepisu kol. Boryssowicza, zmuszeni jesteśmy oznaczać tę linię po omacku. Następnie, boczne rozcięcie części pochwowej pozwala nam z przedniej i tylnej wargi wyciąć kliny pożądanego kształtu, stosownie do właściwości danego przypadku. Operując według metody kol. Boryssowicza, napotykamy przytem poważne trudności, gdyż nie tylko nie mamy do rozporządzenia dwóch oddzielnych płatów, tak ułatwiających wycinanie klinów, lecz nadto brzegi ran, wytworzonych przez wycięcie bocznych piramid, są już szwem połączone. To też kol. Boryssowicz prawdopodobnie ze względu na powyższe trudności w wyjątkowych tylko razach radzi wycinać kliny (nie mówiąc w jaki sposób się to wykonywa), w zwykłych zaś przypadkach odejmuje przednią i tylną wargę za pomocą „dwóch

cięć (płaszczyznowych), spotykających się w środku kanału szyi pod kątem rozwartym zwróconym wierzchołkiem ku górze". Podobne postępowanie wydaje mi się nie zupełnie słusznem. Według mego zdania, cały postęp w technice odjęcia części pochwowej polega właśnie na wycinaniu kliników, gdyż tylko tym sposobem jesteśmy w stanie dokładnie przystosować brzegi błony śluzowej części pochwowej i kanału szyi. Nawet normalna tkanka maciczna jest o tyle twardą, błona zaś śluzowa, pokrywająca część pochwową i kanał szyi, tak mało przesuwalną, że dokładne zbliżenie brzegów rany bez wycięcia klinów jest rzeczą niemożliwą, nie mówiąc już o zawinięciu błony pochwowej do kanału szyi.

Po zawiązaniu szwów kol. Boryssowicz „uciska połączone brzegi ran za pomocą tamponu, umocowanego przez zawiązanie nitki pochodzących z głębokich (?) szwów, okalających zewnętrzny otwór macicy”.

Przypisując tamponowi pewne znaczenie „we wzajemnem zbliżeniu błon”, kol. Boryssowicz wyznaje poniekąd, że przystosowanie brzegów przy jego sposobie operowania nie jest zupełnie zadawalniającym. Nie przesądzam, o ile tampon usuwa tę niedogodność, lecz, jak mi się zdaje, nie jest on obojętnym pod innym względem: zatykając dość szczelnie zewnętrzny otwór macicy i pozostając na miejscu w ciągu dni 10-ciu, przez cały ten czas stanowi poważną przeszkodę do odpływania wydzieliny z macicy. Wiadomo zaś, iż po dokonaniem uprzednio skrobaniu, wydzielina ta jest dosyć obfita.

W celu zapobieżenia krwotokowi, kol. Boryssowicz natychmiast zeszywa brzegi ran, wytworzonych przez wycięcie piramid bocznych, co daje mu możność wykonania operacji przy minimalnej utracie krwi. Powyżej zwróciłem już uwagę na niedogodności, wypływające z podobnego postępowania. Obecnie pozostaje mi rozważyć, czy rzeczywiste obawa krwotoku jest o tyle uzasadnioną, aby wymagała powyższej modyfikacji, która bądź co bądź utrudnia samą operację, a w pewnych warunkach zmniejsza doniosłość przedsiębranego zabiegu.

Krwawienie przy odjęciu części pochwowej bardzo jest łatwo utrzymać w pewnych granicach (lässt sich sehr leicht in Schranken halten), twierdzi Martin. Niebezpieczeństwa krwotoku są nieznaczne (lassen sich auf ein geringes Mass zurück führen), utrzymuje Hofmejer. Z tego względu prawie powszechnie zaniechano użycia tych środków, które dawniej były stosowane w celu uniknięcia krwotoku podczas operacji. Znaczniejszy krwotok może mieć miejsce w wyjątkowych przypadkach, mianowicie przy mocnem przekrwieniu mięzsza macicy. Nie zdaje mi się, aby on mógł być groźnym nawet dla bardzo niedokrwistych chorych, lecz może stanowić przeszkodę podczas operowania. Należy jednakże mieć na względzie, że w tych sprawach chorobowych, które się cechują znacznem przekrwieniem mięzsza macicy (przewlekłe zapalenie mięzsza w pierwszym okresie, niedostateczne zwinięcie po położu), dobroczynny wpływ odjęcia części pochwowej, według przypuszczenia pewnych autorów, zależy właśnie od znacniejszego upustu krwi. Być może, iż podobne wyjaśnienie spostrzeżenia Brauna jest mylnem. Sprawę mogłoby poniekąd wyświetlić doświadczenie, zdobyte przy operowaniu sposobem kol. Boryssowicza. To też żałować należy, że ani w pracy kol. Boryssowicza, ani też w ogło-

szonym niedawno sprawozdaniu rocznem z zakładu gynecologicznego nie znajdujemy pod tym względem żadnych wskazówek.

Kto miał możność robić wycięcie klinowate części pochwowej i być obecnym przy wykonywaniu tej operacji przez doświadczonych gynecologów, ten z pewnem zdziwieniem przeczyta w pracy kol. Boryssowicza, że powyższa operacja trwa bardzo długo (3—7 kwadransów) i że po jej wykonaniu rzadko udaje się rychłozrost. W rękach mniej doświadczonych, o ile mogłem zauważyć, operacja nigdy prawie nie ciągnie się dłużej niż trzy kwadransy: wprawni zaś operatorowie załatwiają się z nią w ciągu 6—30 minut. Co się zaś tycze zejścia, to według moich spostrzeżeń, po prawidłowo wykonanej operacji prima stanowi regulę, secunda intentio—wyjątek.

Nikt chyba nie zaprzeczy, że na niepowodzenie operacji, oprócz niedokładności samej metody, wpływa również niedostateczna wprawa w operowaniu. Jak po zwyczajnej amputacji kończyny, wykonanej przez początkującego chirurga, szwy mogą poprzecinać brzegi rany, może się wytworzyć kikut stożkowaty etc., tak również po nieumiejętnie wykonanem klinowatym wycięciu części pochwowej może powstać wywinicie błony śluzowej kanału szyi i mogą się wytworzyć karbki naokoło zewnętrznego ujścia macicy. Lecz zdaje mi się, że składanie złych wyników, będących następstwem niedostatecznej wprawy w operowaniu, na karb samej metody jest rzeczą niewłaściwą. Sam zresztą kol. Boryssowicz zaznacza, że przy stosowaniu metody Schroedera wywinicie błony śluzowej kanału szyi nie ma miejsca. Ja zaś sądzę, że można również uniknąć wytworzenia się guziczków i zagłębień naokoło zewnętrznego ujścia przez dokładne przystosowanie brzegów, założenie większej ilości szwów i umiarkowane ich zaciśnięcie. Winienem jednakże dodać, iż przez powyższe twierdzenie nie mam zamiaru ujmować znaczenia zalecanemu przez kol. Boryssowicza zmniejszaniu nadmiaru błony pochwowej, które bądź co bądź uważam za poważne udoskonalenie w technice odjęcia części pochwowej.

Przechodzimy więc do wniosku, iż metoda kol. Boryssowicza, posiadając pewne zalety, nie odpowiada jednak wszelkim wymaganiom. Być może, iż niektóre ułatwienia w technice operacyjnej przyczynią się do spopularyzowania powyższej metody wśród szerszych kół lekarzy. Ci, na przykład, dla których krwotok, pozbawiający ich należytego spokoju, stanowi główną przeszkodę przy operowaniu, w sposobie kol. Boryssowicza znajdują zachętę do czynienia prób na drodze operacyjnego leczenia cierpień narządów płciowych kobiety. Szkoda tylko, że podobne ułatwienia pociągają za sobą cały szereg poważnych niedogodności. Mając na względzie te ostatnie, sądzę, że „siodełkowate odjęcie części pochwowej”, wykonywane ściśle według przepisu kol. Boryssowicza, nie będzie mogło zastąpić tych metod, które dotychczas słusznie cieszą się powszechnem uznaniem.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

57. Prof. C. WEIGERT. *Chemotaxis.* (*Hygien. Rund., Nr. 15, 1891.*)

Cohnheim wykazał, że zjawiska zapalenia zależą od obfitego wysiedlania się białych ciałek krwi. Możliwość nadmiernie wielkiego wysiedlania się leukocytów miała być warunkowaną przez to, że leukocyty w żyłach skupiały się u ścian, zskąd przez ścianę żyły do ogniska zapalnego emigrowały. Czy to skupianie się przyściankowe w małych żyłach zależy od warunków mechanicznych, jak chce Szklarewski i Weigert, czy też i tu już działalność czynna występuje, niech zostanie tymczasem kwestyjną otwartą. Żadnej jednak wątpliwości niema, że białe ciała krwi przy swem przedostawaniu się przez ścianki żyłne i wędrowaniu w tkankach poruszone są czynnie, t. j., że znajdują się wtedy w stanie „podrażnienia czynnościowego“. Do niedawnego czasu nieporuszano pytania, dla czego leukocyty właśnie ku ognisku zapalnemu się kierują, które czasami, jak np. na rogówce, znajduje się dosyć daleko od naczyn krwionośnych.

Dopiero prace poniżej cytowane wykazują czynnik, który stanowi pożądany dodatek do Cohnheimowskiej teorii zapalenia.

Leber (Ueber die Entstehung d. Entzündung i t. d. Fortsch. d. Med. 1888, str. 463) wskazał, że nagromadzenie się leukocytów u ogniska zapalnego na rogówce stoi w związku z przeciąganiem drobnych organizmów, spermatozoidów roślinnych i t. d., nazwanem przez Pfeiffera-Chemotaxis (Ueber chemotaktische Bewegungen v. Bakterien, Flagellaten u. Volvocineen. Unters. a. d. bot. Inst. in Tübingen). W pracach nad fagocytozą zdarzała się sposobność do podobnych obserwacji, nikt jednak nie znalazł, prócz Lebera, analogji ze zjawiskami w niższych okazach świata zwierzęcego i roślinnego. I tak pomijając już samego Miecznikowa, Hess (Unters. zur Phagocytenlehre. Virch. Arch. Tom 109, 1887, str. 378) zauważył dziwną różnicę w zachowaniu się leukocytów, odpowiednio do tego, czy zasuwiał pod skórę królikom, czy psom kamerę Zieglera (t. j. szkiełka pokrywkowe zlepione z pozostawieniem wąskiej szpary) napełnioną jadowitemi lasecznikami węglika.

W przypadku drugim, a więc u zwierzęcia niewrażliwego na węglik, przechodziły liczne leukocyty do kamery, w przypadku pierwszym, u bardzo wrażliwych królików, przechodziły ilości o wiele mniejsze. Podobnież i Lubarsch (Ueber Abschwächung der Milzbrandbacillen. Fortschr. d. Med. 1888, Tom II, nr. 4) wykazywał na chemotaktyczny wpływ na leukocyty laseczników węglika, nie działających na dane zwierzę, w przeciwieństwie do ciał indyferentnych, np. ziarenka cynobru. Pierwsze były daleko szybciej przyjmowane niż ostatnie. Te i podobne spostrzeżenia stały się zrozumiałemi po ich złączeniu przez Lebera z Pfeifferowską Chemotaxis.

Engelman w r. 1881 (Neue Methode zur Untersuch. der Saaerstoffausscheidung i t. d. Pflügers. Arch. Tom 25) znalazł, że pewne ruchowe bakteryje są silnie przyciągane przez tlen, tak, że w bliskości pęcherzyków powietrznych się skupiają w wielkich ilościach. Weigert (Deut. med. Wochenschr. 1886) zwró-

cił uwagę na fakt, że spirylle tyfusu powrotnego w krwi wypuszczonej zamierały zawsze na powierzchni wbrew swemu ciężarowi gatunkowemu. Stahl (Zur Biologie der Myxomyceten. Bot. Ztg., 1884) ogłosił, że plasmodyje acthalii septici, jednego z myxomycetów żyjących w kwasie garbnikowym, są w ruch wprowadzane przez chemiczne części składowe tego kwasu. Jeżeli takie plasmodyjum położyć na szkiełku — pozostaje ono w spokoju. Jeżeli opodal znajdzie się kropla kwasu garbnikowego — plasmodyjum się ku niej posunie, niby „przyciągnięte“. Stahl znalazł też, że istnieją materyje chemiczne, które odpychają plasmodyje, że jednak i te przez przyzwyczajenie doprowadzić można do stanu, że przyciągane będą.

Podobne spostrzeżenia czynił i de Bary.

Nowy kierunek doświadczeń rozpoczął Pfeiffer w r. 1886. Rozszerzył on odpowiednie badania, wykazawszy, że nitki nasienne protharalij paproci są przyciągane przez rozcieńczone roztwory niektórych materyj (kwas jabłkowy), że wiele organizmów drobnowidzowych przez różne materyje jest bądź przyciąganych, bądź odpychanych. Najważniejszą jego zasługą jest podanie metody badania.

Metoda ta polega na napełnieniu kapillarów szklanych badaniami rozczylnymi i zamknięciu jednego końca kapillaru, kiedy koniec drugi pogrążony zostaje w ciecz zawierającą badane drobne organizmy. Jeżeli dane roztwory w kapillarach przyciągają dane organizmy, wtedy ostatnie dostają się do rurki. Jeżeli rozczyln jest bez wpływu — kapillary zostają wolnymi, znajdowano wtedy tylko pojedyncze organizmy w nich.

W trzecim przypadku — odsuwały się one od rurki. Pfeiffer dowiódł, że nie działają tu momenty fizyczne, przyciąganie kapillarne, strumienie dyfuzyjne lub t. p., lecz, że tu rolę odgrywa chemizm rozczylnów z jednej strony i czysto biologiczne momenty z drugiej. Z tego powodu zjawisko to nazwał chemotaxis, mówiąc o ch. pozytywnej, jeżeli organizmy przez rozczyln są przyciągane, o ch. negatywnej, jeżeli są odpychane lub o indyferentnej, jeżeli żadnego wpływu uruchamiającego nie wywołują.

Z powodu podobieństwa, jakie istnieje między ruchami leukocytów i drobnych organizmów, specjalnie ameb, rozciągnięto doświadczenia i na pierwsze. Pökelhering (Semaine médicale, 1889) zmodyfikował metodę, używając zamiast rurek, kulek z waty, które, zwilżywszy danym rozczylnem do ciała zwierzęcego wprowadzał. Znalazł on np., że leukocyty żaby wchodziły w watę zwilżoną cieczą obojętną w daleko mniejszej ilości, aniżeli do waty, zawierającej hodowlę węgliką.

Właściwa metoda Pfeiffera znalazła zastosowanie w pracach Massart'a i Bordet'a (Recherches sur l'irritabilité des leucocytes etc. Note présent. à la soc. royale des sciences médicales, de Bruxelles le 3 février, 1890). Wprowadzali oni rurki, z jednej strony zamknięte, z cieczą próbną do worka limfatycznego na grzbiecie żaby i do brzucha żaby, zostawiali je tam przez 24 godzin i potem badali ich zawartość. Rurki na-

pełnione cieczami obojętnymi zawierały nieliczne leukocyty. Przechodziły one w rurki pod wpływem dotykowej drażliwości, która jest mniejszą od chemicznej. Jeżeli rurka zawierała hodowlę bakteryjną, występowała silna chemotaxis, zarówno wtedy, kiedy hodowle żyły, jak i po ich zjałowieniu. Badacze wymienieni przekonali się, że własności chemotaktycznych sam grunt odżywczy hodowli nie posiada, zarówno też — że nie gra tu roli podrażnienie dotykowe leukocytów. Wreszcie — że sparaliżowanie ostatnich przez chloral lub chloroform uniemożliwia chemotaxin.

W tych samych granicach co praca poprzednia, mieści się i praca Gabryszewskiego (Sur les propriétés chemiotactiques des Leucocytes. An. d. l'inst. Pasteur, 1890. Pracownia Miecznikowa). Doświadczenia swe czynił G. na axolotlu, żabach i króliku. Ostatniemu wprowadzał rurki pod skórę ucha. Chemotaktyczne własności i tu wystąpiły, tylko, że u ciepłokrwistych dziesięćkroć więcej białych ciałek do rurki się przedostało. Gabryszewski znalazł też, że wszystkie hodowle bakteryjne (za wyjątkiem młodych hodowli cholery kur) silną chemotaxin na leukocyty wywierają, niezależnie od stanu zdrowia zwierzęcia, od żywotności hodowli, od jej zjałowienia, niezależnie od tego, czy hodowle zjałowione zawierały trupy bakteryj, czy też od nich za pomocą filtru Chamberland'a oswobodzone zostały. Przekonał się też, że efekt, chemotaxis, nie zależał od mechanicznego podrażnienia przez rurki szklane. Rurki z płynem obojętnym zawierały b. nieliczne leukocyty. Jeszcze mniej zawierały napełnione ujemnie — chemotaktycznym płynem. Że nie było tu wpływu strumieni dyfuzyjnych, widocznym jest z bezsilności zmian w koncentracji rozczyńców. Że nie gra roli przy chemotaxis podrażnienie dotykowe — przekonał się za pomocą rozczyńców obojętnych zawierających proszki obojętne. Przy pozytywnej chemotaxis w rurkach znajdował całe korki z ciałek ropnych.

Ujemną chemotaxin wywierały u Gabryszewskiego: koncentrowane rozczyńcy soli sodu i potasu, 0,5% chinina, 10% alkohol, woda chloroformowa, kwas mleczny, 2% jequirity, 1—10% gliceryna, żółt i wspomniane młode hodowle cholery kur.

Obojętnie zachowały się: woda, sole potasu i sodu w rozczyńcu od 0,1% do 1%, kwas karbolowy, 1% antipyrina, phlozydyna, papayotina (u żaby), glikogen, pepton, wyciąg mięsny, humor aqueus, proszek karminu w wodzie.

Dodatkowo chemotaktycznie działały: papayotina 1% (u królików) i następujące badane bakteryje: *Bacillus pyogenus*, — *B. cholerae gallinarum* (starsze hodowle), *B. typhi abdominalis*, *B. prodigiosus*, *Staphylococcus pyogenes albus*, lasieczniki czerni (Rothlauf).

Badań powyższych nie uważa G. za zakończone. Wiele jest tu jeszcze kwestyj niezrozumiałych. Choćby np. chemotaktyczny wpływ lasiecznika tyfusu — wobec faktu, że widziano

nagromadzenie w ciele ludzkim tych laseczników bez skupienia się leukocytów i t. p.

Nowe badania Buchnera rzucają ciekawe światło na spostrzeżenia powyższe (Die chem. Reizbarkeit der Leukocyten i t. d. Berl. klin. Wochensch., N. 47, 1890).

Żadne z produktów przemiany materii bakteryj, prócz glikoholu i leucyny—w stopniu małym, nie działają chemotaktycznie. Przeciwnie—proteiny bakteryj, wydzielane przy obumieraniu lub przemianie wstecznej bakteryj, silnie chemotaktycznie działają. Proteiny otrzymywał Buchner, podług metody Nenckiego, z czystych hodowli: bac. pyocyaneus, b. typhi abd., b. subtilis, b. acidi lactici, staphylococ. pyogenes aureus i czerwonego lasecznika kartofla. Rurki napelnione temi proteinami, z obu stron zamknięte, wprowadzał B. pod skórę królikom; potem (podług Cohnheim-Coucilmann'a) ufamywał jeden koniec; po 2—3 dniach znajdowano korki z ciałek ropnych w otwartych końcach rurek. Najsilniej, rzecz dziwna, działała proteina z lasecznika tyfusowego.

A więc doświadczenia Buchnera rozwiewają pozorną sprzeczność w działaniu hodowli starych i młodych—z lasecznika cholery kur.

Stare zawierają laseczniki obumarłe—respect. proteiny, młode zaś—nie.

B. znalazł siłę chemotaktyczną w świeżo przygotowanych: gluten-kazeinie i leguminie, też w zawieszynie mąki pszennej (naturalnie—sterylizowanej); dziwnem jest, że np. mąka krochmalowa siły tej już nie posiadała. Zasadowe albuminaty mięsni, wątroby, płuc, nerek królika, wywołują silną chemotaxin, ze krwi i żółtka jaja kurzego—słabą, z włóknika i białka kurzego—żadnej chemotaxis. Hemialbuminoza (d-ra Grüblera) działała dosyć silnie chemotaktycznie, pepton białkowy weale, klej—dodatnio.

„A więc nie ostatnie produkty rozkładu (kreatyna, kreatynina, mocznik), nie końcowe ogniwa sprawy utlenienia w ciele zwierzęcem—sprawiają wpływ na leukocyty, lecz prawdopodobnie pierwsze produkty przemiany“, kończy Buchner. A więc muszą to być zasadowe albuminaty, ponieważ są to świeżo zmienione substancyje białkowe, przy których powstawaniu H_2S i NH_4 oswabadza się.

Dane Buchnera rzucają światło na rolę leukocytów przy rezorpcyi obumarłych części tkanek, zarówno, jak doświadczenia nad chemotaktycznym wpływem obumierających bakteryj z nowej strony oświetlają naukę o fagocytozie.

Buchner widział dalej nie tylko wpływ materij chemotaktycznych na emigracyję leukocytów z naczyń, lecz i ich rozmnażanie się po zastrzyknięciu protein. Niektóre materyje zawarte w rurkach nie wywierały wpływu chemotaktycznego, zastrzyknięte pod skórę—wywoływały zapalenie, tworzenie się ropy. Ciałem takim jest np. trimetylamin. Buchner tak rozwiązuje tę sprzeczność pozorną. Ciało to nie wywiera chemotaxin. Lecz większe jego ilości, przy zastrzyknięciu pod-

skórnem, wywierają ujemny wpływ na tkanki, w których się tworzą produkty przemiany, działające jak alkali albuminaty—chemotaktycznie.

Ropienie—w przeciwieństwie do prostego zapalenia, wtedy powstaje, kiedy obficie zwabione leukocyty ulegają uszkodzeniu przez materję działającą chemotaktycznie, do tego stopnia, że dalej nie mogą wędrować, pozostają na miejscu, stłuszczają się i t. d.

S. Sterling.

58. Prof. A. BÓKAI. **Wpływ obniżenia ciepłoty na ruchy kiszki.** (*Pest. medic. chirurg. Presse, N. 34, 1891*).

Autor do doświadczeń używał królików, które wystawiał przez czas dłuższy na działanie chłodnego zimowego powietrza, poczem, gdy ciepłota w odbytncy ulegała opadła do żądanego stopnia rozpoczynał doświadczenia. Ciepłota w odbytncy u oziębianych królików wahała się od 27,5° C. do 36,5°. Oziębione zwierzę kładziono do 0,6% roztworu soli kuchennej, którego ciepłota odpowiadała—ciepłocie w odbytncy, poczem otwierano jamę brzuszłą. Okazało się, że jelita zawierały umiarkowaną ilość krwi, były nieruchome, jakby obumarłe. W przypadkach, gdzie ciepłota w odbytncy przewyższała 35°, zdarzało się niekiedy zauważyć słabe ruchy robaczkowe kiszki grubych; jelita były jednak w stanie zupełnego spokoju; poniżej tej ciepłoty nie zdarzyło się autorowi dostrzedz jakiegokolwiek ruchu.

Ścisłając kiszki pincetą, otrzymywano miejscowe pierścienie w kształcie wgłębienia, wskazujące, że brak ruchu, oraz żywotności kiszki nie zależy od porażenia gładkich włókien mięśniowych. Przy podrażnieniu kiszki kryształkiem soli kuchennej nie otrzymywano charakterystycznych skurczów idących w kierunku odźwiernika; tłumaczy to autor porażeniem aparatu nerwowego kiszki wskutek obniżenia ciepłoty krwi.

Podwyższając ciepłotę oziębianych zwierząt wyżej 36,5° w odbytncy, otrzymywał autor stan porażenia narządu nerwowego, który kiszki w ruch wprowadza.

Doświadczenia nad wyciętymi częściami kiszki dowiodły, że obniżenie ciepłoty ciała poraża obwodowy aparat nerwowy, wprowadzając w ruch kiszki.

H. Kucharzewski.

59. **Leczenie choroby Basedow'a.** (Według referatu z *Revue de clin. et therap.*, 2 Sept. 1891 i *Lyon médical* Nr. 40, 1891, podanego w *Deut. Med. Woch.*, N. 49).

Leczenie choroby Basedow'a należy do najtrudniejszych i najniewdzięczniejszych zadań lekarza. Nerwina i leki działające na ośrodki naczynioruchowe, są prawie zupełnie bezskuteczne. Tak wysoko ceniona weratryna in dosis refractis chwilowo tylko zmniejsza pobudliwość rdzenia podłużnego, również przemijającym jest działanie antypiryny. Naparstnica najczęściej bywa zupełnie przeciwwskazana. W początkach choroby, a nawet na wysokości rozwoju na większe zaufanie zdaje się zasługuje hydroterapia, zwłaszcza w połączeniu z elektroterapią. Według Jaccoud'a z korzyścią zastosować można jednocześnie wewnątrz arsenik i sole bromowe.

Terapia zewnętrzna. Przy normalnem lub podnie-

sionem napięciu tętnic, a w większości przypadków nawet i przy istniejącej niemiarowości tętna, zalecamy hydroterapię. U osób wrażliwych zaczynamy od letnich irrygacyj (tuszów kąpielowych), trwających zaledwie po kilka sekund i stopniowo przechodzimy do zimniejszych i dłużej trwających. W przypadkach, gdzie chory tuszu wcale nie znosi, zamieniamy go na ogólne obmywanie.

Przy zaburzeniach menstrualnych zaleca Beni Barde zimne kąpiele nasiadowe, ciepłe lub zimne kąpiele nożne i irrygacje dolnego odcinka macicy. Jednocześnie z hydroterapią stosujemy codziennie i elektroterapię w postaci prądu stałego, słabego napięcia i krótkotrwałego, wzdłuż przebiegu nerwu błędnego z obydwóch stron szyi. Czasem przynosi ulgę zalecane przez Vigouroux stosowanie naprzemian galwanizacji i faradyzacji. Przy faradyzacji biegun dodatni umieszczamy na 10 minut z obu stron w tyle szyi, a biegun ujemny w okolicę karotydjalną, następnie zaś na 5 minut na okolicę tarczową. Przy galwanizacji zaś umieszczamy biegun dodatni na okolicę przedsercową, ujemny zaś w tyle szyi.

Hydroterapię, jak również i elektroterapię stosować trzeba 5 do 6 miesięcy.

Terapija wewnętrzna. Według Jaccoud'a stosujemy naprzemian arsenik i sole bromowe. Kwas arsenawy zalecamy w dawkach stopniowo się powiększających, zaczynamy od 2 mg. i stopniowo podnosimy dawkę w ciągu tygodnia do 4,8 nawet do 8 mg. W następnym tygodniu odstawiamy arsenik, a zalecamy bromek potasu 2-4 g. pro die w dwóch dawkach, rano i wieczorem. W trzecim tygodniu znów dajemy arsenik i t. d.

Jeżeli w przebiegu choroby występuje niemiarowość tętna, wskazana jest naporstnica bez względu na to, czy niemiarowość ta jest tylko czasową (ostre rozszerzenie serca), czy też stałą (wady zastawek, zmiany mięśnia sercowego). Co się tyczy dawki naporstnicy, to najstosowniej trzymać się „złotego środka“, nie naśladować ani Trousseau, który przepisuje po 100 kropli t-ra digitalis pro die, ani też Gueneau de Mussy, który zupełnie bał się używać tego silnego środka sercowego.

Z wód mineralnych zalecamy głównie wody żelaziste; niekiedy wskazane są wody alkaliczno-słone lub inne.

Terapija higieniczna jest nader wielkiej wagi. Chory powinien się wstrzymać zupełnie od tytoniu, herbaty, kawy i alkoholu; powinien unikać wszelkiej męczącej pracy mięśniowej i wzruszeń moralnych. Dyjetę zalecamy wyłącznie prawie mleczną (1-2 litrów pro die), jeżeli naturalnie nie istnieje niewyciężona idyjosynkrazja przeciw mleku.

Chroniczny przebieg choroby wymaga długiego leczenia, a powodzenie terapii zależy głównie od tego, aby chory wszelkie przepisy lekarza jaknajskrupulatniej wypełniał.

J. Zysman.

II. Chirurgija.

60. Prof. KRASKE. **O leczeniu stałą tamponadą po operacjach w sprawach gruźliczych i o tamponadzie środkami podlegającymi wchłanianiu.** (Ueber die Behandlung mit permanenter Tamponade nach Operationen wegen tuberculöser Prozesse und über Tamponade mit resorbierbarem Material). (*Beiträge zur Klinischen Chirurgie, Bd. VII. str. 211, 1891*).

Autor omawia leczenie ran po rezekecjach stawów i kości, wykonanych z przyczyny gruźlicy. Wiadomą jest rzeczą, jak w takich przypadkach trudno jest zaręczyć, że przy operacji usunęło się wszystkie zarażone tkanki; zazwyczaj też stosowane tu zabiegi operacyjne zawodzą pokładane w nich nadzieje. Wprawdzie w ostatnich czasach otrzymano lepsze wyniki, gdy zaczęto wcierać jodoform w powierzchnię rany porezekecyjnej przed jej ostatecznym zeszcieniem; lecz i ten sposób w ogromnej ilości przypadków nie zabezpiecza od recydywy, chociażby nawet początkowo rana zagoiła się *per primam*. Przypuszczając, że przy danym sposobie postępowania jodoform nie jest w stanie wyrzucić swego zbawiennego działania albo dla tego, że za mało czasu pozostaje w styczności z gruźliczymi tkankami, albo też dla tego, że wciera się go w niedostatecznej ilości, czego znów ze względu na jego działanie ogólne uniknąć nie podobna, Kraske wyrzekł się owej podejrzanej wartości *primae* na korzyść otwartego leczenia rany jodoformem. W tym celu tamponuje jamę gazą jodoformową i rana goi się *per secundam*.

Zalety takiego leczenia ran, według Kraske'go, są następujące: 1) usuwa się jeden z warunków, mogących sprzyjać rozwinięciu się septycznego procesu w ranie: tampony doskonale wysysają pierwszą jej wydzielinę, która, jak wiadomo, przedstawia bardzo podatne podłoże dla rozwoju wszelkich drobnoustrojów. Z tego też względu Kocher, Bergmann i inni zalecali w ogóle tamponadę, jako jeden z momentów prawidłowego antyseptycznego postępowania: chcąc utrzymać pewniejszą *primam*, tamponuje się rana i dopiero po przejściu pierwszego krytycznego okresu, t. j. po dokładnem oczyszczeniu się i wyschnięciu rany, nakłada się szew wtórny. Ważniejszym jest jednak 2) przeciwgruźlicze działanie tamponady w ogóle, lecz wtedy powinna być stosowaną nie jako środek tymczasowy, lecz aż do ostatecznego wypełnienia się ziarniną i zabliznienia rany. Już sama obecność obcego ciała pobudza sąsiednie tkanki do tworzenia więcej unaczynionej, żywotniejszej ziarniny, przez co znakomicie się zwiększa jej oporność względem gruźliczego zarazka. Jeżeli się przytem doda 3) swoiste działanie jodoformu na jad gruźliczy, to znaczenie omawianej metody leczenia ran podejrzanych o gruźlicę, stanie się dostatecznie zrozumiałem. Metoda Billroth'a, polegająca na wypełnieniu jamy porezekecyjnej emulsyją jodoformową, poczem rana skórna zupełnie się zaszywa, nie ma wyżej przytoczonych zalet; przytem, jak twierdzi Kraske, płyn Billroth'a nie jest dość

antyseptycznym, wskutek czego rana ropyje i rychłozrost się nie udaje. Co do funkcjonalnego znaczenia nowoutworzonych stawów, autor otrzymał nawet lepsze wyniki, niż się był spodziewał.

Sądził on, że przy leczeniu rany per secundam otrzyma albo ankylozy, albo stawy o bardzo ograniczonych ruchach, tymczasem otrzymywał stawy, wprawdzie nie zupełnie wolne, jednak w zupełności odpowiadające swemu celowi. Wiszących bezwładnie kończyn nie otrzymywał wcale. Szczególniej dobre wyniki otrzymał autor po rezekeyjach stawu biodrowego i łokciowego i w ogóle tam, gdzie wymagalną jest nie tyle ruchomość, co zeszytywnienie stawu i gdzie zachodzi obawa następczego obwisania kończyny (Schlottergelenk). Wyniki swej metody ogłosił autor w 1885 r. i jest z niej bardzo zadowolonym, chociaż przyznaje, że ma ona i swoje złe strony: przy każdym opatrunku i wyjmowaniu z rany tamponu, uszkadza się ziarnina, która jak wiadomo, po kilku dniach wrasta w oczka tamponu, przez co zmniejsza się jej odporność względem gruźliczego zarazka; z drugiej zaś strony nawet przy najbardziej starannem opatrunku trudno unikać, aby nie pozostawić w ranie, szczególnie na spongiosa kości, a zwłaszcza w miejscach głębokich i niedostępnych dla oka—włókien gazy, co znacznie opóźnia ostateczne zagojenie się rany. (Autor nie wspomina wcale o najważniejszej niedogodności swej metody, mianowicie, że gojeniu ran per secundam towarzyszy zawsze znaczne ropienie, które wyniszcza i tak już zazwyczaj osłabionych, wątłych chorych—przyp. ref.).

Mając to wszystko na uwadze, Kraske zwrócił się do zachwalanej w ostatnich czasach plastycznej tamponady ran (Tamponade mit resorbierbarem Material), jako do metody, mającej wszystkie zalety poprzedniej bez jej braków. Jako materiał do wssysającego się tamponu służy jodoformowany włóknik krwi. W tym celu włóknik rozskubuje się na cienkie strzępy, sterylizuje w sublimacie, osusza w alkoholu i poddaje działaniu roztworu jodoformu w eterze. Po odparowaniu tego ostatniego jodoform osiada równomiernie na przygotowanych strzępach, które następnie przechowują się w szczelnie zamkniętych sterylizowanych naczyniach szklanych.

Ranę należy oczyścić i wysuszoną wypełnia się szczelnie przygotowanym w ten sposób włóknikiem, poczem zaszywa się ranę skórną, pozostawiając w niej tylko parę otworków dla sączków z gazy jodoformowej. Na 4—6 dzień sączki te usuwają się i drugi opatrunek pozostaje ewentualnie do ostatecznego zagojenia się rany. W zupełnie pomyślnie przebiegających przypadkach następuje zupełna prima intentio—nawet otwory po sączkach zlepiają się zupełnie. W innych znów razach otwory te goją się per granulationem i przez nie wydzielają się mogą niekiedy powierzchowne strzępy włóknika. W końcu jednak otrzymujemy pożądaną wynik: tampon zostaje w zupełności zastąpionym przez tkankę żywą.

Jan Świątecki.

61. Dr. WITZEL. O przepuklinach ściany brzusznej w okolicy białej smugi. (*Sammlung klinischer Vorträge, N. 10, 1891*).

Autor we wstępie zaznacza, iż cierpienie powyższe par excellence chirurgiczne, prawie do ostatnich czasów podlegało kempetencyi medycyny wewnętrznej. Fakt ten objaśnia się tem, że obecność zacytowanych powyżej przepuklin, wywołuje cały szereg dosyć ciężkich objawów ze strony żołądka i kiszek, tak, że związek między nimi, a istnieniem niewielkiej tego rodzaju przepukliny, która w dodatku podczas badania często bywała niezauważoną, wydawał się dla lekarzy nieco naciągniętym i nie zasługującym na uwagę. Mylności takiego poglądu lekarzy terapeutów dowodzą przedewszystkiem ujemne rezultaty wewnętrznego leczenia cierpień żołądkowo-kiszkowych, wywołanych obecnością przepukliny, a następnie cały szereg dodatnich rezultatów przy operacyjnym leczeniu tego cierpienia. Podawszy następnie krótki rys historyczny o rozwoju nauki zajmujących nas tu przepuklin, autor przechodzi do etjologii tego cierpienia. Przepukliny ściany brzusznej występują przeważnie na linii środkowej brzucha lub w najbliższym jej sąsiedztwie. Okoliczność ta nie jest zupełnie wypadkową, lecz zależną w zupełności od anatomicznej budowy w tem miejscu ściany brzusznej.

Smuga biała, mianowicie, powstaje przez to, że ścięgnięte części mięśni brzusznych jednej strony, przechodząc na drugą, krzyżują się wzajemnie, t. j., że ścięgnięta np. mięśnia skośnego zewnętrznego prawego, przechodząc na lewą stronę, stają się tutaj ścięgnem mięśni głębiej położonych. Wskutek tego smuga biała przedstawia się w postaci siatki z oczkami formy romboidalnej. Oczka te są zwykle bardzo małe i wypełnione tłuszczem. Przez nie w niektórych miejscach przechodzą naczynia i nerwy z głębi na powierzchnię. Wrota przepuklinowe powstają przez rozchodzenie się ścianek tych czeroboków i, jako prawidło, mają formę szpary skórnej. Dla tego więc, jak to zauważył Hyrtl, kureczenie się mięśni brzusznych zmniejsza otwór wrót, a przeto wszelkie paski rupturowe, cisnące w głąb, nie powinny być w tych razach stosowane, jak również przy zeszywaniu takich szpar należy nakładać szew w takim kierunku, w jakim działają mięśnie brzuszne. Opisana też budowa białej smugi szczególne ma znaczenie dla górnej jej połowy—powyżej pępka. W tem miejscu przedstawia się ona w postaci dosyć szerokiej, lecz cienkiej wstęgi, ograniczonej wewnętrznymi brzegami mięśni prostych brzucha. Wstęga ta poniżej pępka staje się znacznie węższą, zyskując znacznie na swej grubości. Ten krótki szkic anatomiczny dostatecznie wyjaśnia, dla czego przepukliny smugi białej częściej zdarzają się powyżej pępka, aniżeli poniżej jego. Płeć podług autora nie ma wielkiego wpływu na formowanie się tych przepuklin. Na poparcie tego zdania autor przytacza 10 przypadków, podanych przez Malgaigne, dotyczących 5 mężczyzn i 5 kobiet. Na 12 przypadków, obserwowanych przez autora, było 7 mężczyzn i 5 kobiet. Co do przyczyn, bezpo-

średnio wywołujących powstawanie przepuklin smugi białej, to dosyć ważną odgrywają rolę urazy w środkową część brzucha, zwłaszcza przy takiej pozycji tułowia, przy której ściana brzuszna jest naprężoną. Następnie gwałtowne schudnięcie, gdy mu towarzyszy ciągły kaszel lub wymioty, bardzo często bywa powodem formowania się tych przepuklin. Mechanizm zaś powstawania ich w tym razie jest bardzo prosty: szczeliny smugi białej, wypełnione prawidłowo tłuszczem, przy ogólnym zaniku tkanki tłuszczowej opróżniają się, a przy zwiększonym ciśnieniu tłoczni brzusznej wciska się w nie tkanka, oblegająca lig. suspensorium hepatis, ciągnąc za sobą otrzewną w postaci lejka i tworząc w ten sposób worek przepuklinowy. Często np. obserwowane były przepukliny smugi białej przy raku żołądka, lub zwężeniu oddzielnika innego pochodzenia. Podług zawartości i zewnętrznej formy przepukliny smugi białej można rozdzielić na trzy kategorie. Najczęściej zdarzają się tak zwane próżne przepukliny; przedstawiające się na powierzchni w postaci guzów mniej lub więcej wydatnych; guzy te mylnie brano były dotąd za zwyczajne tłuszczaki, ponieważ wypuklająca się przez szparę w postaci lejka otrzewna obrośnięta jest tłuszczem. Przy wypukiwaniu dają one odgłos tępy, nie dają się odprowadzić i nie wiele zmieniają się w wymiarach przy zwiększającym się ciśnieniu w jamie brzusznej. Są one zazwyczaj niewielkie i zdarzają się stosunkowo najczęściej. O wiele rzadziej spotykamy przepukliny smugi białej z zawartością sieci, która zazwyczaj zrasta się z workiem. One również występują w postaci guzów, lecz zwykle większych. Ważnym dla nich rysem dyagnostycznym jest ta okoliczność, że chorzy skarżą się na wymioty, występujące zaraz po przyjęciu pokarmów. Objaw ten łatwo daje się wylómaczyć, gdyż żołądek podczas trawienia wykonywa żywe ruchy perystaltyczne, a wskutek tego sieć, przyrośnięta w pobliżu żołądka, jest ciągle szarpaną, przez co na drodze odruchowej powstają wymioty. Na koniec zawartością przepuklin smugi białej może być ściana żołądka, kiszek z siecią lub bez niej, zazwyczaj dochodzi wtedy przepuklina wielkości pomarańczy i przedstawia cechy wspólne wszystkim przepuklinom w ogóle. Rozpoznawanie przepuklin smugi białej zazwyczaj nie jest zbyt trudne. Chorzy tacy uskarżają się na cierpienie żołądka i kiszek przy objawach ciągnących bólów brzucha i częstych wymiotów zwykle po jedzeniu. W przypadkach tego rodzaju, niejasnych pod względem etyologicznym, należy zawsze podejrzewać obecność przepukliny smugi białej. Gdy przepuklina jest zbyt małą, możemy jej nie spostrzedz. By uchronić się od podobnych błędów dyagnostycznych, autor zwraca uwagę na następujące szczegóły: należy zwrócić uwagę, czy chory w czasie kaszlu nie uskarża się na bolesność w okolicy smugi białej, zwłaszcza w pozycji stojącej; nadto, czy powstająca w tych warunkach bolesność danego miejsca znika, gdy chory się położy. Badanie samo dobrze jest wykonywać w różnych porach dnia, gdyż po przyjęciu pokarmów np. guzy przepuklinowe uwydatniają się le-

piej, zwłaszcza, gdy chory po jedzeniu pozostawał przez dłuższy czas w pozycji stojącej. Gdy chory długo leży na wznak, przepuklina może zupełnie zniknąć, znacznie się zmniejszyć, lub pozostać bez zmiany.

Ostatnia okoliczność przy niewątpliwem rozpoznaniu przepukliny smugi białej wskazuje, iż mamy do czynienia z przepukliną próżną. Zmienność zaś wymiarów guza podczas leżenia i stania bezwarunkowo wskazuje na obecność przepukliny. Gdy chory stoi, pochyliwszy się nieco ku przodowi, udaje się wyczuć po odprowadzeniu guza brzezi poprzecznej szpary przepuklinowej, przez nią przy forsownych ruchach oddechowych przeciska się zawartość jamy brzusznej. Przepukliny smugi białej z zawartością żołądka lub kiszki rozpoznają się zwykle bardzo łatwo i charakteryzują się objawami, wspólnymi dla wszystkich przepuklin w ogóle. Jeżeli po wypiciu wody guz się zwiększa i można przytem usłyszeć szum wody, wlewającej się do żołądka, w takim razie ostatni niewątpliwie jest za wartością przepukliny. Operacje przepuklin smugi białej podlegają ogólnym prawidłom operowania przepuklin. Ponieważ omawiane tu przepukliny często są następstwem raka żołądka, autor zwraca uwagę, iż nigdy nie należy zapominać po otwarciu jamy otrzewnej dobrze obmacać żołądek, by ustrzedz się w ten sposób od niewłaściwej prognozy. Gdy dla jakichkolwiekby powodów operacja przepukliny smugi białej nie może być uskutecznioną, autor proponuje zwyczajne bandażowanie brzucha, bardzo wychwalane przez starych lekarzy. W tym kierunku autor posiada nie wiele doświadczenia.

M. Korzeniowski.

III. Choroby krtani i uszu.

62, BAUMGARTEN (Buda-Peszt). **Rzadsze nerwice i nerwice zwrotne ucha, nosa i gardzieli.** (Seltener Neurosen und Reflexneurosen des Ohres, der Nase und des Rachens). (*Monatschrift für Ohrenheilkunde, Nr. 9, 1891*).

Juz Hack zwrócił uwagę na czerwone zabarwienie nosa, jako na nerwicę zwrotną, z rozszerzeniem naczyń połączoną (vasodilatatorische Reflexneurose). Coś podobnego spostrzegali autor na muszli usznej. Przypadek dotyczył 45-letniego ekonoma, przedtem zupełnie zdrowego z wyjątkiem haematemesis, które przed rokiem wystąpiło. Od 2 dni lewa muszla uszna i wejście do zewnętrznego przewodu słuchowego obrzmiały — silnie zaczerwienione, błyszczące. Po 3 dniach objawy te znikły, w krótkim jednak czasie znowu wystąpiły. Chory skarży się przytem na katar nosa, datujący od influenzy, na którą chory zapadł w zimie. Przy badaniu nosa znaleziono z lewej strony liczne polipy śluzowe. Po ich usunięciu nie tylko ustąpił katar nosa, lecz co dziwniejsze i objawy ze strony muszli usznej, które w ciągu tego czasu kilkakrotnie się powtarzały.

Stosunkowo często spostrzegał autor w Buda-Peszcze nerwicę nosa pod postacią nerwowego kataru—rhinitis vasosecretoria. Między innymi autor leczył 50-letnią bardzo nerwową damę, która od dłuższego czasu cierpiała na peryjodycznie występujący czysto nerwowy katar nosa.

Podczas takiego ataku chora zużywa dziennie od 14—16 chustek do nosa. Zimową porą, na ulicy chora najlepiej się czuje, natomiast atak występuje bezpośrednio, gdy tylko chora znajduje się w mocno ogrzonym pokoju lub w letni upalny dzień. W ostatnich czasach przyłączyły się bóle w okolicy lewego łuku brwiowego, lewego oka, lewego skrzydła nosa, wreszcie lewego policzka. Cała ta strona była lekko obrzmiała, zaczerwieniona, cieplejsza i wilgotniejsza. Po antipyrynie nie było rezultatu. Autor zapędził kokainą lewy średni przewód nosa i przez rurkę Hartmana zastosował pary eteru kamforowego do lewych zatok: Highmora i czołowej. Dalej autor zastosował elektryzację i mięsienie miejsc bolesnych z wielką dla chorej ulgą. Wreszcie po kilku dniach przypalił przerosłe muszle nosa. Jest to więc przypadek nerwicy pod postacią rhinitis vasosecretoria, oraz zwrotnych jej postaci: vasodilatatoria i neuralgicia.

Dalej autor przytacza następujący ciekawy przypadek zapalenia ucha średniego natury naczynio-wydzielniczej. Pan N., lat 39, skarży się na zatkanie w uchu lewym, trwające od 2 dni. Przy badaniu ucha znaleziono zmętnienie błony bębenkowej, słuch nieco upośledzony. W nosie z lewej strony bardzo znaczne skrzywienie przegrody. Przy kateteryzacji wilgotne rżenia, poczem słuch lepszy. Po 6 dniach wyleczenie. W 6 tygodni potem powrót cierpienia. Uderzającym było to, że podczas, gdy lewa połowa twarzy była obficie pokrytą wielkimi kroplami potu, prawa była najzupełniej suchą. Po obtarciu w parę sekund znowu spotniała lewa połowa twarzy. Chory zaznacza, że objaw ten trwa u niego od roku, jednocześnie nadmieniając (co autor mógł naocznie skonstatować), że koszule, a nawet surdut w okolicy lewej jany pachowej były przesiąknięte wodą—z prawej zaś najzupełniej suche. Zdaniem autora w przypadku powyższym otitis media secretoria była bezpośrednio zależną od nadmiernego wydzielania potu (hyperidrosis) po stronie lewej.

W jednym przypadku, dotyczącym nerwowego kolegi przy każdorazowym badaniu kamertonem (nizkich tylko tonów) od strony prawego ucha (błona bębenkowa prawidłowa, od lat wielu szum, słuch nieco słabszy), następowało odruchowe skręcenie głowy ku tyłowi i stronie prawej. W przypadku tym nadczułość nerwu słuchowego przez podrażnienie wywoływała spastyczny odruch mięśnia kapturowego (cucullaris).

Wreszcie, na zakończenie autor podaje następujący interesujący przypadek nerwicy zwrotnej. Lekarz sztabowy skarży się na uczucie palenia w gardle (jak gdyby miał gardło posypane papryką). Prócz tego w początku każdego aktu jedzenia czuje skurcz w przelyku, tak, że kęs pokarmowy zatrzymuje mu się

w gardle. Ponieważ przypuszczano obecność raka w przelyku, chorego zbadano sondą z ujemnym jednak rezultatem. Również nie doprowadzały do celu różnorodne płukania, oraz pędzlowania. Przy badaniu autor znalazł na tylnej ścianie gardzieli liczne granulacje, które usunął żegadłem galwanicznym. Efektu jednak i tym razem nie było. Wreszcie autor przypadkowo zauważył na języku obrzmiałą jedną papilla circumvallata, na którą chory, przy dotykaniu sondą, jako na siedlisko cierpienia wskazuje. I rzeczywiście po przypaleniu takiej wszystkie objawy nastąpiły bezpowrotnie. W przypadku więc powyższym papilla circumvallata, będąc w stanie zapalnym, wywoływała spastyczny odruch w przelyku.

Jan Sędziak.

63. HUNT (Liverpool). **Przypadek krupowego zapalenia błony śluzowej nosa.** (A case of croupous rhinitis). (*Journal of Laryngology and Rhinology*, Nr. 12, 7891).

Pierwszy Hartman w r. 1887 opisał 6 przypadków tego cierpienia u dzieci. Od tego czasu były spostrzegane i opisywane podobne przypadki. Z tem wszystkiem są one jeszcze bardzo rzadkie. Dość powiedzieć, że w Anglii dopiero Hunt pierwszy tego rodzaju przypadek ogłasza, przypadek tem ciekawszy, że dotyczył osoby dorosłej.

Żona lekarza zasięgała rady autora z powodu zatkania prawej nozdrzy, trwającego od 10 dni. Przy badaniu znaleziono: stan bezgorączkowy, cała jama nosa z prawej strony o ile tylko okiem można dojrzeć, wysłana grubą, białą błoną, kąpiącą się w wodnistej wydzielinie. Z lewej strony błona śluzowa obrzmiała i zaczerwieniona, błon jednak nie widać. Po odjęciu kleszczykami części błony z przegrody nosa—można było zauważyć nierówną, lekko krwawiącą powierzchnię. Po usunięciu większej części błony, co nie bez trudności dało się wykonać, autor wdmuchnął do nosa jodol i zalecił spray alkaliczno-antyseptyczny. Na drugi dzień powierzchnia była znowu pokrytą błoną rzekomą. Prócz tego stan podobny wystąpił na migdałach. Błony te jednak, tegoż samego zresztą charakteru, przy zdejmowaniu nie pozostawiały krwawiącej powierzchni. W ciągu następnych 4 dni, autor codziennie usuwał błony, które po 24 godzinach zawsze na nowo występowały. Co się tyczy błon na migdałkach, to takowe po jednorazowym usunięciu, oraz zapędzlowaniu 12^o/_o azotanem srebra więcej się nie powtórzyły. Przez następne 10 dni z nosa wypływała obficie wydzielina śluzoropna. Że w przypadku powyższym nie może być mowy o jakimś innym cierpieniu, jak tylko o krupowym zapaleniu błony śluzowej nosa, to nie ulega najmniejszej wątpliwości. Brak ogólnych objawów (gorączki etc.), dalej brak wszelkiej możliwej infekcyi (błonicy nie było stanowczo w sąsiedztwie, rodzina chorej, między innymi małe dziecko było przed i po opisanem cierpieniu najzupełniej zdrowe), wreszcie brak zajęcia gruczołów i jamy nosogardzielowej, wszystko to pozwala z zupełną stanowczością wykluczyć dyfteryję. Dodać należy, że część błony była podda-

ną badaniu drobnowidzowemu, przyczem okazały się masy włókniaka w części ziarnistego, w części niteczkowatego, dalej liczne leukocyty i nieco nabłonkowych komórek.

Rhinitis crouposa należy do cierpień, w których zarówno etylogija, jako i patologija przedstawiają jeszcze wiele ciemnych stron. Sam przebieg kliniczny u różnych autorów różnie bywa opisywanym. I tak, jedni przyjmują go za czysto miejscową—bez gorączki przebiegającą sprawę chorobową, inni natomiast opisują przypadki z przebiegiem gorączkowym, z wyraźnemi ogólnemi zaburzeniami. Jedni, jak naprzykład Bosworth za charakterystyczną cechę tego cierpienia przyjmują łatwość, z jaką błony rzekome dają się zdejmować bez pozostawiania krwawiącej powierzchni. Inni natomiast (Potter) wręcz przeciwnego są zdania. Długość trwania od 8 dni do 5 tygodni. Bardzo interesującym i względnie częstym jest jednocześnie zajęcie migdałków, jak to i w przypadku autora miało miejsce. Zwrócić tu należy uwagę, że z cierpieniem powyższym, samodzielnie występującem, nie można identyfikować tych błon, które prawie zawsze występują po operacjach galwanokaustycznych w nosie. Są one urazowego pochodzenia i odpowiadają temu, co francuzi nazywają „diphthérie de la plaie”.

Jan Sędziak.

64. SAINT HILAIRE. O własnościach miejscowo-znieczulających antypryny i o użyciu jej w pewnych cierpieniach gardła i krtani. (*Démonstration des propriétés anesthésiques locales de l'antipyrine. De son emploi dans certaines affections de la gorge et du larynx.*) (*Archives internationales de laryngologie, de Rhinologie et d'Otologie, Nr. 5, 1891.*)

Autor wspólnie d-rem Coupard w r. 1890 zwrócili uwagę na własności lecznicze antypryny, zastosowanej miejscowo przy pewnych cierpieniach gardła i krtani. Powyższe własności autor zdemonstrował na posiedzeniu laryngo-rhino-otyatrycznem w Paryżu. Królikowi do oka wpuszczono kilka kropel stężonego roztworu antypryny (4:10). Bezpośrednio, jak to i u człowieka ma miejsce, występuje dość silny ból; takowy jednak znika po kilku sekundach, ustępując miejscowo zupełnemu znieczuleniu. Autor (po upływie minuty) dotykał rogówki i spojówki królika różnemi przedmiotami—a nawet mocno przypalał rozgrzaną do czerwoności szpilkę bez wywołania jakichkolwiek ze strony oka odruchów. Na zasadzie licznych doświadczeń, wykonanych w pracowni fizyologicznej wydziału lekarskiego w Paryżu, autor przychodzi do następujących wniosków:

1. Znieczulenie zależne od antypryny jest zupełnem.
2. Czas trwania znieczulenia wynosi od 1—2 godzin.
3. Dla wywołania znieczulenia nie należy używać zbyt słabych roztworów (np. poniżej 30‰).

Należy dodać, że o tych własnościach antypryny wspominali już G. See, Gley i Cazavias. Autor przypuszcza, że owe miejscowo-znieczulające własności antypryny można z wielkiem powodzeniem wyzyskać przy leczeniu ciężkich postaci (owrzodzeń) gruźlicy gardzieli i krtani, pędzując 2—3 razy

dziennie (co chory i sam bezpiecznie może robić) roztworem 4 grm. na 10 grm. wody. Dla uniknięcia owego chwilowego bólu przy stosowaniu antypiryny można ją połączyć z małą ilością chlorku kokainy (0,15—0,25). Dla uzyskania szybkiego, krótkotrwałego znieczulenia, np. przy operacjach—kokaina ma wyższość nad antypyriną, której jednak należy oddać pierwszeństwo tam, gdzie chcemy uzyskać dłużej trwające znieczulenie.

Jan Sędziak.

65. Von Prof. Dr. TRAUTMANN. **Stosowanie trójchlorku jodu przy ropieniach usznych za pomocą nowej szprycy aseptycznej.** (Die Anwendung des Jodtrichlorid bei Ohrensiterungen mittels einer neuen aseptischen Spritze). (*Deutsche Medicinische Wochenschrift*, Nr. 29, 1891 r.).

Wyborne działanie dezynfekcyjne trójchlorku jodu (jodtrichlorid), ustalone przez Riedel'a i Behringa, skłoniło Trautmann'a do wypróbowania środka tego przy ropieniach usznych. Rezultat okazał się bardzo pomyślnym. Trójchlorek jodu przedstawia się w postaci proszku żółtawo-czerwonego o zapachu ostrym, pobudzającym do kaszlu. W roztworze 5% trudno ulega rozkładowi. Rozczyn taki ma kolor bursztynu, posiada taki sam zapach, jak i proszek, tylko nieco słabszy. Jeżeli ulega z czasem rozkładowi, wtedy staje się ciemniejszym, a następnie brunatno czerwonym.

Rozczyn trójchlorku jodu nadaje skórze i błonie śluzowej, na którą działa, barwę żółtawo-brunatną; zabarwienie to znika już po 2—4 godzinach.

Przy stosowaniu tego środka nie można się posługiwać szprycą metalową, gdyż metal się rozkłada, a wskutek tego działanie środka traci na sile. Dla tego też T. obmyślił szprycę uszną szklaną z tłokiem asbestowym. Szprycą tą łatwo się rozbięra, tłok asbestowy również może być zmieniony—jednym słowem oddzielne części można dobrze wyjałowić, szprycą zamyka się przytem szczelnie, tłok asbestowy przez szczególne urządzenie szruby może być rozszerzony lub zwężony. Do szprycowania najlepiej jest przygotować za każdym razem roztwór świeży z gotowego roztworu 5%. T. zaleca zacząć od roztworu 1/8%, stopniowo przechodząc do 1/4%—1/2%, najwyżej do 1%. Do silniejszych jeszcze roztworów, nawet do 2 1/2%, można przejść tylko wtedy, jeżeli bóle się nie potęgują. Najlepiej jest szprycować jednego dnia roztworem trójchlorku jodu, a drugiego wyjałowioną wodą. Za każdym razem dla dezynfekcyi ucha zużytkować trzeba 200 g. płynu. Bóle, jakie występują po szprycowaniu trójchlorkiem jodu, nie są silne, trwają zwykle 1/2—1 godz. Ból staje się łagodniejszy, jeżeli zaraz po użyciu roztworu trójchlorku jodu wyszprycujemy ucho wodą. Nieprzyjemny zapach, jaki istnieje zwykle przy ropieniach ucha, znika zaraz po zastosowaniu tego środka i wraca dopiero po 24 godz. Przy ropieniach bardzo cuchnących posługiwać się trzeba roztworem mocniejszym. Rozczyn trójchlorku jodu posiada przytem znakomitą własność zmywa-

nia naskórka, który zwykle mocno się trzyma przy chronicznych cierpieniach usznych, zwłaszcza przy choleastomii.

Przy ropieniach ucha średniego z uszkodzeniem błony bębenkowej wydziela się zaraz po szprycowaniu nieznaczna ilość żółtawego płynu surowiczego. Wydzielina ta ustaje przy rozczynach słabych po upływie 1—2 godz., przy rozczynach mocniejszych trzyma się nieco dłużej. Jeżeli przy uszkodzeniu błony bębenkowej rozczyn trójdłorku jodu przechodzi przez trąbkę Eustachego do gardzieli lub nosa, to wywołuje bardzo przykre uczucie drapania i palenia. W nosie palenie bywa silniejsze, aniżeli w gardzieli. Popijanie wody zmniejsza uczucie palenia w gardzieli, trwa ono w ogóle zwykle około $\frac{1}{2}$ godz. Przy szprycowaniu T. zaleca nachylić głowę chorego ku dołowi, aby płyn dostał się do gardzieli, a nie do nosa.

Objawy otrucia lub zapalenia nigdy nie występują przy stosowaniu tego środka. Trautmann zaleca głównie stosowanie rozczynów trójdłorku jodu w następnych cierpieniach ucha.

Przedewszystkiem we wszystkich przypadkach chronicznych ropienia ucha średniego z próchnieniem kości lub bez takowego. Wymienicie ma działać środek ten w tych przypadkach, gdzie uszkodzenie błony bębenkowej jest znaczne, lub gdzie pod nieznacznem uszkodzeniem błony szerzy się proces karyjetyczny w jamie bębenkowej.

Przy fistułach kostnych, leżących przed błoną bębenkową, przy znacznym zniszczeniu kości, prowadzącem do wyrostka sutkowego, T. stosował trójdłorek jodu z pomyslnym skutkiem.

Jeżeli przy chronicznem ropieniu ucha błona śluzowa okaże się nabrzmiąłą, pokrytą ziarniną, wtedy przedewszystkiem trzeba ziarninę usunąć za pomocą ostrej łyżeczki, lub też galwanokauterem przypalić błonę śluzową.

Nareszcie przy otwartych ropniach lub wrzodziakach w zewnętrznym przewodzie słuchowym trójdłorek jodu działa bardzo pomyslnie i zapobiega poniekąd recydywom.

J. Zysman.

66. LUBET-BARBON. Znieczulanie ogólne bromkiem etylu przy operacjach nosowych i usznych. (*Arch. internat. de Laryng. Rhinol. et d'Otologie, N. 1, 1892*).

Znieczulanie miejscowe za pomocą kokainy nie zawsze jest wystarczające: w uchu np. działa ona bardzo słabo, z drugiej zaś strony nie znosi ona obawy, z jaką dzieci zwłaszcza odnoszą się do wszelkich operacji, a obawa ta połączona jest zazwyczaj z niespokojnem zachowaniem się chorych, co dla samej operacji stanowi wielką przeszkodę.

Usypianie chloroformem przy operacjach zazwyczaj tak bagatelnych stanowi samo przez się i ze względu na następstwa zabieg o wiele cięższy i bardziej kłopotliwy, niż sama operacja.

Wprowadzony od niedawna w użycie do znieczulań miejscowych bromek etylu nadaje się najzupełniej do znieczulań ogólnych; autor stosował go w ciągu ostatnich lat dwóch

w 500 przypadkach przy operacjach następujących: wyrosłe adenoidalne, wycięcie migdałów, przerost muszli nosowych, skrzywienia przegrody, polipy uszne i amputacja rękonożki.

W działaniu bromek etylu zbliżony jest do dwutlenku azotu: nie wywołuje ani objawów ze strony serca, ani niedokrewności mózgu, ani omdlenia, można przeto stosować go w siedzącej pozycji chorego. Nadaje się on tylko do operacji małych, wykonywanych szybko, gdyż działa tylko tak długo, dopóki chory go wdecha.

Samo usypanie odbywa się w sposób następujący: chory siedzi w pozycji, jaką ma zachować podczas operacji; zwykłą maską, używaną przy chloroformowaniu, nakrywa możliwie szczelnie usta i nos chorego, który winien spokojnie i głęboko oddychać i nalewa się na nią odrazu dużą ilość płynu; po 5 lub 6 wdechach następuje odurzenie; wówczas należy maskę zdjąć, przy dłuższem bowiem wdechaniu nastąpi skurcz mięśni, który przeszkadzać będzie w operacji i wywołać może zaburzenia w oddechaniu. Jeżeli operacja trwa dłużej, maskę trzeba nałożyć powtórnie. Po ukończeniu operacji chory natychmiastowo przychodzi do siebie, może sam powstać i chodzić.

Bromek etylu stosować można u wszystkich chorych, począwszy od 2—3 lat wieku; najodpowiedniejszym jest wiek od 5—15 lat.

Baczyć jedynie należy, aby preparat był chemicznie czysty i nie rozłożony, t. j., aby nie zawierał bromu w stanie wolnym.

W. Szumlański.

IV. Choroby oczne.

67. Dr. A. ELSCHNIG. O zatorze tętnicy pośrodkowej siatkówki. (Ueber die Embolie der Arteria centralis retinae). (*Archiv für Augenheilk.*, XXIV, 2).

E. przytacza dwa przypadki, z których jeden zbadany był także pod względem anatomicznym. Z dotychczasowych opisów zmian anatomicznych, znajdujących w gałce ocznej po zatorze, zaledwie cztery tylko godne są uwagi.

W przypadku E. znaleziono, co następuje: Encephalomalacia post thrombos. art. fossae Sylvii; Atheromatosis arteriarum cerebri, Dilatatio cordis totius, Infarctus renum, Induratio universalis. Zakrzep tętnicy szyjowej wewnętrznej w sinus cavernosus w następstwie miażdżycowego zapalenia ścianki naczynia. Światło tętnicy ocznej, jako też tętnicy pośrodkowej siatkówki aż do jej rozgałęzienia na tarczy jest wolne; w każdej z obu tętnic brodawkowych znajduje się czop zatowrowy (embolus); przylega on do ściany, nie zamyka jednak światła tętnicy, lecz je tylko zwęża, — w znaczniejszym stopniu w dolnej, aniżeli w górnej; czopy znajdują się w okresie organizacyi i oddzielone są od strumienia krwi tworami śród-

blonkowemi. Układ naczyniowy siatkówkowy, szczególnie zaś tętnice, przedstawiają zmiany właściwe przewlekłemu zapaleniu ścianek naczyń, zwłaszcza błona wewnętrzna (intima), tak, że światło wielu mniejszych tętnic i żył jest zupełnie zniesione (arteritis i phlebitis proliferata). Wewnętrzne warstwy siatkówki (włókna nerwowe, komórki zwojowe, warstwa drobinowa wewnętrzna i ziarnista wewnętrzna) są w stanie daleko posuniętego zaniku, pierwiastki nerwowe zniknęły; tkanka łączna wraz z jądrami włókien promienistych Müller'a w znacznej mierze, zewnętrzne zaś warstwy w ogóle zupełnie dobrze są zachowane. Na niewielkiej przestrzeni w kształcie sierpa u zewnętrznego brzegu tarczy zanik ogranicza się do włókien nerwowych; w obwodowych częściach siatkówki inne warstwy, oprócz włókien nerwowych tylko w nieznacznym stopniu uległy zanikowi. W okolicy plamki żółtej siatkówka zmieniona jest w ciekłą błonę, składającą się prawie wyłącznie z młodej tkanki łącznej, w której znaleźć można resztki zewnętrznej warstwy ziarnistej; w częściach pośrodkowych plamki żółtej brak także warstwy pręcikowo-czopkowej. Nabłonek barwnikowy ad maculam jest nieprawidłowy, komórki zniepodobnione, miejscami brak ich zupełnie, jedne zawierają bardzo dużo, inne znów bardzo mało barwnika; między nabłonkiem a warstwą pręcikowo-czopkową znajduje się cienka błona skrzeplonej substancji białkowej; bardziej ku zewnątrz warstwa ta staje się znacznie grubsza, a oprócz tego zjawia się także i między nabłonkiem a naczyniówką, która się zresztą zupełnie prawidłowo przedstawia. Nigdzie nacieczenia zapalnego siatkówki. Brodawka nerwu wzrokowego jest w stanie zaniku, tkanka nerwowa zastąpiona tkanką łączną. Im dalej ku tyłowi, tem zanik nerwu jest mniej znaczny; po za miejscem wejścia tętnicy pośrodkowej nerw jest zupełnie prawidłowy.

I. *Zakrzep tętnicy szyjowej wewnętrznej.* Zakrzep tętnicy szyjowej wewnętrznej nie wystarcza sam przez się do wywołania zmian anatomicznych w gałce ocznej, gdyż natychmiast zjawia się krążenie oboczne, dzięki kółku tętniczemu Willis'a (circulus arteriosus Willisii). Za to może on z łatwością sprowadzić zator tętnicy pośrodkowej siatkówki; ponieważ po zamknięciu światła carotidis tętnicę oczną zasilają inne tętnice, biorące udział w kółku Willis'a, przeto u skrzeplu w carotis powstaje wir, który odrywać może od niego czopki zatorowe; stąd tak często zdarza się, że zatorowi tętnicy pośrodkowej siatkówki towarzyszy zator w mózgu.

II. *Zjawiska w układzie naczyniowym siatkówki.* Czopa zatorowego można przy badaniu drobnowidzowem nie znaleźć, może on się zorganizować i zamienić w ciekłą listwę, przylegającą do ścianki naczyń i pokrytą śródbłonkiem.

Dwie są przyczyny bezkrwistości lub niedokrewności siatkówki: czop zatorowy i skurez ścianki naczyń, jaki tenże wywołuje. Skurez przejdzie, krew na nowo zaczyna krążyć. Czop nie potrzebuje być koniecznie tak grubym, jak wielkiem jest światło tętnicy; może on płynąć przez zetknięcie

ze ścianką naczyń, wywołać jej skurcz i zatrzymanie w biegu. Potem następują zmiany błony wewnętrznej (timae), dzięki którym czop zostaje przymocowanym do ścianki, organizuje się i pokrywa śródbłonkiem.

Przy zatorze a. centr. ret. małe naczynia lepiej są napełnione krwią, aniżeli większe. Pochodzi to ztąd, że nagły spadek ciśnienia wywołuje podrażnienie miejscowego aparatu naczynioruchowego ścianek naczyń, muscularis kurczy się i przepędza krew z większych tętnic do mniejszych, a dalej do naczyń włosowatych i mniejszych żył. Naczynia więcej oddalone od tętnicy pośrodkowej mają jednak zbyt małą zdolność kurczenia się, ażeby się mogły w tym samym stopniu opróżnić, co większe gałęzie tętnicze.

Słabe napełnienie większych żył tłumaczy się w następujący sposób: w zwykłych warunkach ciśnienie jest w nich najniższe; skutkiem tego przy przerwaniu dopływu krwi i spadku ciśnienia wewnątrznacyniowego — w większych żyłach spada ono najprędzej poniżej ciśnienia wewnątrzgałkowego; naczynie zostaje uciśnięte, światło znika i odpływ krwi z gałki ocznej ustaje.

Pulsatio a. centralis ret. spontanea, które E. spostrzegł po powrocie krążenia, da się wytłumaczyć obniżeniem ciśnienia w tętnicy pośrodkowej siatkówki; sprowadza je zwężenie światła naczynia przez czop, częściowo tylko zamykający światło; ztąd ciśnienie wewnątrznacyniowe tylko w czasie skurczu serca zdolne jest przewyższyć ciśnienie wewnątrzgałkowe.

Dośrodkowe (centripetalne) krążenie krwi, spostrzegane w tętnicach przez E., objaśnić można połączeniami żył siatkówkowych, jakie istnieją u ora serrata, dzięki którym przy embolia partialis krew może się dostawać do tętnic z żył sąsiednich.

Skutkiem niedokrewności zjawiają się zaburzenia w odżywianiu ścianek naczyń, mianowicie ziarniste zmętnienie, a następnie zwyrodnienie tłuszczowe ich pierwiastków, z czego rozwija się przewlekłe zapalenie. E. przyjmuje tu t. zw. anemiczne cierpienie naczyń („anaemische” Gefaesserkrankung).

III. *Zmiany anatomiczne siatkówki.* Zmętnienie siatkówki, zjawiające się po zatorze, zależy od zmian w odżywianiu pierwiastków nerwowych, nie zaś od obrzęku.

Skutkiem ustania dopływu krwi tętniczej powstaje zgorzel warstwy mózgowej siatkówki (włókna nerwowe, komórki zwojowe, warstwa drobinowa i wewnętrzna warstwa ziarnista). Pierwiastki nerwowe ulegają ziarnisto-tłuszczowemu rozpadowi, stopniowemu wessaniu, wreszcie zanikowi. Ma tu mianowicie miejsce zgorzel skrzeplinowa (Coagulationsnekrose). Zgorzel krwotoczna nigdy się nie zdarza; krwotoki powstają dopiero po przywróceniu krążenia, jako następstwo zmian zaszyłych w ściankach naczyń pod wpływem zatoru. Zmian zapalnych niema; arteritis zależy od niedokrewności, ma zatem przyczynę swoją we krwi (haematogen).

Przy zatorze tętnicy pośrodkowej potęguje się i zmienia

jakościowo wpływ naczyńiówki na odżywianie siatkówki. Dowodzą tego pewne zmiany w nabłonku barwnikowym, jako też owa warstwa skrze�niętej substancji białkowej, znajdujaca się między nabłonkiem a pręcikami—czopkami.

IV. *Wiśniowo-czerwone centki w okolicy plamki żółtej.* Wkrótce po nastąpieniu niedokrewności, jaką sprowadza zator, zjawia się w okolicy plamki żółtej centki koloru wiśniowego, wielkości jednej trzeciej do połowy tarczy nerwu wzrokowego; gdy w pozostałych częściach siatkówki zmętnienie zmniejszać się zaczyna, plamka staje się większą, ciemniejszą i zjawiają się na niej żółte lub białe plamki; w końcu zaś pozostaje tylko ciemniejsze zabarwienie i grubo lub drobnoziarnisty wygląd tej okolicy; te ostatnie zmiany mają miejsce wtedy, gdy siatkówka odzyskała już swoją przezroczystość. Zjawisko to rozmaicie starano się wytłomaczyć, żadna jednak z dotychczasowych teoryj nie okazała się dostateczną. Również i badanie anatomiczne dawało dotąd ujemne rezultaty. Otóż E. w swoim przypadku znalazł ważne zmiany w częściach pośrodkowych siatkówki (ad maculam), mianowicie: bardzo znaczne zcienczenie siatkówki w całej okolicy plamki żółtej i nieprawidłowości w nabłonku barwnikowym. Na podstawie tych faktów stara się E. w następujący sposób wytłomaczyć zjawianie się czerwonej plamki: Ponieważ w okolicy plamki żółtej na pewnej przestrzeni włókien nerwowych już niema, przeto zmętnienie tej warstwy siatkówki nie może wpływać na zmianę prawidłowej barwy tego miejsca. Warstwa zaś komórek zwojowych w okolicy plamki żółtej jest wprawdzie bardzo gruba, nie ulega jednak zmętnieniu; tłomaczy się to znaczniejszem, niż gdziekolwiekindziej, zastępczem krążeniem soków naczyńiówki, dzięki obfitości jej naczyń włośnowych w tem miejscu, co sprawia, że rozpad komórek zwojowych nie jest raptowny i że produkta rozpadu szybko są usuwane; to też warstwa ta zachowuje swoją przezroczystość, podobnie jak przy pierwotnym zaniku nerwu wzrokowego. Gdyby inne zmiany, oprócz pomienionych nie zachodziły, miejsce, odpowiadające plamce żółtej, posiadałoby zwykłą, prawidłową barwę czerwoną; tymczasem ma ono kolor wiśniowoczerwony, a oprócz tego ulega zmianom w zabarwieniu jeszcze po zniknięciu zmętnienia siatkówki. Tłomaczą to zmiany w nabłonku barwnikowym, polegające na tem, że najprzód ilość barwnika powiększa się, potem zaś zmniejsza, przyczem po części odbywa się i jego odradzanie. A więc na obrazy oftalmoskopowe ad maculam składają się dwie przyczyny, mianowicie: przezroczystość, jaką siatkówka w tem miejscu zachowuje przy zatorze, i zmiany w nabłonku barwnikowym.

V. *Odżywianie siatkówki i brodawki nerwu wzrokowego.* Obwodowe części siatkówki są daleko lepiej zachowane, aniżeli dno oka, co dowodzi, że odżywianie ich zależy nie tyle od a. centr. ret., ile od naczyńiówki. Prawdopodobnie bierze tu także udział plyn ciała szklatego.

Połączenia między układem naczyńiowym rzęskowym

a siatkówkowym u wejścia nerwu do gałki ocznej nie wystarczają do odżywiania brodawki; dzięki jednak owym połączeniom po zatorze nie następuje prosty zanik, lecz zanik włókien nerwowych z przerostem tkanki łącznej. Połączenia te sprawiają także, że na pewnej przestrzeni u zewnętrznego brzegu brodawki wszystkie warstwy są zachowane, oprócz włókien nerwowych.

Rzęskowo-siatkówkowe tętnice mogą zmienić obraz chorobowy, a mianowicie mogą sprowadzić zmiany właściwe zatorowi częściowemu, gdyż ta część siatkówki, którą zaopatruje tętnica rzęskowo-siatkówkowa, pozostaje niezmienną.

Z. Holo.

68. ELSCHNIG. (GRAC). **Przypadek ostrego zapalenia gruczołu łzowego.** (Ein Fall acuter Dacryoadenitis). (*Centralbl. f. prakt. Augenheilkde, 1891, XII*).

Silny i zdrowy mężczyzna pracował przez cały dzień w zalanej piwnicy, stojąc powyżej kolan w wodzie. We dwa dni potem uległ zapaleniu prawego, a po dwóch następnych dniach—lewego gruczołu łzowego. Obrzmienie i bolesność były znaczne; chory gorączkował. Zalecono mu pozostawanie w łóżku i salicylan sodu. Stan chorego szybko się poprawiał, tak, że dziesiątego dnia choroby gruczołów prawie nie można już było wyczuć; pozostał tylko nieżyty łącznicy i zupełny brak łez. Ta nieczynność gruczołów łzowych trwała jeszcze dwa tygodnie, poczem łzy na nowo zaczęły się wydzielać; wtedy też dopiero przeszedł nieżyty łącznicy.

E. utrzymuje, że w przypadku tym w następstwie przeziębienia miało miejsce zakażenie ogólne z umiejscowieniem w gruczołach łzowych, w których zarazek znalazł odpowiedni grunt odżywczy. Jeżeli parotitis jest dziś uważana za chorobę ogólną, to równie dobrze można za taką uważać i dacryoadenitis, gruczoł bowiem łzowy ma budowę podobną do budowy ślinianek. Za tym poglądem przemawia także i fakt, że parotitis wikła się czasem zapaleniem gruczołu łzowego. Uporczywość nieżyty łącznicy, który trwał dopóty, dopóki łzy nie zaczęły się wydzielać, E. tłumaczy tem, że skutkiem braku łez powierzchnia gałki ocznej nie była splókiwana i ciała drażniące nie były z niej dostatecznie usuwane.

Z. Holo.

69. K. LIEBRECHT (Halle a. S.). **Przyczynek do etjologii i rokowania w przypadkach porażen mięśni ocznych.** (Zur Aetiologie und Prognose der Augenmuskellähmungen). (*Münch. med. Wochenschr., 1891*).

W szeregu 25,000 chorych z kliniki prof. Schoelera (w Berlinie) wykazano 312 przypadków porażen mięśni ocznych. Z tej kategorii pacjentów 70-ciu tak długo pozostawało w obserwacji, że zdołano co do nich zebrać dane dokładniejsze: przekonano się, że mimo ścisłego, specjalnie neuropatologicznego badania i długotrwałego spostrzegania udało się wyświecić momenty etjologiczne zaledwie w 64% ogólnej liczby odpowiednich chorych, podczas gdy przyczyny 36%, czyli przeszło $\frac{1}{3}$ tych przypadków nie zostały wykryte. Na-

leży przypuszczać, iż w niewyświetlonych przypadkach tego rodzaju, zwykle zaliczanych do rzędu „samoistnie powstałych”, nie może być mowy o miejscowem, samoistnem cierpieniu pojedynczych nerwów, natomiast zdaje się słusznem twierdzenie autora, orzekające, iż i w tych przypadkach niewątpliwie istnieje tenże sam związek przyczynowy, co i w przypadkach, których geneza najściślej została określona.

Za dowód pewien posłużyć może okoliczność, iż w obu rodzajach przypadków nie zachodziła żadna różnica w stosunku wyników pomyślnych i niepomyślnych leczenia tudzież, co do przeciągu czasu potrzebnego na wyleczenie porażen uleczalnych. Liczba przypadków etjologicznie nie wyświetlonych coraz poważniej zmniejszać się musi w miarę, o ile szybszym stanie się rozwój neurologii, a zarazem im dłużej nam danem będzie obserwować chorego od chwili podjęcia pierwszego badania.

Br. Ziemiński.

70. FR. LANGER (Wiedeń). **Czy jest się uprawnionym do uważania przestworu okołonaczyniówkowego tudzież przestworu Ténona za przestwory chłonne?** (Beitrag zur normalen Anatomie des menschlichen Auges. „Ist man berechtigt, den Perichoroidealraum und den Ténon'schen Raum als Lymphräume aufzufassen?”. *Sitzungsber. d. kais., Ac. d. Wiss. in Wien Math.—naturw. Classe; Bd. XCIX. Abth. 9.*)

Na pytanie, umieszczone w tytule, Langer odpowiada przecząco; uznaje on przestwór okołonaczyniówkowy, oraz przestwór Ténona jedynie za przestwory stawowe. Brak wszelkiej łączności (Communication) między obu temi przestworami narządu wzroku; żyły wirowate, w zewnętrznych $\frac{2}{3}$ częściach swego przebiegu, stanowią rurki, utworzone li-tylko z śródbłónka (Endothelrohr), a ściśle spojone ze ścianką przewodu w białkowiec. Droga, po której wstrzyknięta masa przedostaje się z przestworu okołonaczyniówkowego na powierzchnię zewnętrzną gałki ocznej, sztucznie zostaje wytworzona; z wielką starannością podjęte, a ściśle przeprowadzone doświadczenia Langer'a niewątpliwie przekonywują w tym względzie. Oba w mowie będące przestwory pozostają w stosunku prostym do wielkości gałki ocznej, względnie do rozmiarów części poruszających i poruszanych; przeto zaledwie wykazać się dają ślady tych przestworów w małych oczach niektórych zwierząt ssących, a czasem nawet brak zupełny takich przestworów.

Br. Ziemiński.

71. TRUC. **Zoły i jaglica oka.** (*Lymphatisme et trachome. Ann. d'Ocul., 1891.*)

Nieraz już twierdzono ¹⁾, iż limfatyzm odgrywa rolę poważną w rozwoju jaglicy. Wszak niegdyś jeszcze Arlt wykazywał u chorych jaglicowych wydadne usposobienie zolżowate. l'anas podaje, iż 90—95% pacjentów, dotkniętych jaglicą po-

¹⁾ Br. Ziemiński. O operacyjnem leczeniu jaglicy spojówki oka. Przegląd Lekarski, 1889.

wiek i rogówki, zaliczyć należy do szeregu osobników wyraźnie limfatycznych. Toż samo zdanie wygłosił Raehlmann. Prof. Truc stwierdza, iż w Montpellier ziarnina jaglicza narządu wzroku powstaje prawie wyłącznie u osób limfatycznych, przeważnie też u kobiet i u dzieci. Wszyscy nasi chorzy jaglicowi, mówi Truc, są w mniejszym lub w większym stopniu limfatyczni, skrofuliczni tudzież tuberkulicy. Ogólne wejście tych pacjentów, stan gruczołów chłonnych, blizny i wysypki na skórze dosadnie przekonywują o istnieniu u danych pacjentów skazy zolzowej, objawiającej się w rozlicznych postaciach.

Najgroźniejsze i najuporeczywsze przypadki jaglicy napotyamy u osób niezaprzeczenie skrofulicznych. Chorzy o wyglądzie zdrowym lub tylko zlekka limfatyczni zazwyczaj dotknięci bywają dobrotliwą postacią trachomatu. Ogólnie orzec można, iż groźność objawów ocznych u chorych jaglicowych pozostaje w stosunku prostym do stopnia limfatyczności ich ustroju. Jednym słowem, odpowiednio do stopnia limfatyzmu wytwarzają się warunki przyjazne zakażeniu jaglicą i jej zaraźliwości.

Twierdzenie to jest tem racjonalniejsze, że klinicznie stwierdza się u limfatyków pewien brak odporności pokrywy naskórkowej wobec wszelkich podrażnień. Powłoki ustroju zwykle tu bywają siedliskiem pęcherzyków, pryszczyków, wysypek rozlicznych; tkanki, nasiąkłe limfą, okazują niezmiernie mało zdolności odżywczej tak, że rany powierzchowne leniwie się goją. Nadto, napływ krwi do błon śluzowych stosunkowo często wydarza się. Istnieje tu w ustroju ściśle stwierdzona, atoli mniej ściśle wyswietlona, ułomność w odżywianiu, sprzyjająca zakażeniom, z zewnątrz pochodzącym, a więc i przyjazna wybuchowi jaglicy w narządzie wzroku.

Br. Ziemiński.

72. E. ZAUFAL (Praga). **Znaczenie wziernikowego badania oczu dla leczenia operacyjnego ciał obcych w jamie bębenkowej.** (*Prager med. Wochenschr.*, 1891).

Jak w ogóle przy zapaleniu ucha średniego (Otitis media), tak i w razie obecności ciała obcego w jamie bębenkowej kładzie Zaufal wielki nacisk na wynik badania oftalmoskopowego. Skoro się już przy pierwszym badaniu stwierdza objawy zapalne w tarczy nerwu wzrokowego (Papillitis) lub też objawy zapalenia nerwu wraz z siatkówką (Neuroretinitis), to ani na chwilę nie należy ociągać się z dokonaniem należytego rekozcynnu. A nawet wówczas trzeba pomyśleć o operacji, kiedy u chorego, który początkowo miał dno oka zupełnie normalne, stopniowo poczynają rozwijać się postępowe objawy przekrwienia głębszych pokryw gałki, a nie jest się w możności wykazania innej przyczyny tych objawów prócz sprawy ropnej, nurtującej w uchu. Postępowe przekrwienie żyłne wnętrza oka, powikłane przez podwyższenie się ciepłoty ciała choćby o 1° po nad normę, zmusza do natychmiastowego usunięcia ciała obcego.

Br. Ziemiński.

73. SCHROEDER (Petersburg). **Przypadek ostrego zapalenia gruczołu łzowego przy parotitis epidemica.** (Ein Fall von Dacryoadenitis acuta bei Parotitis epidemica). (*Klin. Mon.-Bl. Augenheilkunde, 1891, XII*).

Chora, młoda i silna kobieta, po przeziębieniu dostała 6 Kwietnia r. z. gorączki, kataru, zapalenia gardła (angina) i obustronnego zapalenia gruczołu przyusznego (mumps). Po czterech dniach zjawilo się obrzmienie lewej górnej powieki, po następnych zaś czterech dniach—prawej. 15 Kwietnia, t. j. w dzień przybycia chorej do szpitala, stan był taki: gorączki niema, parotitis i angina zniknęły; w miejscu odpowiadajacem położeniu gruczołu łzowego wyczuwa się z każdej strony, zwłaszcza z lewej, guz bolesny przy ucisku; wydzielanie łez nie powiększone. Do 30 Kwietnia znikły prawie zupełnie wszelkie objawy choroby, zostało tylko nieznaczne stwardnienie lewego gruczołu łzowego, które się jeszcze 6 Maja wyczuć dawało. Stosowano compresses échauffantes z 4% kwasu borowego.

Szczególnem jest w tym przypadku współistnienie zapalenia gruczołu łzowego z parotitis epidemica. Jaki może zachodzić związek przyczynowy pomiędzy obu temi cierpieniami, na to odpowiedzieć można tylko hipotezą. Zauważyć należy, że obydwa gruczoły mają jednakową budowę. Silne obrzmienie lewej górnej powieki utrudniało na razie postawienie dyagnozy; wobec znacznego obrzęku łącznicy gałki ocznej (chemosis) i pewnego ograniczenia ruchów gałki ocznej myślano w pierwszej chwili i także o tenonitis. Godnem uwagi jest podobieństwo tego zapalenia gruczołu łzowego do parotitis. Hirschberg takiemu dacryoadenitis, powstającemu jednocześnie z zapaleniem ślinianek, nadaje miano: „mumps gruczołów łzowych”.
Z. Holc.

V. Choroby weneryczne i skórne.

74. Dr. ERNEST FINGER. **Zmiany anatomo-patologiczne cewki moczowej mężczyzn przy tryprze. Przewlekły tryper.** (*Ergänzungheft zum Archiv für Dermatologie und Syphilis, rok 1891*).

Autor korzystając z sekcyjnego materiału w szpitalu Rudolfa w Wiedniu, dokonał seceki na organach płciowych 120 trupów; zmiany w cewce znalazł w 31 przypadkach, co stanowi 26,8%. Według rozmieszczenia przewlekłe zapalenie cewki moczowej rozmieszcza się w następujący sposób:

Pars pendula	.....	wylącznie w 17 przyp.
Pars pendula + bulbus.	.....	4 „
Pars pendula + bulbus + pars membranacea	.....	1 „
Bulbus	.....	1 „
Bulbus + pars membranacea.	.....	— „
Pars membranacea	.....	1 „

Razem . 24 przyp.

Część krokowa cewki sama i w połączeniu z innymi od-

działami cewki była chora w 12 przypadkach; opisu zmian tej części kanału moczowego autor w danej pracy nie zamieścił.

Wyżej wskazane 24 przypadki autor opisuje szczegółowo każdy, zaznaczając zaraz na wstępie, że są zmiany, które można tylko widzieć na żywym, jak np. przekrwienie, obrzęk, zmiany więc te nie weszły do opisu, a są zazwyczaj opisywane w podręcznikach endoskopii. Zmiany makroskopijne w tkankach cewki przy przewlekłym tryprze występowały bardzo jasno; nabłonek był to lekko zmętniały, to zupełnie zbieleły, to zgrubiały, tak, że przy powierzchownem badaniu można go było przyjąć za powierzchowne blizny. Braki w nabłonku rzadko występowały i to tylko pod postacią małych wysepek; obszernych nadżarć autor nigdy nie zauważył.

Jak wiadomo normalny nabłonek cewki stanowi przedłużenie nabłonka głans penis; cewka wysłana jest pojedynczą warstwą cylindrycznego nabłonka, pod którym leży 1—2 warstw polygonalnych zamieszczających komórek. Na preparatach drobnowidzowych stale występowało bujanie tej drugiej warstwy nabłonka; zamiast 1,2 warstw znajdował autor 4,5 i więcej; między komórkami nabłonka zauważyć można było białe ciała krwi w znacznej ilości. Warstwa powierzchowna nabłonka przedstawiała się to rozpulchnioną, to porożywaną, to słuzowo wydrodniałą. Najważniejsze jednak zmiany, na które autor szczególnie zwraca uwagę, leżą w przemianie nabłonka cylindrycznego w nabłonek płaski.

Zmiany w tkance łącznej podnabłonkowej są o tyle ważne, że stanowią o dalszym losie błony śluzowej; zmiany te są zapalnej natury; w tkance łącznej podnabłonkowej zauważyć się dają nacieki to rozlane, to umiejscowione, przeważnie około zatok Morgagniego i gruczołków Littrego. Nacieki zapalne czasami dochodził do ciał jamistych prącia i głębiej. W starych naciekach można zauważyć komórki wrzecionowate i większą ilość włókien bardziej zbitych; z tych to nacieków tworzą się blizny, które zazwyczaj odpowiadają zapalnemu ogniskom.

Podobnie jak nabłonek i tkanka łączna podnabłonkowa tak i zatoki Morgagniego przyjmują udział w chorobie; zmiany nabłonka w zagłębieniach są analogiczne z wyżej opisanymi; nierazko całe zagłębienie jest wypełnione nabłonkiem; w innych przypadkach otwór doprowadzający szeroko jest rozwartym, a w takim razie i makroskopijnie można go zauważyć gołym okiem. Często bywa znaczny zanik zagłębień, najrzadziej zaś wytwarzają się małe cysty w skutek zarostu wylotu. Gruczoły rzadziej podlegają zmianom jak zagłębienia, zmiany te występują to w tkance łącznej w której leżą, to w tkance łącznej przegródek gruczołu, to w jego nabłonku. Zmiany są analogiczne z wyżej opisanymi, t. j. wyrażają się zapalnym naciekiem z następczem zbiegnięciem tkanki, zmianami nabłonka.

Ciała jamiste rzadko ulegają zmianom; punktem wyjścia służą gruczoły Littrego, założone w tkance ciała jamistego. Nacieki zapalne prowadzi do zgrubienia przegródek, ich małej

rozszerzalności i zmniejszonej pojemności komórek ciała jamistego.

Pochodzenie zwężeń wedle autora warunkuje się głębokością nacieków i ich rozmieszczeniem w świetle cewki; tylko te nacieki sprowadzają blizny i zwężenia, które przenikają do ciał jamistych.

W końcu tej pracy autor w następujący sposób streszcza swoje poglądy na zmiany patologiczne cewki przy tryprze.

1) Tryper chroniczny według zmian anatomo-patologicznych przedstawia zapalenie tkanki łącznej podnabłonkowej; w zapaleniu tem odróżnić należy dwie fazy: okres zapalnego nacieku i okres wytworzenia tkanki łącznej bliznowatej.

2) Do wyż wzmiankowanych zmian głównych należy dołączyć to komplikacyjne, to zmiany następcze.

3) Do pierwszych odnieść należy: mnożenie, kataralne złuszczenie i zwyrodnienie śluzowe nabłonka, wyściełającego swobodną powierzchnię cewki i zagłębień, zmiany w gruczołkach Littrego i w ciele jamistem. Tu również zaliczyć należy obostrzenie chronicznego zapalenia, występujące od czasu do czasu i zwykle szybko przemijające.

4) Do zmian następczych należy zaliczyć: przemianę na błonka cylindrycznego w płaski zanik zagłębień Morgagniego i gruczołków Littrego.

Wł. Kopytowski.

75. Prof. NEISSER. **O zastosowaniu tumenolu w chorobach skórnych.** (*Deut. Med. Woch.*, Nr. 45, 1891).

Autor zalecał tumenol, jako środek dobrze działający przy pryszczycy (eczema) i wszelkiego rodzaju swędzeniach. Tumenol składa się z siarku (w postaci oleju) tumenolu i siarczanu tumenolu (proszku). Środek ten jest barwy czarnej, ma nie zbyt przykry zapach i rozpuszcza się w wodzie, chociaż nie łatwo. Zależy to od tego, że z pomiędzy dwóch jego części składowych siarczan rozpuszcza się w wodzie łatwo, olej zaś w wodzie nie rozpuszcza się wcale, lecz za to słabo w wodnym roztworze kwasu sulphotumenolowego. Stosować można tumenol w rozmaitych postaciach. Do dogodniejszych autor zalicza roztwór wodny ($2\frac{0}{10}$ — $5\frac{0}{10}$), który działa doskonale susząco na skórę, ciasta ($5\frac{0}{10}$ — $10\frac{0}{10}$), plaster tumenolowy, doskonale znoszony przez moknące jeszcze powierzchnie skóry, olej tumenolowy, szczególnie zaś nalewkę z tumenolu, która przygotowuje się według recepty:

Tumenoli 5,0

Aether. sulph.

Spirit. vini rectificat.

Aq. destillatae aa 15,0,

jeżeli idzie o szybsze działanie suszące, albo też według tej samej recepty z zastąpieniem wody gliceryną, jeżeli działanie suszące ma być słabsze.

Ze wskazań do użycia tumenolu autor podaje tylko te, które uważa na zasadzie dwuletnich badań swoich za zupełnie pewne. Otóż środek ten działa dobrze przy moknących powierzchniach skóry przy pryszczycy, wywołując ich zasychanie

i pokrycie rogowaczącym nabłonkiem, a nadto znakomicie uśmierza swędzenie skóry, zarówno przy pryszczycy, jako też przy świerzbiące (prurigo). Przy swędzeniu pochodzenia nerwowego środek ten również często pomaga.

Oprócz tych dwóch głównych wskazań, autor zaleca tumenol, jako zmniejszający objawy zapalne (przekrwienie, powstawanie wysięku) i jako środek opatrunkowy przy powierzchownych owrzodzeniach, nie wyłączając nawet wrzodów gołeni. Działania na głębokie warstwy skóry, a więc na starsze jej nacieczenia, ani antyseptycznego tumenol, według autora, nie posiada.

W. Janowski.

76. HILLIS. Leczenie trądzika. (Un traitement de l'acné indurée). (*La Sm. Med.*, 504, 1891).

Dwa razy na tydzień chory przyjmuje pigułki z kalomeli i rabarbaru, nazajutrz rano szklankę wody wypróżniającej, zawierającej siarczan magnezyi.

Dwa razy dziennie, rano i wieczór, robią się obmywania twarzy wodą bardzo gorącą, poczem na krótki czas przykładają się następująca maść:

Rp. Sulphuris iodati 0,06.
Lanolini 30,0 f. ungt.

Niezależnie od tego każdą krostkę (pustula) smaruje się dwa razy tygodniowo azotanem rtęci. Chory przytem powinien zachować odpowiednią dyjetę.

Wojciechowski.

77. WINCKLER. Leczenie róży olejkiem terpentynowym. (Traitement de l'erysipele par l'essence de térébenthine). (*La S. Med.*, N. 59, 1891).

Miejsca porażone autor smaruje Ol. Terebinth. gall. za pomocą pędzelka lub tamponu z waty. Przed pierwszym smarowaniem skórę zmywa się eterem siarczanym lub wyskokiem bezwodnym. Każde smarowanie, których powinno być cztery do pięciu dziennie, zaczyna się najpierw od skóry zdrowej, ażeby nie przenieść zarodków róży na miejsca nieporażone, co łatwo nastąpić by mogło przy smarowaniu w kierunku odwrotnym. Po każdym smarowaniu okolica zajęta pokrywa się watą aseptyczną, którą umocowuje się gazą tarlatanową; zdjęty opatrunek należy spalić natychmiast.

Pod wpływem podanego leczenia polepszenie następuje bardzo szybko; wyleczenie średnio po pięciu dniach. Już po trzech lub czterech opatrunkach, chorzy zaprzestają doznawać zwykłego przy róży nieprzyjemnego napięcia skóry.

J. Wojciechowski.

VI. Wiadomości pomniejsze.

78. Przy **krwotokach** zaleca dr. Chapmann terpentynę do wewnątrz. Z praktyki swej przytacza przypadki, w których krwotoki maciczne (przy włókniaku) poprzednio nie ustępujące po zastosowaniu odpowiednich środków, ustawały po podaniu co 2 godziny po 20 kropel terpentyny. (*Allg. med. C. Z.* 1892, nr. 6).

79. Ruggieri, badając działanie **lecznicze diuretyny** w licznych przypadkach cierpień organów krążenia, oddechowych, trawienia i narządu moczowego, przekonał się, że środek ten nie jest tak niewinnym za jaki go starali się przedstawić autorzy, najpierw stosujący; u wielu bowiem chorych R. występowały bóle głowy, zawroty, nudność i rozwolnienie.

(A. W. m. Z., 1892, nr. 7).

80. Dr. Thiéry i H. Fosse, opisują sposób **leczenia zapalenia przyjądrza** (przy tryprze) za pomocą zraszania roztworem kwasu karbolowego. Sąsiednie miejsca ochrania się tkaniną gutaperkową, roztwór (słaby), o ile można gorący (35—40° C.), rozpyla się za pomocą zwykłego rozpylacza dwa razy dziennie po 20 minut. Ból zmniejsza się znakomicie i sprawa znacznie się skraca; wyleczenie następuje, średnio, po tygodniu.

(Gaz, Med. de Paris, Wr. 5).

81. Prof. J. F. Goodhart z Londynu, opierając się na trzyletnim doświadczeniu, radzi **pilocarpinę**, jako jeden z najlepszych środków w celu zniesienia nieprzyjemnego **swędzenia przy żółtaczce**. Środek ten najlepiej podawać w postaci zastrzykiwań podskórnych. (Br. Med. Jou. Stycz.).

82. Dr. Leloir poleca, jako środek niezawodny nawet w bardzo uporczywych **przypadkach czkawki ucisk na nerw przeponowy** (n. phrenicus) lewy w miejscu pomiędzy przyczepem mostkowym i obojczykowym mięśnia m. sterno-cleido-mastoidei. (Sem. Médicale, Stycz.).

83. Gugenheim i Derne otrzymali następujące wyniki — przy stosowaniu **eksalginy**. Bóle (w przypadkach nerwobólu twarzowego, międzyżebrowego, migreny, bóle reumatyczne t. zw. dolores osteocopi, rwa kulszowa, bóle zębów) pod wpływem tego środka zmniejszały się znakomicie. Raz doznano zawodu przy nerwobólu twarzowym (na trzy przypadki) i raz przy międzyżebrowym (na 4); w większości przypadków wystarcza doza 25 centygrm., można ją podnieść do 75 nawet do 1 grm. Podawać najlepiej w postaci:

Exalgini 25 — 75 centrgr.

Spirit. Vini 90 qu. s.

Syr. diacodii 10 grm.

Aq. destilatæ 90.

S. zażyć połowę o 2-iej, drugą o 5-iej wieczorem.

Z działania ubocznego zauważono dotąd niekiedy nieznaczne uczucie ciepła w dołku, nudzenie, lekki zawrót. (Lyon 5).

84. **Maść na kilaki skóry, pokrytej włosami i na wypadanie włosów przymiotowe.** (Rietema).

Rp. Hydr. Annisato bichlor. 4,0.

Sublimati 0,20.

Vassellini

Lanolini aa. 20,0.

Essentiae rosarum gtt V f. ungt.

Przed użyciem maści głowa za każdą razą zmywa się roztworem dwuwęglanu sody. J. W.

85. **GOTTSZTEJN. Rożę** leczy następującą maścią:

Rp. Sublimati 0,025.

solve in aq. dest. qu. sat.

Lanolini 22,0

Vassellini 46,0.

M. f. ungt.

Powyższą maść autor radzi energicznie wcierać w miejsca dotknięte różą. J. W.

86. PICK. **Smarowanie osuszające.** (Un liniment Siccatif). (*La S. M.*, N. 29, 1891).

W wypadkach, wymagających pokrycia i zabezpieczenia skóry, autor zaleca bardzo następujące smarowanie:

Rp. Gummi tragacanthae subtt. pulv.	5,0.
Aquae destillatae	100,0.
Glicerini puri	2,0.

Smarowanie ma postać syropu; łatwo rozprowadza się na skórze warstwą cienką i jednostajną; zasychając szybko tworzy powłokę trwałą, cienką, gładką, suchą, która nie zmienia koloru skóry i łatwo oddziela się przy zmywaniu wodą.

Smarowanie to bardzo łatwo utrzymuje w zawieszeniu znaczne ilości rozmaitych środków, bądź rozpuszczalnych, bądź nierozpuszczalnych w wodzie np. Ol. cadini, ichtyol, balsamum peruvianum, chrysarob., zincum oxyd., jodoform, acidum pyrogallicum, Hydrarg. oxyd. flavum i t. p.

Związki oleiste opóźniają mniej lub więcej stwardnienie smarowania, lecz go nie noszą.

Pick pokrywał smarowaniem, zawierającym 10⁰/₀ dziegciu, bardzo obszerne przestrzenie skóry bez żadnych złych następstw dla chorego. Działanie miejscowe było zarówno energiczne, jak i przy zastosowaniu czystego dziegciu, wessanie leku było tak słabe, że nigdy nie zauważono występowania objawów zatrucia. J. W.

87. Dr. Labord, podaje jako dobry środek **przeciw tasiecom sole stroncejanowe.** Zauważył on ten wpływ przypadkiem w doświadczeniach farmakologicznych na psach. Radzi podawać roztwór z 20 grm. strontium lacticum w 120 gr. wody z gliceryną — 2 łyżki stołowe dziennie w ciągu 5 dni. (*le Bull. med.* 27 Jan. W. 4).

88. Dr. Berenger-Férand chwali **kwac mleczny, jako środek, zapobiegający występowaniu napadów podagrycznych.** 40 grm. kw. mlecznego rozpuszcza się w takiej samej ilości wody, łyżeczka tego roztworu zawiera 2 grm. kwasu. Dozę tę chory rozpuszcza w 2—3 szklankach wody, które wypija w ciągu dnia; po upływie trzech tygodni kurację przerywa się na 10 dni, poczem rozpoczyna się na nowo. Ubocznego szkodliwego wpływu nie zauważono. (*Bull. gen. de Thérap.* 1891, W. 4).

89. **Twardnienie naczyń jako następstwo „jarstwa”** (wegetaryjanizm). Wyłącznie karmienie się roślinami nie znajduje w ogóle rozpowszechnienia w krajach więcej na północ położonych, nie było ono jednak uważane za szkodliwe, tymczasem pojawia się coraz więcej spostrzeżeń, przypisujących temu rodzajowi żywienia się wpływy ujemne na ustrój. Monin z Paryża, uważa obfite spożywanie pokarmu roślinnego za źródło wapnienia ścian naczyń, z powodu, że zawartość soli mineralnych w roślinach jest znacznie większa, niż w mięsie.

Raymond widział wiele przypadków b. wczesnego zwapnienia naczyń w pewnym klasztorze, trzymającym się reguł „jarstwa”. Treille spostrzegł to samo w Kalkucie pomiędzy mieszkańcami, żyjącymi się wyłącznie ryżem. Ostatnio dr Alanus (Boston), wegetaryjanin, który zresztą przy tym sposobie życia nie czuł się ani lepiej, ani gorzej, niż dawniej przy mieszanej dyecie, zauważył znaczne stwardnienie swych skroniowych i promieniowych tętnic, czego nie mógł niczem innem objaśnić (nie pija gorących

napojów), jak tylko wpływem roślinnego pożywienia. Porzucił je więc i uważa, że spowodza ono zbyt wczesne starzenie się (twardnienie naczyń, fosfaturyja etc.), że może być stosowane tylko przy pewnych wskazaniach i, że bez szkody nie może być praktykowane dłużej niż 1—2 miesiące—na podobieństwo takich metod dyjetetycznych, jak kuracje Bantinga, głodowa etc. (D. M. W. 5).

90. Abelons i Langlois przedstawiali na jednym z ostatnich posiedzeń „Société de Biologie”, wyniki swych prac nad **funkeją nadnerczy**. Autorzy przypisują temu organowi własność niszczenia pewnych ciał trujących, wytwarzanych przy przemianie materji, według analogji z wątrową. Ciała te mają działać podobnie do kurare. (W. P. 5).

91. *Statystyka intubacyi*. Prof. Waxham z Chicago na 343 przypadki intubacyi krtani, otrzymał 123, czyli 38,85% wyzdrowień.

(Archives of peditriess, Lipiec 1891).

92. Dr. Kugler proponuje podawać **kreozot w czopkach** zawierających $\frac{1}{2}$ do 1 grm. Miejscowego podrażnienia nie widziano. (L. 8).

Odpowiedź na „Uwagi” kol. Karczewskiego.

Pod skromnym tytułem „*Kilka uwag o t. zw. siodelkowatem odjęciu części pochwowej*”, kol. Karczewski napisał wyczerpującą rozprawkę o moim sposobie operowania; krytykuje w niej nie tylko samą metodę, lecz każdy moment przebiegu operacyi oraz jej następstw, zaprzecza słuszności względów, które skłoniły mię do podania tego sposobu operowania, a nawet, zmniejszone krwawienie, podczas dokonywania operacyi, uważa za szkodliwe, wątpiąc w skuteczność operacyi, na zasadzie przed laty wypowiedzianego „*przypuszczenia pewnych autorow, że dobroczynny wpływ odjęcia części pochwowej zależy od znaczniejszego upustu krwi*”. Że jednak „*Uwagi*” te kol. Karczewskiego są za drobiazgowe, a przede wszystkim, że pozbawione są wszelkich cech obserwacyi, doświadczenia a nawet obeznania się dokładnego z operacyą w mowie będącą, wątpię więc czy osiągną cel zamierzony, zdyskredytowania metody a właściwie jej autora.

Pierwszą i jak się wydaje kol. Karczewskiemu największą wadą przy moim sposobie operowania, jest *niemożność wycięcia błony śluzowej kanału szyi macicznej i zastąpienia jej przez zawiniętą normalną błonę pochwową*. Zarzut ten byłby zupełnie słusznym, gdybym zalecał amputacyję siodelkowatą, jako *panaceum operativum*, wycinające błonę śluzową kanału szyi macicznej na dowolną wysokość, dokonywające operacyi Emmeta, amputacyi nadpochwowej szyjki, wyluszczenia macicy i t. p. Amputacyja siodelkowata, jak każda inna amputacyja części pochwowej, służy tylko do odjęcia dolnego odcinka części pochwowej a nie do rezekcyi błony śluzowej kanału szyi macicznej, co jest zupełnie inną operacyją, zaleconą przez Schroedera przy głębokiem i wysoko sięgającym zwyrodnieniu błony śluzowej kanału (degeneratio polyposa, adenomatosa, papillomatosa). Takie zwyrodnienie błony kanałowej, wymagające jej rezekcyi, jak z czasem będzie się mógł przekonać kol. Karczewski, przytrafia się w praktyce dość rzadko, a nawet rzadziej niż pierwotne zwyrodnienie rakowate kanału szyi macicznej. „*Przy nadżarciu zaś ust macicznych (rsp. wywinięciu), połączone z przewlekłym niezylem dolnego odcinka kanału szyi macicznej i większym*

lub mniejszym przeostem części pochwowej" nie rezekuje się błony kanałowej, jak tego chce kol. Karczewski, lecz uskutecznia się zwyczajna częściowa amputacja Simon'owska, Schroederowska lub jeżeli kto chce siodełkowata, gdyż każda z nich skutecznie usuwa nadżarcie ust i przerost części pochwowej, przewlekły zaś nieżyt błony śluzowej kanału szyi macicznej jest uleczałny (abrasio, caustica etc.) i nie wymaga zamiany swojej błony na błonę pochwową, gdyż ta ostatnia, pomimo że jest *normalną* w pochwie, stanowiłaby większą anormalność w kanale macicznym niż sam nieżyt, nie posiadając nabłonka słupkowatego i gruczołów śluzowych.

Zarzut kol. Karczewskiego, że „*liniję niezbędnego odjęcia przy siodełkowatej amputacji zmuszeni jesteśmy oznaczyć po omacku*”, jest o tyle słusznym, o ile do amputacji części pochwowej lub rezeceji błony kanałowej zabiera się lekarz nie mogący przed operacją i „*bez rozcięcia części pochwowej na dwa oddzielne płaty*”, dokładnie określić z czem ma do czynienia, czy z ryjkowatą, przerosłą, owrzodzoną lub o wywiniętych wargach częścią pochwową, w połączeniu z nieżytem błony kanałowej lub też z głębokim zwyrodnieniem a nawet rakowatym zajęciem tej błony. Częściej rak pierwotny szyi macicznej, jako proces szybszy i drażący w głąb tkanek, może sprawić niespodziankę operatorowi (łyżeczowanie), niż głębokie zwyrodnienie błony śluzowej kanału szyi macicznej niewinnej natury, wymagające rezeceji tej błony, gdyż produkty tego zwyrodnienia wypełniając i rozszerzając kanał szyi macicznej, jednocześnie rozciągają otwór zewnętrzny macicy do tego stopnia, że łatwo przepuszcza badający palec do wnętrza kanału szyi macicznej, a przez wznięk dają się widzieć wystające z otworu zewnętrznej macicy brodawki, słuzaki etc.

W takim więc przypadku wskazaną jest tylko rezeceja błony kanałowej, która się uskutecznia jako samodzielna operacja, lub też w połączeniu z amputacją, jeżeli jednocześnie i błona pochwowa warg macicznych uległa głębokim zmianom chorobowym. Tylko przy takiej podwójnej operacji, lub wyłącznej rezeceji błony kanałowej zmuszeni jesteśmy rozciąć część pochwową aż do sklepień na 2 płaty (przedni i tylny) dla wycięcia zwyrodniałej błony kanału szyi macicznej. Co się zaś tyczy linii niezbędnego odjęcia, to jak w tym kombinowanym przypadku, tak też i przy każdej zwykłej amputacji, określenie tej linii odbywa się na zewnętrznej powierzchni części pochwowej, stosownie do zmian zaszłych na pokrywającej ją błonie pochwowej, lub innych celów operatora (collum conicum, — hypertrophia port. vaginalis).

Jeżelibym miał odczyt nie o amputacji, lecz o operacjach dokonywanych na części pochwowej w ogólności, — nie omieszkałbym wówczas nadmienić, że przed rezeceją błony kanału szyi macicznej, tak samo jak i na wstępie operacji siodełkowatej i w tym samym celu, wycinam piramidy boczne, które doprowadzam aż do wierzchołka części pochwowej. Po usunięciu piramid z pola operacyjnego i założeniu po jednej głębokiej ligaturze, z obu stron części pochwowej przy jej podstawie, t. j. u wierzchołków ran pozostałych po wycięciu piramid, — przecinam część pochwową na 2 płaty aż do sklepień (do ligatur), wycinam zwyrodnioną błonę kanałową, z paszków zaś błony pochwowej, pozostałych po usunięciu piramid, na przedniej i tylnej powierzchni części pochwowej, wytwarzam kanał szyi macicznej, podług znanego sposobu Schroedera. Przy takiej modyfikacji usuwa się nadmiar błony pochwowej, ogranicza się krwawienie, oraz otrzymuje się kształt części pochwowej bardziej zbliżony do normalnego.

Może więc po tym opisie rezekcyi błony śluzowej kanału szyi macicznej kol. Karczewski nabierze przekonania, że ligatury założone u podstawy części pochwowej nie utrudniają mi podczas amputacji wycięcia klinów Schroeder'owskich lub Simon'owskich, jeżeli ku temu zajdzie potrzeba, skoro pozwalają skutecznie daleko głębszą operację.

W odczycie moim, przeznaczonym dla sekcji gynecologicznej, podczas Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, kwestyje ogólnie znane traktowałem pobieżnie, nie dziwię się więc, że z tego powodu zostałem przez kol. Karczewskiego interpelowany. Inaczej zapatruję się na wygrzebaną w starych podręcznikach kwestyje dobroczynnego wpływu obfitego krwotoku operacyjnego na involucyje macicy; podnoszenie takiej kwestyi jako zarzut, uważam za przyczepkę, gdyż to „*przyppuszczenie pewnych autorów*”, zostało dawno odrzucone i zapomniane, na równi z długim pozostawianiem w łóżku i obfitem ropieniem po dokonanej operacji. Jeżeli upusty krwi mają wpływ na zwijanie się macicy (subinvolutio—I-o stad. metritidis), to nie jednorazowe obfite, lecz minimalne, często i długo stosowane, gdzie nie ilość upuszczonej krwi, lecz głównie nacięcia wywołują zmiany odżywece na drodze odruchowej.

Tak samo zapatruję się i na uwagę zrobioną z powodu tamponu wewnątrz macicznego i ucisku brzegów uowoutworzonego otworu macicznego za pomocą kulki z gazy jodoformowej umocowanej przez zawiązanie nitki, *pochodzących z głębokich (?) szwów*. Nie przypuszczam, żeby kol. Karczewski nie wiedział, że przez tampon z gazy jodoformowej i obok niego, wydzielina po lyżeczkowaniu doskonale przesiąka, a nawet w razie pewnego utrudnienia odpływu, wydzielina ta będąc asseptyczną, po asseptycznie dokonanej operacji nie może być szkodliwą. Dalej w jakim celu kol. Karczewski podnosi czas pozostawiania tamponu z 6-u dni na 10, gdyż wyraźnie mówię: „Po 6-u dniach usuwam wszystkie tampony i t. d.”. Znak zapytania przy szwach głębokich jest również niewłaściwym, gdyż zrozumiałym jest ustęp: „Po umiarkowanem zaciśnięciu tych 4-ch szwów głębokich, dodają się powierzchowne, jeżeli zachodzi tego potrzeba”, a nie sądzę żeby kol. Karczewski nie wiedział czem się różni szew głęboki od powierzchownego.

Co do czasu potrzebnego na wykonanie omawianej operacji—w praktyce prywatnej, przy mało ściąganej macicy, licząc w to chloroformowanie, dokładne wyjałowienie części płciowych, lyżeczowanie i samą amputację klinową, to wcale nie przesadziłem, podając ten czas na 3 do 7-u kwadransów, szczególnie jeżeliby obfite krwawienie wymagało ciągłego oczyszczania pola operacyjnego od skrzeplęj krwi. Dowiedziawszy się zaś od kol. Karczewskiego, że doświadczeni gynecologowie „potrzebują 6-u minut dla dokonania amputacji klinowej części pochwowej, nic nie mam do nadmienienia, chyba tylko życzyć żeby doszedł do tej samej wprawy i w ciągu godziny załatwiał po 10 operacji klinowych a po 20 siodelkowatych, które wymagają o połowę mniej czasu.

Jeszcze bardziej podejrzanemi wydają się mi rychłozrosty tak stale obserwowane przez kol. Karczewskiego, lecz sądzę, że po przeczytaniu artykułu Dührssen'a ¹⁾, traktującego o włóknach sprężystych, które przez kurczenie się oddalają brzegi rany, po dokonanych amputacjach, kolega Karczewski znacznie spostrzeżać podczas zdejmowania szwów, zamiast ry-

¹⁾ Archiv für Gynaecologie, 1891, B. XLI, Heft 1 u. 2.

chłozrostu nowoutworzonych warg, coś nakształt kotleta siekanego i obficie krwawiącego. Co do mnie, to zjawiska takie stale obserwowałem kilka lat temu przed publikacją Dührssen'a.

O zniepodobnieniach części pochwowej, powstałych po amputacjach, dokonywanych przez najznakomitszych gynecologów europejskich, najtrudniej będzie mógł kol. Karczewski przekonać się, gdyż chore tej kategorii, wyłącznie zasięgają porady u gynecologów.

Na zakończenie winieniem zwrócić uwagę kol. Karczewskiego na niezgodność Jego poglądu ogólnego na metody odjęcia części pochwowej, ze szczegółowym krytycznym rozbiorem momentów operacyjnych. Przyznając na wstępie swoich „Uwag”, że obie metody, klinowa i siodełkowata posiadają pewne zalety i wady, tylko, że te ostatnie przeważają szalę na niekorzyść metody siodełkowej, w szczegółowym rozbiore kol. Karczewski dowodzi, że klinowa metoda nie posiada żadnych wad, — gdyż 1) do wykonania operacji może się zabrać nawet lekarz nie umiejący zbadać kanału szyi macicznej przed jego rozcięciem, 2) przy operacji klinowej wstawia się pożądaną, dobroczynny krwotok, 3) łatwo dają się wycinać kliny pożądanego kształtu i wielkości, 4) otrzymuje się rychłozrost jako prawidł, 5) operacja może być wykonana ze zdumiewającą szybkością (6 minut), 6) część pochwowa, po wygojeniu się, nie posiada żadnych zniepodobnień. Na zakończenie kol. Karczewski przekonywująco twierdzi, że metoda klinowa jest zupełnie dobrą, byle wykonawcą jej był doświadczony gynecolog.

Zamiast więc szczegółowego krytykowania i porównywania obu metod, logiczniej byłoby odrazu zawyrokować, że siodełkowata metoda jest zbytęzną, wobec doskonałej metody klinowej, a nie wzmiankować we wstępie swoich „Uwag”, że i metoda klinowa posiada jakieś wady. O wadach tych autor, w dalszym ciągu swoich uwag, uważał za stosowne zamilczeć.

O skrzętnie utrzymywanej pod korcem klinowej amputacji można się jednak domyślić z jedynej zalety siodełkowatego odjęcia, a mianowicie, kol. Karczewski decyduje się przyznać pewną zastęgę siodełkowej metodzie, że dąży do nadania kikutowi prawidłowych kształtów. Otóż ta dążność jest rzeczywistą treścią metody siodełkowej, a z niej wypływają inne konsekwencyje (prędkość, brak krwotoku, rychłozrost łatwy i t. d.). Komu się podoba krwotok podczas operacji może ligatur nie zakładać u podstawy części pochwowej, kto bez rozcięcia kanału szyi macicznej nie jest w stanie sądzić o stanie jego błony śluzowej, ten może rozciąć ten kanał aż do podstawy części pochwowej i następnie wycinać kliny z każdego platu (Schroeder'a lub Simon'a). Operator nie mający zaufania w aseptyczność swojej operacji może nie zakładać tamponów. Pomimo to operacja wykonana z wycięciem bocznych piramid, bez względu na to, czy były założone ligatury lub nie, czy kanał był przecięty lub nie, pozostanie siodełkową, gdyż operację charakteryzują platy wycięte w kształcie siodła.

T. Boryssowicz.

Kronika miesięczna.

— *W kwestyi reformy szkoły felczerskiej*, otrzymujemy dwa listy, z których konkluzją redakcyjną solidaryzuje się zupełnie.

I. *Szanowna Redakcjo!* Według krążących pogłosek, szkoła fel-

czerska w Warszawie ma uleż gruntownej reformie, mającej na celu znaczne rozszerzenie dotychczasowego programu wykształcenia, zarówno pod względem praktycznym, jak i teoretycznym. Przyjmowani będą kandydaci ze świadectwem ukończenia 4-ch klas gimnazjum, kurs teoretyczny ma trwać lat cztery a praktyka szpitalna trzy. Do programu nauk mają wejść: fizyka, chemija, przedmioty czysto lekarskie—jakie? kwestyja jeszcze podobno nie rozstrzygnięta. Nie sążę w ogóle, aby cała rzecz była tak blizką urzeczywistnienia, to też nie będę dotykać tu fantazyi o mających wychodzić z tak przeobrażonej szkoły „pomocnikach lekarskich” i zakresu ich przypuszczalnej działalności. Zdaje się mi bowiem, że środek ciężkości tej kwestyi leży gdzieindziej. Przystępując do reorganizacyi dzisiejszej szkoły felczerskiej, należałoby zapytać się, czem był i jest felczer? i z odpowiedzi na te pytania wyciągnąć wskazówki, w jakim kierunku ma pójść reforma.

Jak wiadomo, tak zwani felczery mieli zarówno u nas, jak i za granicą, w czasach, gdy ilość lekarzy była w stosunku do ludności w szczerplą, pełnić rolę surrogatu ciała lekarskiego. Była to więc instytucyja w założeniu swem przejściowa, jakiś środek tymczasowy—malum necessarium, mające być w dalszej perspektywie usuniętem, z chwilą unormowania się stosunku lekarzy do liczby ludności. Sądząc inaczej, należałoby podejrzewać w założeniu absurdum, że w klasach mniej zamożnych panują inne choroby, niż w uprzywilejowanych, że są one łatwiejsze do leczenia, bo nawet przez osoby tak mało do tego przygotowane, jak felczery. Przyjawszy bowiem z drugiej strony, że felczery mogą rzeczywiście racjonalnie leczyć—należałoby znów żałować, że społeczeństwa na darmo tyle tracą na wykształceniu lekarzy, skoro mogą mieć te same usługi od felczerów daleko taniej.

To też zgodnie z przypuszczeniem pojęcia tymczasowości przy wprowadzeniu w życie felczerów i innych niższych stopni lekarskich—widzimy za granicą z biegiem czasu stopniowe ich zanikanie. W Niemczech pozostał tylko lekarz, we Francyi los instytucyi tak zwanych officiers de santé—właśnie się rozstrzyga w myśl zupełnego jej zniesienia. U nas stosunki liczebne lekarzy do ludności w ostatnim czasie również zmieniły się na tyle, że cyfra lekarzy stała się już wystarczającą. Tem samem i u nas nadeszła chwila, w której istnienie hybrydów lekarskich stało się zupełnie zbytecznem. Czynności felczerskie muszą się z konieczności rozpaść między lekarza, fryzjera i posługacza szpitalnego, względnie obsługę chorego. Jeżeli obecnie lekarz stał się dostępnym i dla najbiedniejszych chorych, gdy chirurg ma dziś czas na wykonywanie i tak zw. małych operacyi i sam nakłada opatrunki, nie rad ich powierzać rękom niepewnej czystości, wiedząc, że zakażenie grozi zarówno przy małej, jak i przy dużej ranie, gdy stawianie lewatyw i baniek przestało być arcanum sztuki, bo robią to prawie powszechnie matki lub niańki—cóż właściwie pozostaje z niby właściwych czynności felczera? O ograniczenie razur dobijają się fryzjerzy; roli zaś pielęgnującego chorych dzisiejszy felczer prawie że się nie podejmuje, czy to, że uważa takie zajęcie za ubliżające swej godności, czy to, że na swem wielolicowem, a jednak niewyraźnem stanowisku—golibrody—szarlatana—faktora, ma łatwiejszy i dochodniejszy zarobek.

Powtarzam więc, że rola dotychczasowych felczerów jest na ukończeniu, albo też powinni oni podleż koniecznie tak gruntownej reformie, któraby im najwyżej dawne tylko pozostawiła miano. Reforma taka po-

winnaby naszem zdaniem mieć na celu przygotowanie takich pomocników lekarskich, jacy są w samej rzeczy potrzebni, zarówno lekarzom jak i społeczeństwu. Mamy tu na myśli przysposobianie osób, obojga płci, do pielęgnowania ciężko chorych, czego brak dotkliwy czuć się daje na każdym kroku.

Takie samo „*pium desiderium*” wyraził niedawno i kol. Sawicki (Gaz. Lek. nr. 9), bardzo dobrze znający omawiane stosunki. Na tem nowem stanowisku zreformowany felczer, czy pielęgnarz (według Słownika krakowskiego) stanie się rzeczywiście pożytecznym i mieć może przytem pewny i uczciwy zarobek. W tym jednak duchu reforma powinna dać szkole kierunek czysto praktyczny przez zajęcie na salach szpitalnych, wprowadzenie uczniów w stałe zetknięcie z chorymi i bezpośrednio ich obsługę, czego naszym felczerom obecne ich wykształcenie nie daje zupełnie. Tego rodzaju szkoły, istniejące tu i owdzie, zaczynają systematycznie zakładać w Niemczech.

Streszczając się, uważam za jedynie racjonalne dziś: przekształcić szkołę felczerską na zakład dostarczający dozorujących i pielęgnujących chorych. Podnoszenie zaś poziomu wykształcenia w szkole tej wprowadzeniem dodatkowego tego lub innego przedmiotu wykładowego uważam za omackowe staranie poprawy złego, bez znajomości jego właściwej przyczyny i natury...

Zaprowadzając w wykształceniu felczera tak długi kurs bez pedagogicznego porządku i planu jednolitego, nie dający żadnego mniej więcej zaokrąglonego wykształcenia, stworzymy sztuczną hodowlę jakiegoś tworu niedoważonego pseudo-inteligencji, niezadowolonego w życiu z powodu swego nieokreślonego stanowiska i niezaspokojonych pretensyi, a niezadawalniającego jako fachowca.

X.

— II. *Szanowny Redaktorze!* Już raz, mianowicie w n-rze 9 z roku zeszłego, „Kronika” poruszała kwestyję tak zwanych „pomocników lekarskich”, zaznaczając wtedy, iż z tego półśrodka tylko szkoda wyniknąć może, zarówno dla społeczeństwa jak i lekarzy; obecnie z powodu poruszenia kwestyi wykształcenia felczerów i rozszerzenia programu tutejszej szkoły felczerskiej, czuję się w obowiązku zabrać głos w tej kwestyi. Z pism codziennych wiedzą zapewne czytelnicy, iż w ostatnich czasach utworzoną została komisya, mająca na celu wypracowanie projektu reformy szkoły felczerskiej. Komisya zrozumiała zadanie swe w ten sposób, iż na wzór podobnych instytucyj w Cesarstwie ma zamiar znacznie rozszerzyć program szkoły i podnieść zarówno cenzus ogólnego jak i specjalnego wykształcenia.

Między pierwotnym projektem utworzenia t. zw. „pomocników lekarskich” i obecnym rozszerzeniem zakresu wykładów w szkole felczerskiej nie zachodzi wybitna różnica. W obu przypadkach mamy do czynienia z dążeniem wytworzenia niższej służby lekarskiej, niższej zarówno wykształceniem jak i prawami. Zachodzi jednak pytanie, o ile niższa ta służba jest potrzebną w Królestwie. Kol. Sawicki w artykule, poświęconym tej kwestyi (Gaz. lek. nr. 9), słusznie zaznacza wybitną różnicę, jaka zachodzi pod tym względem między Królestwem, a Cesarstwem. To ostatnie posiada t. zw. ziemstwa, a przy nich lekarzy ziemskich. Ponieważ lekarz taki musi udzielać pomocy w promieniu kilkudziesięciu wiorst nieraz, nie może, naturalnie podolać i w wielu przypadkach musi jako zastępcę posłać fel-

czera. Tam więc felczer jest z konieczności uzupełnieniem lekarza i musi posiadać wiadomości odpowiednie, aby mógł sprostać zadaniu. U nas dzieje się inaczej. Nie ma prawie osady, któraby nie posiadała lekarza, w promieniu 2-ch mil zawsze lekarz się znajdzie, felczer więc w tym rozumieniu rzeczy, jak w Cesarstwie, jest zbytecznym zupełnie, pomocnika lekarskiego Królestwo nie potrzebuje zgoła.

Jeżeli zechcemy głębiej wniknąć w tajniki naszej praktyki, z łatwością zrozumiemy, iż felczer dziś zajmuje się prawnie stawianiem baniek, pijawek i dawaniem ławatyw, po za tem w wyjątkowych przypadkach udziela pierwszej pomocy w razach nagłych, jak otrucia, rany i t. p. Jeżeli więc prawa felczera rozszerzone nie będą, czemu ma tracić tyle lat na naukę, czemu uczyć się nauk, których w praktyce stosować nigdy mu nie wypadnie. Odpowie nam kto, iż zawsze pożądanym jest wyższy poziom umysłowy, zgodzimy się na to w zupełności i my również pragnęlibyśmy, aby cała ludność dosięgła jak najwyższego szczebla oświaty, ale też baczyć winniśmy w imię potrzeb ekonomicznych, aby za pracę swoją specjaliści mogli być odpowiednio wynagradzani. Ze stopniem wykształcenia zwykle rosną wymagania, skończony technolog nie zechce być palaczem na kolei, budowniczy nie zechce nosić cegieł; a gdyby nawet chciał, więcejby przyniósł społeczeństwu szkody, niż korzyści. Wykształcenie, jak wiadomo, w każdym kraju pochłania znaczne sumy, za te sumy społeczeństwo ma prawo wymagać specjalistów, uzdolnionych w pewnym kierunku, jeżeli kierunek ten porzuca, cała nieomal wydana na ich wykształcenie suma przepada. W myśl więc, zarówno ekonomiki osobistej jak i społecznej, felczer wypuszczony z projektowanej szkoły, raczej s kodę, niż pożytek przyniesie społeczeństwu.

Lecz nie tylko względy ekonomiczne przemawiają przeciwko temu, czem jest medycyna czasów ostatnich, każdy z nas wie dokładnie; dziś nauka lekarza nie ogranicza się na wysłuchaniu 5 kursów lekarskich, ale można powiedzieć rozpoczyna się od chwili uzyskania dyplomu. Tak rozgałęziły się oddzielne specjalności, tak wielkie postępy poczyniła chirurgija, iż garstkę wiadomości w ciągu studyjów można otrzymać zaledwie teoretycznych, praktyczna strona musi być uzupełnioną dopiero po ukończeniu studyjów. Zrozumieli to lekarze, zrozumiąły władze, więc otwarto podwoje szpitalne dla tak zwanych asystentów, którzy po lat kilka uczą się praktycznego zastosowania swych wiadomości. Jeżeli więc po 5-letnich studyjach jeszcze potrzeba 1 lub 2 lat na uzupełnienie wiadomości, cóż mamy powiedzieć o przygotowaniu owych zreformowanych felczerów. Z konieczności, albo wypadnie odrzucić dla nich wykłady teoretyczne, a główny nacisk na praktykę położyć, albo poświęcić praktykę dla teorii. W pierwszym przypadku społeczeństwo nasze otrzyma bezmyślne maszyny, niezdolne zdać sobie sprawy z tego co robią i nieumiejące sobie radzić w przypadkach, których zauważyć w ciągu studyjów nie zdążyli, w drugim teoretyków pół-uczonych, szkodliwszych może, niż pierwsi, bo niezaradnych w życiu praktycznym. Oto niewątpliwe korzyści z dojścia projektu do skutku.

Cóż więc czynić wypada, zapytasz czytelniku. Reforma szkoły jest nieodzownie potrzebną, jeżeli już istnienie felczerów ma być nadal zapewnione, chodzi o to tylko, w jakim kierunku. Widzieliśmy, iż rozszerzenie zakresu szkoły da tylko wyniki ujemne, zobaczymy, czy obniżenie nie da lepszych rezultatów.

Niejednokrotnie „Kronika” zaznaczała w poprzednich artykułach, poświęconych felczeryzmowi, brak u nas odpowiednio uzdolnionych dozorców i dozorczyń chorych. Na punkt ten również w cytowanym artykule zwrócił uwagę kol. Sawicki. Słuszną on robi uwagę, iż dzisiejsi felczery najmniej są uzdolnieni do tego, praktykant szpitalny po za notowaniem recept, stawianiem baniek i t. d. w praktyce szpitalnej w niczem się nie styka, chory dla niego omal że nie istnieje, prześcielanie łóżek, dozоровanie chorego w całym tego słowa znaczeniu, to są rzeczy, których nie dotykał nigdy. Traktowany przez wszystkich z góry, nieobjaśniany przez nikogo, pozostawiony jest samopas i jeżeli coś skorzysta, zawdzięcza to tylko sprytowi własnemu. Więc wychodzi z praktyki zupełnie nie obznajmiony z obchodzeniem się z chorym, a wykład pielęgnowania chorych tyle mu przyniesie korzyści, co na przykład wykład literatury indyjskiej. W tym zdaje się więc kierunko reformę przeprowadzić należy; nie byłoby to zresztą rzeczą tak trudną. Każdy szpital posiadałby prawo przyjmowania praktykantów na lat co najmniej dwa, z których na każdym specjalnym oddziale praktykant spędzałby odpowiednią ilość czasu, po za tem słuchałby wykładów z najkonieczniejszych wiadomości praktycznych i po ukończeniu dwuletniej praktyki, po zaświadczeniu przez odpowiednich ordynatorów znajomości obchodzenia się z chorym, uzyskałby świadectwo dozorczy. Roboty by mu nie zbrakło, dziś bowiem pieczę nad chorym zmuszeni jesteśmy powierzać bądź nieobznajmionej z tem służbie, bądź też, jak się to dzieje przy chorobach umysłowych, sprowadzać dozorców z zagranicy. Felczer w dzisiejszem pojęciu znikłby zupełnie, jako zbyteczny z korzyścią nie małą dla tych, którzy fachowi temu poświęcić się chcieli, zamiast bowiem mrzeć głodem i konkurować z lekarzem lub chwycić się, jak to się dziś dzieje innych fachów, miałby zajęcie gotowe, nigdy nie ustające, gdyż i społeczeństwo przekonałoby się rychło, iż taki dozorca, najbliższy, a odpowiednio przygotowany, opiekun chorego korzyść przyniesie mu znaczną. Zresztą w szpitalach, gdzie dotąd posługi około chorego spełnia służba, rekrutująca się z najmętniejszych sfer społecznych, gdzie siostry miłosierdzia przeciążone są pracą, właśnie owi dozorczy mogliby oddać usługi i byt sobie zapewnić.

Nie wspominam już o tem, że koszt utrzymania szpitala, dzięki praktykantom bezpłatnym zmniejszyłby się znacznie, na co kol. S. zwraca uwagę, rzecz to widoczna z tego com powyżej powiedziałem. Streszczam się. Jeżeli konieczną jest reforma szkoły felczerskiej, to nie rozszerzenie zakresu wiedzy specjalnej felczera winna mieć na celu, ale przeciwnie, starać się o przygotowanie tylko dozorców, jak to zresztą ma miejsce zagranicą, gdzie instytucje felczerów, chirurgów, pomocników lekarskich, oddawna już należą do historii stopniowego rozwoju racjonalnej pomocy lekarskiej.

— Zasadniczo ważną sprawę rozpatrywał niedawno tutejszy Zjazd sędziów pokoju. Pewien lekarz, proszony o wyjazd do chorego na prowincję, warunki swoje określił z góry i takowe, w obecności przypadkowych świadków, przyjęte zostały. Przybywszy na miejsce, lekarz nie zastał już chorego przy życiu, otoczenie zaś nie chciało należności uiścić (jak to się często zdarza). W wytoczonej sprawie, w sądzie pokoju, sędzia lekarzowi, dzięki obecności świadków, słuszną przysłał, lecz ze znaczną redukcją pretensyi. W drugiej za to instancji przyznano pozwywającemu całą umówioną sumę oraz koszty sądowe.

— Przy szpitaliku dziecięcym przy ul. Aleksandryi ma być urządzony oddział dla dzieci zdrowiejących, wypisanych z oddziałów szpitalnych.

— Szpital Zapasowy za rogatkami Wolskieni został przed kilkoma dniami otwarty i oddany do użytku chorych, szpital został przeznaczony dla chorób zakaźnych i prowadzony jest przez kol. Rembieleńskiego i Szwajcera. O ile wnioskować można z pism publicznych, szpital wciąż posiada znaczną ilość miejsc wolnych.

— 5 b. m. powszechnie szanowany i ceniony dr. *Władysław Frankowski*, lekarz wolnopracujący w Charkowie, obchodził jubileusz swej 50-letniej działalności lekarskiej. W uroczystości przyjął udział uniwersytet, którego jubilat jest członkiem honorowym, Rada miejska, oraz najszersze koła publiczne. Towarzystwo lekarskie warszawskie wybrało przy tej okazji d-ra Frankowskiego na swego członka honorowego.

— W Anglii istnieje *Towarzystwo pomocy dla lekarzy w przypadkach losowych*, które wypłaca też pensyje lekarzom po 60-ciu latach życia. W roku ubiegłym 159 lekarzy korzystało z pomocy Towarzystwa, oprócz tego 99 lekarzy niezamożnych, którzy przeszli sześćdziesiątkę, otrzymywało stałe zapomogi. Dochody Towarzystwa wynosiły 3,800 funt. sterl.

— Panna Roussel, dr. medycyny, przyjętą została w poczet członków Towarzystwa lekarskiego w Rouen. (L.).

— XI kongres internistów niemieckich odbędzie się w Lipsku 20—23 Kwietnia, jako temata wyznaczono: Przewlekłe zapalenia wątroby,—referenci Rosenstein i Stadelman; ciężkie stany anemiczne—ref. Erlich, Biermer. Oprócz tego zapisało się już b. wielu prelegentów.

— Zadaniem „Kroniki Lekarskiej” jest obok podawania najświeższych i najbardziej wybitnych objawów z życia naukowego odzwierciedlać zarazem i życie lekarskie we wszystkich jego przejawach. Dotąd u nas ostatnia ta kwestyja była w uśpieniu. Podejmowały ją, co prawda, jednostki, że powołamy się na artykuły, umieszczane w „Kronice”, oraz artykuły kol. Tchórznickiego w *Gazecie lekarskiej*, „Zdrowiu”, w pismach publicznych, ale usiłowania rozbijały się o brak danych zupełny, ztąd wnioski, z konieczności apriorystyczne, nie mogły w sposób odpowiedni objaśnić rzeczywistego stanu rzeczy. Szczególniej zajmowała ogół kwestyja felczerska, której poświęcono wiele atramentu i papieru, a która dotąd nie jest wyjaśnioną dokładnie. Jedni przeceniają, inni niedoceniają jej doniosłości—dokładnego pojęcia, jak się stosunek ten w ostatnich czasach ułożył, nie mamy.

Z pojedynczych źródeł dochodziły nas również skargi na aptekarzy, akuszerki, babki, tak zwanych wreszcie owczarzy, o stałości jednak tych objawów nie można sądzić na zasadzie kilku faktów i ogólnych wniosków wysnuwać nie można.

To też redakcyja nasza, chcąc zebrać odpowiedni materyjał, udaje się z prośbą o współdziałanie do Szanownych kolegów, aby raczyli przez wypełnianie załączonego szematu dostarczyć jak największej ilości faktów, zawartych w pytaniach, a przez to dali materyjał do sądzenia o bycie lekarzy.

Na początek zwracamy się do kolegów z miast i miasteczek prowincjonalnych, ci bowiem pionierzy i przedstawiciele naszej nauki w najodleglejszych zakątkach kraju najbardziej może borykać się są zmu-

szeni z codzienną troską o byt, najwięcej stykają się z ciemnotą ludu, szalbierstwem i nielegalną konkurencją, są więc najkompetentniejsi w ocenie pytań, w których staraliśmy się najważniejsze kwestyje bytowe poruszyć.

Sądźmy, iż wezwanie nasze, podjęte w imię ogółu znajdzie oddźwięk w sercach kolegów.

Podjąc tę myśl musieliśmy w braku instytucyi, która ogniskowałaby lekarzy, wiązała ich w jedną korporacyję, w jedną całość zawodową, a jako pismo, cieszące się właśnie poparciem szerokich kół lekarzy prowincjonalnych, tem więcej czuliśmy się w obowiązku kwestyję tę zbadać i wyniki zestawić.

Pytania ułożyliśmy w ten sposób, iż krótkie odpowiedzi wystarczą; tych zaś kolegów, którzy chcieliby podać myśl jaką lub sposób przeciw obecnemu stanowi rzeczy, prosimy łaskawie o zabranie głosu w ostatniej rubryce.

Zgrupowaniem materyjału zajmie się redakcyja wraz z gronem uproszonych w tym celu kolegów, a wynik poda po ukończeniu pracy.

Aby kwestyi zbyt nie odwlekać, ostateczny termin nadsyłania odpowiedzi oznaczamy na d. 1 Czerwca r. b., w najkrótszym zaś czasie postaramy się już na zasadzie zebranych wiadomości wyniki przedstawić.

Nie potrzebujemy chyba nadmienić, iż powodzenie zależy zupełnie od dobrej woli kolegów, ilość odpowiedzi stanowić będzie o tem, czy materyjał będzie zupełnym lub nie. Z wiarą w zajęcie się kolegów kwestyją bytu stanu lekarskiego stajemy przed Wami i w imię wspólnego dobra odwołujemy się do Waszej pamięci.

W końcu zastrzegamy, iż odpowiedzi mogą być nadsyłane bezimiennie, imiennym korespondencyjom zastrzega się zupełną tajemnicę.

Redakcyja.

Kwestyonaryjusz lekarski.

- 1) Jak dawno Szanowny kolega jest lekarzem?
 - 2) Jak dawno kol. praktykuje w danej miejscowości?
 - 3) Czy kol. poprzednio praktykował gdzieindziej i gdzie?
 - 4) Czy kol. uprawia jaką specjalność po za ogólną medycyną?
 - 5) Czy kol. jest wolnopraktykującym, czy też ma jaką urzędową lub prywatną posadę (ord. szpit., lek. powiat, lek. miejski, fabryczny, gminny lub subsydyjowany).
 - 6) Nazwa miejsca zamieszkania?
 - 7) Wieś, miasteczko, osada fabryczna, miasto?
 - 8) Ilość mieszkańców danej miejscowości?
 - 9) Stosunek ilościowy żydów do chrześcijan?
 - 10) Gęstość zaludnienia okolicy w promieniu praktyki?
 - 11) Zamożność mieszkańców, ich sposób zarobkowania.
 - 12) Czy w danej miejscowości jest więcej praktykujących lekarzy?
- Jeżeli nie, to w jakiej odległości?
- 13) Czy są w danej miejscowości lekarze nie stale praktykujący (np. wojskowi)?
 - 14) Czy podstawę praktyki stanowi miejscowaklijentela, czy wyjazdy w okolicę?
 - 15) Czy w danej miejscowości jest apteka (centralna, filijalna lub sielska) i od jak dawna?
 - 16) Czy w danej miejscowości jest felezer (lub ich więcej)? Jego wy-

znanie; jak dawno przebywa felczer w danej miejscowości, na posadzie, czy wolnopracujący?

17) W jakim stopniu felczer stara się samodzielnie rozwijać działalność?

18) Czy felczer prowadzi obok swego zawodowego zajęcia jaki inny proceder?

19) Czy w danej miejscowości jest akuszerka lub babka?

20) Czy ludność włościańska chętnie szuka porady u lekarzy?

21) Czy jest w danej miejscowości lub okolicy jaki wybitniejszy znachor, owczarz, etc.?

22) Jakie jest zwykle honorarium lekarza, felczera, akuszerki za poradę w domu i u chorego (na miejscu i w okolicy)?

23) Czy zaszły w ostatnich kilku latach pod względem dochodów z praktyki wybitniejsze jakie zmiany i w jakim kierunku; przypuszczalnie z jakiego powodu?

24) Jakie Sz. kolega ze swego doświadczenia wyciąga wnioski o bycie lekarza w danej miejscowości?

Przegląd prac oryginalnych pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu LUTYM 1892 r.

1) *Dr. Jan Mitwański.* O niektórych guzach oczodołowych. (N. L., nieskończ.

2) *Pr. Korczyński i prof. Gluziński.* Przyczynek do mieszanego zakażenia w durze brzuszny. (N. L., nr. 1, 2).

3) *Fr. Wojciechowski.* O kilka przypadkach „choroby zakaźnej Weila”, spostrzeżonych w więzieniu kaliskiem. (N. L., nr. 1, 2).

4) *Izmiembowski.* Igła tkwiąca w osierdziu. (N. L. 2).

5) *S. Alkiewicz.* Kwas solny przeciw wymiotom. (N. L. 2).

6) *W. Łepkowski.* O wpływie próchnicy zębów na ilość wapna zawartego w ślinie. (P. L. 6).

7) *J. Raczyński.* Kilka słów o leczeniu ropotoku opłucnowego u dzieci. Nasze wyniki po rezekcyi żebr. (P. L. 6).

8) *Dr. Ż. Króczyński.* Kilka słów o leczeniu kily. (P. L. 8, 9).

9) *M. Misiewicz.* Anatomija i klinika białkomoczu w świetle nowoczesnej patologii (P. L. 9), niedok.

10) *K. Szymkiewicz.* O plombowaniu zębów obumarłych (P. L. 9), niedok.

11) *J. Wojtaszek.* O działaniu zabójczem żelaza na ustroj zwierzęcy. (P. L. 5, 6, 7).

12) *St. Radziszewski.* Bakteryjologiczne prace Cornil'a i Babes'a na polu aethiologii zapalenia nerek, oraz szereg własnych spostrzeżeń dotyczących zapaleń tego narządu. (Med. 5, 6, 7).

13) *M. Bojasiński.* Influenza, tyfus, ostra nosaczna, czy też ogólna ostra gruźlica. (Med. 6).

14) *L. Guranowski.* O ciałach obcych w uchu. (Med. 8) niedok.

15) *St. Radziszewski.* Rana drążąca brzucha, zadana rogiem, wypadnięcie pętli kiszki i śmierć wskutek zatrucia kwasem karbolowym. (Medycyna 8).

- 16) *A. Kosiński*. Sporozoa w komórkach raka. (G. L. 6).
 17) *St. Bądzyski*. O zwierciadle kadmowem, otrzymanem przy badaniu na rtęć według metody Ludwiga. (G. L. 6).
 18) *T. Heryng*. O łagodnych owrzodzeniach gardzieli. (G. L. 7, 8).
 19) *Dr. W. Świątecki*. Przypadek tężyczki, czyli tetanii (G. L. 7).
 20) *Dr. T. Heryng*. O zastosowaniu prześwietlania elektrycznego do badania jam i organów ustroju. (G. L. 9) niedok.
 21) *Dr. Ż. Królczyński*. Myxoedema. (Med. 9).

2) Autorzy przez krótki, lecz treściwy opis 9 przypadków duru brzuszego, z których 5 chorych umarło z powodu spraw ropnicowych, z 4-ch zaś wyleczonych u 2-ch rozwinęło się zapalenie ropne ucha środkowego, mają na celu analizę warunków zewnętrznych, którym zawdzięczają swe powstanie t. zw. zakażenia mieszane wtórne. W ciągu poprzednich 17 lat nie spostrzegano w klinice lekarskiej tak przerażająco wielkiej śmiertelności w przebiegu duru brzuszego; na karb wyjątkowej złośliwości panującej epidemii kłaść tego faktu nie podobna, albowiem przebieg duru brzuszego na oddziałach wewnętrznych szpitala św. Łazarza niczem się od zwykłego typu nie różnił. Przyczyny więc tego zjawiska nalażało szukać gdzieindziej. W semestrze zimowym roku 1889/90 oddano do dyspozycji kliniki lekarskiej parter domu, zajęty dotychczas przez klinikę chirurgiczną, na której do czasu wprowadzenia antyseptyki była olbrzymia śmiertelność wskutek chorób przyrannych. Tu, po wybieleniu ścian, wymyciu i zapokostowaniu podłóg i trzymiesięcznem opróżnieniu urządzono 2 sale oddzielne dla chorób zakaźnych, gdzie też przebywali właśnie opisani chorzy. Autorzy sądzą, iż zakażenia wtórne, ropne, którym chorzy ci podlegli, powstało za pośrednictwem dróg oddechowych.

W myśl powziętego przypuszczenia autorów o źródle szkodliwości, nowoprzybrane oddziały poddano gruntownej rekonstrukcyi. I rzeczywiście, stan rzeczy zmienił się całkiem.

Dla pozyskania jednak ścisłych pozytywnych dowodów na poparcie swego mniemania, autorzy przeprowadzili badanie bakteriologiczne pyłu ze ścian i z pod podłogi, oraz powietrza tych sal. Obok wielu innych obecność drobnoustrojów ropnych stwierdzoną została niewątpliwie. *E. O.*

3) Autor spostrzegł 12 przypadków endemicznie występującej ostrej choroby gorączkowej o następujących cechujących objawach: 1) gorączka nieokreślonego typu, trwająca 5 do 10 dni, dochodząca 40° C., 2) ogólne powiększenie gruczołów limfatycznych do wielkości bobu i orzecha laskowego, bolesne, utrzymujące się przez całe tygodnie po przejściu ostrego okresu, 3) petocie, najczęściej i najpierw na brzuchu, 4) żółtaczka, mniej lub więcej wyraźna, występująca 3—6 dnia choroby, 5) białkemoc (??), 6) stałe powiększenie śledziony, 7) mniej stałe powiększenie wątroby.

Po przeprowadzeniu rozpoznawania różniczkowego, autor przychodzi do wniosku, że miał przed sobą tak zw. chorobę Weila. Sekcja, w jedynym przypadku zakończonym śmiertelnie, wykazała zmiany w gruczołach limfatycznych; atrofiję (?) wątroby, zmiany w nerkach. *H.*

4) Igła, która weszła w kierunku skośnym do powierzchni ciała, została przy próbach wydobycia ułamana; z objawów charakterystyczne było zwolnienie tętna do 40 uderzeń na minutę, następnie silny szmer, wskazujący na tarcie serca o pozostały w ciele odłamek. Objawy te obserwowano

w pozycji siedzącej chorego; gdy leżał, objawy występowały w znacznie mniejszym stopniu. Przy operacji (wykonanej przez Drobniaka) okazało się, że igła przebiła chrząstkę 4 żebra i tutaj (w chrząstce) sterczała. Udało się wyjąć ją bez wycinania żebra; wyzdrowienie nastąpiło bez żadnych powikłań.

Dz.

5) Autor gorąco zachwala podawanie kwasu solnego (dawka niepodana) przeciw wymiotom rozmaitego pochodzenia; szczególnie zaś przy cholera nostras u dorosłych, przy wymiotach wskutek niestrawności, przy influenzy. U pewnej kobiety ciężarnej, gdzie wszystkie środki zwykle zawodły, regularne używanie HCl przez czas dłuższy wstrzymały bardzo uporczywe wymioty.

H.

6) W ślinie prawidłowej ilość wapna wynosi $2\frac{0}{10}$ — $3\frac{0}{10}$. Wahania spozrzegane przy rozbiorach zależą od przyjmowania pokarmów i stanów chorobowych zarówno jamy ustnej, jak i całego ustroju, np. gorączka wartość tę obniża. Przyczyną ich bezpośrednią być może zależy od zmian w unerwieniu (Heidenhain), jednostronnych doświadczeń jednak brak jeszcze do postawienia ostatecznego wniosku. W próchnicy zębów zwiększenie ilości wapna w ślinie dochodzi $3\frac{0}{10}$ — $5,073\frac{0}{10}$. Zwiększenie to nie może zależeć od bezpośredniego rozpuszczania się zębów w ślinie przy próchnicy, gdyż w razie najszybciej postępującej próchnicy wszystkich zębów, można by otrzymała drogą bezpośredniego rozpuszczania zaledwo 0,000004 grm. CaO, czyli tak małą ilość, jaka przy rozbiorach zaważyłoby nie mogła. Przyczyny więc gdzieindziej szukać należy, tembardziej, że u ludzi bezzębnych ilość wapna zwiększa się nieraz do $6\frac{0}{10}$ i $9\frac{0}{10}$. Czem się to dzieje—autor odpowiedzi nie daje.

J. Z.

7) Opierając się na 44 przyp. ze szpitala św. Ludwika w Krakowie, autor wnioskuje, że najlepszym sposobem leczenia ropotoku oplucnej u dzieci jest przecięcie z wyrezekowaniem kawałka żebra i przedrenowaniem. Zarzut, że powstający przytem otok powietrzny przeszkadza rozwinięciu się płuca jest niesłuszny. Płuco rozwija się dobrze, o ile mięsz jego przez długie trwanie ropotoku nie jest zmieniony. Również niesłuszny jest zarzut, że rezekeyja żebra może wywołać zniekształcenie klatki piersiowej. Przy rezekeyji podokostnowej kość odrasta bardzo prędko, np. w jednym z przypadków autora odrodzenie miało miejsce już po miesiącu. Inaczej bywa w tych przypadkach, gdzie w skutek długotrwałego ropotoku kwitujemy z rozwinięcia płuca, a przez rezekeyję żeber staramy się o zapadnięcie klatki piersiowej.

Dz.

8) Jako niezaprzeczony postęp w leczeniu przymiotu, pomimo, że nie odnaleziono żadnych nowych środków, uważać należy indywidualizowanie leczenia. Leczenie w szpitalu z powodu złych warunków odżywiania i powietrza (przepelnienie szpitali) daje gorsze wyniki, aniżeli leczenie ambulatoryjne. Ogólne leczenie chorego należy przedsięwziąć dopiero przy ogólnych objawach choroby a to dla tego, że rozpoznanie w pierwszym okresie nie zawsze jest pewnem. Leczenie wcieraniem w ilości 3—4 grm. na dawkę dla dorosłych, a 1 grm. dla ssawców, autor uważa za najstosowniejsze; wcierania należy robić codziennie w ciągu 50—60 minut; na kuracyję należy użyć od 20—40 wcierań, zależnie od charakteru wysypki; podczas wcierań niezbędnem jest czyste utrzymywanie jamy ustnej, skóry etc. W późnych okresach choroby autor stosuje bądź to leczenie jodem, bądź rtęcią, wreszcie leczenie mieszane zależnie od tego, czy chory we wczesnych okresach przymiotu przechodził dostateczne leczenie rtęcią.

Autor sądzi, że choroba jest natury pasożytniczej, i, że rtęć, łącząc się z produktami przemiany materii mikrobów, wydziela się z organizmu. *Wł. K.*

11) Autor na zasadzie odnośnych doświadczeń dochodzi do wniosku, iż żelazo trująco działać może tylko po wstrzyknięciu do krwi lub pod skórę. Działanie trujące polega na porażeniu układu nerwowego ośrodkowego, które poprzedza krótkotrwałe podrażnienie. Skoro ośrodek oddechania ulegną porażeniu, następuje śmierć przez zaduszenie. Jeżeli przez czas dłuższy będziemy wstrzykiwać żelazo pod skórę, wywołamy zmiany w nerkach o cechach zapalnych, przynajmniej u zwierząt, autor też same zmiany przypuszcza zresztą u ludzi. Przy wewnętrznym podawaniu żelaza związki nie działające żrąco, nie wywołują żadnych objawów otrucia.

Autor nadto przekonał się, iż żelazo nie działa na krążenie i mięsień sercowy, ztąd też krwotoki, występujące jakoby po nadużyciu żelaza, mogą być zależne jak chce Scherff nie od podniesienia ciśnienia tętniczego po nad normę, ale od powrotu ciśnienia do stanu prawidłowego po usunięciu choroby.

Wreszcie autor zaznacza, iż wstrzykiwania podskórne często wywołują ropnie lub zapalenia tkanki łącznej podskórnej.

Zwracając się do rozmaitych przetworów żelaza, autor sądzi, iż najlepsze są związki z kwasami organicznymi, gdyż łatwo ulegają wchłanianiu i nie wywołują zmian miejscowych w przewodzie pokarmowym. Do wstrzykiwań podskórnych zaleca *ferrum pyrophosphoricum cum natrio citrico*, natomiast radzi usunąć z użycia mleczan żelaza. *J. Z.*

12) Cornil i Babes rozróżniają dwie formy zapalenia nerek: pierwotną i wtórną; ta ostatnia rozwija się przeważnie przy chorobach zakaźnych. Drobnoustroje, krążące we krwi, dostawszy się do naczyń nerkowych, zatrzymują się i wywołują stan zapalny.

W takich przypadkach łatwo znaleźć można w naczyniach krwionośnych nerek zooglee i różnego rodzaju drobnoustroje, swoiste dla pierwotnego cierpienia; niekiedy jednak bakteryje, napotykanne w nerkach, należą do zupełnie innych gatunków.

Przy t. zw. *nephritis ascendens* pasorzyty dostają się do nerek przez pęcherz, przewody moczowe etc. Clado przy *cystitis* i *pyelo-nephritis* pomiędzy innymi drobnoustrojami stale napotykał jeden, który nazwał bakteriją septyczną pęcherza. Zastrzyknięta myszom, królikom i świnkom morskim wywołuje posocznicę. Albarran i Hallé przy tych samych cierpieniach znaleźli drobnoustrój zupełnie podobny do opisanych przez Clado (bakterie *pyogène*). W moczu zawierającym ropę mikrob ten zawsze jest obecnym. Zastrzyknięty do błon surowiczych wywołuje silne zapalenie. Albarran spotykał go również w ropniach podopłucnowych. Doyen, badając znaczną liczbę chorych nerek po nefrektomii i przy badaniach posmiertnych, a także moczu, pochodzący od osobników, cierpiących na *cystitis* i *pyelo-nephritis*, wykrył znowu pewną ilość drobnoustrojów, jako to: *bacillus urinae claviformis, fertilis, major, tenuis, liquefaciens* i t. d.

Następnie autor wyjaśnia, dlaczego fizjologiczna funkcja nerek sprzyja rozwojowi zakaźnego zapalenia nerek i przechodzi do opisu własnych kilku spostrzeżeń.

I przypadek. *Pyelo-nephritis calculosa, albuminuria, krwotoki nerkowe.* W osadzie moczu znaleziono krótkie laseczki z bezbarwną otoczką, w niektórych miejscach ułożone w sznury; od bakteryi Clado różniły się

tem, że posiadały otoczkę; autor stawia to w zależności od metody barwienia, którą stosował.

II przypadek. Szkarlatyna, błonica gardzieli, zapalenie nerek. Osad moczu, badany podczas trwania wysypki, wykazywał obecność krzywych łańcuszków, złożonych z diplokokków. Po wystąpieniu objawów zapalenia nerek wykryto w moczu skrzywione łaseczki z otoczką, jak w poprzednim spostrzeżeniu.

III przypadek. Zapalenie płuc włóknikowe, powikłane zapaleniem nerek. Badanie moczu na drobnoustroje dało wyniki ujemne.

IV przypadek. Laryngitis catarrhalis, powikłana przemijającym zapaleniem nerek i dróg moczowych. W badanym moczu widział autor kupki mikrokokków i cienkie długie łaseczki.

Jednocześnie przytacza autor odnośne spostrzeżenia Cornil'a i Babes'a.

Przy pierwotnym zapaleniu nerek znajdował Babes w moczu znaczną ilość łaseczek krótkich, grubych z zaokrąglonymi końcami; podobne drobnoustroje znajdował i autor w przypadku przez siebie spostrzeganym i opisanym.

H. K.

15) W tytule wyszczególniony przypadek daje autorowi okazyję do wypowiedzenia kilku uwag o niebezpieczeństwie powierzania chorym środków silnie działających.

Dz.

16) Badając raki, autor znajdował w wakuolach ich umiejscowionych, bądź w zarodki, bądź w jądrze komórek, 4 rodzaje zawartości: protoplazmę z jądrem i jąderkiem, protoplazmę z niewielkimi kulkami, barwiącymi się safraniną, protoplazmę z jednolitymi kulkami, wreszcie protoplazmę z licznymi ciałkami sierpowatymi, barwiącymi się również safraniną. Uważając przypuszczenie, że wszystkie te twory zostały przez komórki rakowe inwaginowane, za zbyt śmiałe i nieuzasadnione, autor mniema, że są to sporozoa, a mianowicie z grupy Eimeriae, gdyż do tych ostatnich wiele tworów, spostrzeganych przez autora, zbliża się wną formą.

W. J.

17) Przy badaniu na rtęć, według Ludwiga, pył cynkowy używany do strącania rtęci może być źródłem omyłek wskutek obecności kadmu, który przy następnym prażeniu w rurce szklanej daje zwierciadło bardzo podobne do rtęciowego. Uprzednie prażenie cynku dla usunięcia kadmu nie wystarcza wcale. Dla tego też radzi autor za innymi zamieniać cynk blaszką miedzianą, wata mosiężną lub złotkiem mosiężnym.

H.

18) Pod nazwą: „angina ulcerosa benigna”, rozumie autor nieopisane dotąd cierpienie, które się cechuje występowaniem „owrządzenia, zwykle pojedynczego, zwykle na łuku przednim w okolicy migdałka, o brzegach ostrych, bez obwódki zapalnej, z dnem nieco zagłębionem, pokrytem szarawo-białym nalotem, trudno dającym się zetrzeć. Długość owrządzenia około 1 cm, szerokość 6—8 mm. Przy dotknięciu nie krwawi, jest mało bolesnem. Po 2—3 dniach owrządzenie to zaczyna się oczyszczać i po 10—12 dniach następuje zagojenie bez wytworzenia blizny“. Cierpieniu temu zwykle towarzyszy mały odczyn ogólny. Stosunkowo najczęściej jest zbliżoną do t. zw. angina Aptosa—B. Fraenkel'a.

Badania bakteriologiczne (Bujwid) wykazały w wydzielinie tych owrządzeń, obecność dwóch rodzaj paciorkowca: streptococcus monomorphus i variegatus, tylko jednak pierwszy z nich okazał się stałym, jak to dalsze badania Herynga i Lublinera (hodowle, szczepienia) wykazały.

Autor powyższe cierpienie miał sposobność spostrzegać 10 razy, z tych w 2 przypadkach były dokonane badania bakteryjologiczne. *J. S.*

19) Autor daje opis kliniczny spostrzeganego przez siebie przypadku tetanii u 2^{1/2} letniej dziewczynki. Choroba zjawiała się dwoma powrotami i trwała kilka miesięcy aż do chwili zupełnego wyzdrowienia dziecka. Następuje dalej krótki opis jeszcze 3-ich spostrzeżeń, gdzie w przebiegu gastro-enteritidis acutae typowo występował główny objaw tetanii, t. j. obustronny skurcz rąk z charakterystycznym ich ułożeniem; spostrzeżeń tych jednak dla braku innych jeszcze objawów, mianowicie wzmożonej pobudliwości nerwów na bodźce elektryczne, objawów Trousseau'a i Chvostek'a z powyżej opisanym identyfikować nie można. Swoją przypadek tetanii autor zalicza do rzadszych dla tego, iż wbrew dotychczasowym spostrzeżeniom pobudliwość elektryczna wydała mu się raczej zmniejszoną, aniżeli podwyższoną. Przypuszczalnie przez wzgląd na powiększenie śledziony i na skuteczność leczenia chininą, cierpienie to miało w tym przypadku za źródło zakażenie bagiennicze.

W drugiej części pracy, która stanowi referat przeważnie monografii Lothara v. Frankl-Hochwart'a o tetanii, znajdujemy bardzo obszerny opis tego cierpienia. Widzimy, iż tetania była od roku 1830 przedmiotem licznych badań dla francuzkich i niemieckich autorów, w naszej zaś literaturze pisali o tem Malinowski i Gluziński. Wszyscy uważają tetanię za nerwicę, nie zgadzają się tylko na stanowcze zaliczenie jej do grupy nerwic centralnych, czy też obwodowych.

Jaksch, a za nim Hochwart jest gorącym obrońcą pochodzenia jej zakaźnego. Weiss pierwszy podał opis tetanii, dość często komplikującej operację całkowitego wyłuszczenia gruczołu tarczowego.

Terapia najlepsze jeszcze rezultaty dotychczas osiąga przy pomocy morfiny i chlorału. Struempel bardzo zachwala elektryczność. *E. O.*

21) Autor podaje opis dwóch przypadków tego cierpienia u młodych wieśniaczek. W obu początek sprawy zarysowuje się nie jasno; w chwili badania u pierwszej (w 3-cim roku choroby) charakterystyczne zgrubienie skóry występowało głównie na twarzy; oprócz tego zauważono zgrubienie błon bębenkowych z upośledzeniem słuchu i, po pewnym przeciągu obserwacji, zgrubienie błony śluzowej, otaczającej zęby. Drugi przypadek przedstawił się podobnie. Obie kobiety skarżyły się na bóle głowy, w stanie psychicznym u obu zauważono pewną ponurość w usposobieniu i przygnębienie. W obu przypadkach gruczoł tarczowy był zmniejszony. Pierwsza chora dostała w szpitalu ospy, po przejściu której zauważono w ogóle zmniejszenie się zgrubienia skóry, a oprócz tego chora zmieniła się i pod względem usposobienia i umysłu na korzyść. *H.*

Nadesłano do Redakcyi.

M. Flaum. Białko, albumoza i pepton. Odb. z Wiadomości Farmaceutycznych.

Prof. Dr. N. Cybulski. Fyzjologija człowieka. Część II ga. Wyd. staraniem St. Markiewicza, z zapomogi Kassy im. Mianowskiego.

Fr. Giedroyć. Prostytutki, jako źródło chorób wenerycznych w Warszawie, nakł. Medycyny.

J. Grundzach. O popiołach normalnego kału. Odb. z Gaz. Lek.