

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## I. Czy uraz może wywołać ostre zapalenie nerek? \*)

(Z kazuistyki sądowo-lekarskiej).

Podał

*Dr. H. Kucharzewski.*

Ordynator Szpitala Ewangelickiego.

Czy może powstać ostre zapalenie nerek wskutek urazu? Pytanie to zostało mi postawione przez sąd, który mnie jako biegłego w następującej sprawie zaważwał. Czeladnik szewcki, za jakies przewinienie dał kilkunastoletniemu terminatorowi kilka uderzeń rzemieniem po plecach i pośladkach na stolku przez odzież. Bezpośrednio potem na drugi czy trzeci dzień chłopiec dostał gorączki i spuchł. Zawezwany lekarz skonstatował chorobę nerek i kazał go do szpitala odwieźć. W szpitalu przebył ostrą chorobę Bright'a, jak to widać było z karty szpitalnej i zeznań lekarzy świadków, i został po pewnym czasie jako zdrowy wypisany. Matka chłopaka, na podstawie świadectwa lekarza cyrkulowego, który orzekł, że choroba nerek powstała wskutek wymierzonych razów, wystąpiła ze skargą do sądu przeciwko owemu czeladnikowi.

Po zbadaniu poszkodowanego, który w danej chwili okazał się zupełnie zdrowym i nawet śladów przebytej choroby nie przedstawiał,

\*) Do kategorii urazów w danym przypadku nie zaliczam uszkodzeń okolicy nerek, połączonym z ranami drążącymi, gdyż te łatwo mogą wywołać ropne zapalenie nerek (nephritis suppurativa), tu zaś mam na myśli jedynie ostre zapalenie (nephritis acuta).

sformułowałem moje orzeczenie w następujący sposób: ostra choroba nerek (nephritis acuta) wskutek urazu nie powstaje, w danym przypadku uraz był zbyt lekkim, by mógł jakieś poważniejsze uszkodzenie wywołać, wreszcie objawy choroby nerek wystąpiły tak szybko po urazie, że trudno upatrywać tu przyczynowy związek pomiędzy tymi dwoma faktami. Nawet bardzo gwałtowne urazy, jak zgniecenie buforami wagonów, nie wywołują ostrego zapalenia, lecz sprowadzają wprost pęknięcie nerek, czego następstwem bywa krwiomocz oraz ropne zapalenie. Co w danym przypadku było właściwym powodem choroby, może przeziębienie, może jaka infekcyja powiedzieć trudno, tembardziej, że od poszkodowanego i jego matki, jako od ludzi bardzo mało inteligentnych, żadnej stanowczej odpowiedzi w tej kwestyi otrzymać niepodobna.

Sąd uwzględniając moją ekspertyzę, uwolnił oskarżonego.

Roztrygnięcie pytania w danym przypadku nie było zbyt trudnem, ponieważ uraz był bardzo lekki — tak, że nawet jakąś pośrednią „laesio“ nerek wykluczyć można było. Czy jednakże silne urazy nerek bez widocznego uszkodzenia samej substancyi nerkowej, odgrywają w etyologii nefrytów pewną rolę?

W literaturze podobnych przypadków nie spotykamy. Eichhorst wprawdzie w podręczniku swym patologii i terapii szczegółowej wspomina o dwóch przypadkach ostrego zapalenia nerek, powstałego wskutek urazu (w pierwszym upadek na wznak, w drugim dłuższe noszenie worków ze zbożem na plecach). Przypadki te jednakże są tylko gołosłownie zacytowane, bez podania jakichkolwiek bliższych szczegółów. Senator w ostatniem swem dziele o chorobach nerek (*Die Erkrankungen der Nieren 1896*) wykluczył zupełnie uraz z etyologii ostrego zapalenia nerek.

Zdaje mi się, że już samo anatomo-topograficzne położenie nerek chroni je od urazu, narząd ten leży głęboko w jamie brzusznej i jest ze wszystkich stron zabezpieczony od bezpośrednich wpływów zewnętrznych. Zbyt silne znowu urazy sprowadzają wprost pęknięcie narządu, o czem już wspominałem, nie zaś zapalenie.

Przypadek powyższy pozwoliłem sobie podać do wiadomości kolegów celem zwrócenia uwagi na uraz, jako na moment etyologiczny w ostrem zapaleniu nerek, może liczniejsze spostrzeżenia kwestyę tę wyjaśnią i roztrygną, czy istnieje rzeczywiście nephritis traumatica.

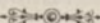


## II. Z kazuistyki laryngo-rynologicznej.

PODAŁ

*Dr. Jan Sędziak,*

b. asystent przy oddziale chorób gardłanych i płucnych w szpitalu  
Ś-go Ducha w Warszawie.



*(Dalszy ciąg).*

Co mnie przytem uderzyło, to ta okoliczność, że podczas odcinania guza *wylala się dość spora ilość* nie krwi, jak to poprzednio zawsze miało miejsce, lecz *plynu surowiczego*. Nie potrzebuje dodawać, że tak tej, jak i wszystkich poprzednich operacyj, dokonywałem pod kokainą, którą chory zadziwiająco dobrze (20% roztwór w dużych ilościach) znosił, pomimo to jednak za każdym razem rękocezyny te były bardzo bolesne dla chorego.

W parę dni chory wraz z rodziną zgłosił się do mnie, oznajmując z radością, że oddycha nosem tak, jak już od lat 5-ciu nie pamięta, że po ostatniej operacji jeszcze czas jakiś wydzielal się z lewej połowy nosa—w znacznej ilości płyn surowiczy gryzący, wskutek czego, wejście do nosa było mocno zaczerwienione i bolesne. I, rzeczywiście, przy badaniu stwierdziłem przedewszystkiem znaczną drożność lewej jamy nosowej, rozcięcie lewej połowy nosa znacznie mniejsze, eczema ad introitum nasi. Przy badaniu wziernikiem nosowym stwierdziłem też brak guza, zamiast którego widać było po prostu jakby błonę grubą, mięsistą, wypełniającą dolny przewód nosa, daje się ona unosić zgłębnikiem, nie krwawi, o ile się zdaje, przyczep ma szereki w średnim przewodzie nosa. Wogóle dokładniejsze badanie resp. sondowanie ze względu na niezwykłą bolesność, oraz zdenerwowanie chorego, było bardzo trudne.

Miałem zamiar błonę tę resp. resztki guza usunąć pętlą gorącą, co prawdopodobnie nie natrafiłoby na znaczniejsze trudności, wobec jednak ogólnego stanu chorego (silne osłabienie, oraz zdenerwowanie), dalej niezwykle bolesnej przyczyny, uniemożliwiającej po prostu wprowadzenie pętlicy, zaniechałem na razie tego zamiaru, zostawiając na później dokończenie operacji, tem więcej, że matka oraz otoczenie

chorego tak byli zadowoleni z rezultatu dotychczasowego leczenia, że sami prosili o odłożenie dalszej operacji.

Zalecałem przeto choremu w dalszym ciągu arszenik do wewnątrz, odżywianie, oraz wyjazd do Druskienik, miejscowo zaś maść z rezorcyny, oraz kąpiele nosowe, wreszcie zgłoszenie się do mnie po kilku miesiącach.

Przypadek powyższy jest z wielu względów interesujący.

Dowodzi on przedewszystkiem, że nie należy się zbyt śpieszyć z większą operacją, jaką jest niewątpliwie otworenie jam nosowych od zewnątrz, lecz nawet przy złośliwych guzach nosa próbować metody wewnątrznosowej, jeżeli, naturalnie, są ku temu dane (więcej ograniczony charakter guza), jak to mianowicie miało miejsce w naszym przypadku.

Uderzający jest również przebieg cierpienia w tym przypadku: mięsak nosa, gdyż niewątpliwie takim był guz od początku w naszym przypadku, trwa lat 5, nie tylko nie rozszerzając się na sąsiednie tkanki (antrum Highmori, oczodół) — lecz nawet przyjmując więcej ograniczony charakter, przyczem prawdopodobny wtórny empyemat antri Highmori „spontaneo modo“ ustąpił.

Wreszcie najciekawszym jest fakt wytworzenia się — o ile się zdaje — pod wpływem drażnienia wielokrotnie dokonywanemi rękoczynami, torbieli resp. płynu surowiczego w tkance sarkomatycznej. Przy operacjach polipów nosowych zdarzało mi się niejednokrotnie zauważyć, że przy zaciskaniu pętlicy wydziela się z guza płyn surowiczy, przyczem wyjmuję zamiast guza pęcherz resp. błonę. Badając drobnowidzowo polipy nosa, niejednokrotnie widywałem w ich odmianach: adenofibromatach — duże torbiele, wypełnione płynem surowiczym.

Odnośnie jednak tkanek sarkomatycznej, oraz rakowatej, nigdy czegoś podobnego nie spostrzegalem. Sz. prof. Przewoński, którego w tej kwestyi zapytywałem, objaśnił mnie, że acz rzadko, może się zdarzyć i w nowotworach złośliwych nosa, wytwarzanie znaczniejszych torbieli.

### III.

**Błonica gardzieli resp. nosogardzieli, powikłaną wielolicznymi ropniami migdałków (podniebiennych, gardzielowego, oraz językowego), oraz ropniem obu zatok Highmora.**

G. lat 18 panna, zasięgała mojej porady w dniu 7-ym kwietnia r. b. skarżąc się na zatkanie nosa, oraz katar, trwające od lat kilku.



Przy badaniu znalazłem: budowa wątła, odżywianie mierne, u prawego szczytu objawy lekkiego nacieczenia starej daty (lekkie stłumienie odgłosu wypukowego, wydech wydłużony, głos nieco wzmożony). Od matki dowiedziałem się, że przed paru laty chora miała krwotok płucny jakoby po podźwignięciu (podniosła z figlów fortepian), oraz parokrotnie przechodziła zapalenie płuc. Odtąd stale wyjeżdża co rok do Zakopanego. Obecnie czuje się — z wyjątkiem kataru — zupełnie dobrze, nie kaszle, nie pluje. Bardzo nerwowa.

Przy badaniu nosa od przodu znalazłem dość znaczne przerosty, muszel dolnych, od tyłu zaś umiarkowany przerost migdałka Łuschki.

Pierwsze usunęłem za pomocą galwanokauteru — przyczem wystąpiła po kokainie lekka intoksykacja (drżenie — osłabienie kończyn etc). Przebieg pooperacyjny bardzo lekki — w tydzień po odpadnięciu strupów — zagojenie zupełne.

W parę tygodni w podróży — jedząc rybę na stacyi — połknęła ość, która jej uwięzła w lewym migdałku. Ość tę szczęśliwie krewny chorej — nie lekarz wyjął — jednocześnie prawie chora dostała gorączki, bólu gardła z prawej jednak strony, oraz rozwolnienia. Jak matka zaznacza, córka jej wówczas bardzo silnie się zaziębiła, jadąc otwartym powozem wśród fatalnej pogody. Już wtedy zaniepokojona matka zauważyła u chorej — w gardle białe plamy na prawym migdale.

Wezwany w jednym z miasteczek prowincjonalnych lekarz zalecił 2 pijawki na prawą okolicę podszczękową, płukanie, wreszcie radził pozostać ze względu na stan ciężki chorej. Pomimo to chora przyjechała do Warszawy i zaraz udała się do mnie po poradę.

Stwierdziłem stan gorączkowy, osłabienie — opuchnięcie prawej okolicy podszczękowej. Chora otwiera usta z pewną trudnością, skarżąc się wówczas na bóle w uchu prawem i stawie żuchwowym z prawej strony. W gardle — silne zaczerwienienie i obrzmienie całego isthmus faucium — zwłaszcza zaś okolicy prawego migdałka, na którym tu i owdzie widać jeszcze rozlane białoszarawe naloty. W nosie od przodu stan lekko zapalny błony śluzowej — od tyłu, o ile to było możliwem przy zajęciu tak znacznem gardzieli, widać mocne zaczerwienienie i obrzmienie migdałka gardzielowego, na którym również zdawało mi się, że spostrzegam parę plam białawych. Wreszcie i migdałek językowy jest zajęty, lecz bez nalotów. Natomiast krtani absolutnie zmian nie przedstawia; w płucach status quo ante. Zaleciłem: olej rącznikowy do wewnątrz, kompresy rozgrzewające na szyję, płukanie salolem, maść mentolowo-dermatolową do nosa, wreszcie do wewnątrz salicylan sodu. Sam zaś

obficie zasypałem prawy migdałek, oraz jamy nosowe resp. nosogardzielowe dermatolem. Odrazu uprzedziłem matkę, że sprawa ze względu na anamnezę (zaziębienie, trauma), oraz rozległe zajęcie, przedstawia się poważnie i że, prawdopodobnie, będziemy mieli do czynienia z powikłaniami — mianowicie ropniem migdałka podniebiennego. Przypuszczenie to opierałem na tem, że jednocześnie miałem w leczeniu parę przypadków błonicy gardzieli, powikłanej ropniem migdałków.

I tak się też stało. Ciepłota, dochodząc w ciągu tego dnia prawie do 40° C., na drugi już dzień spadła do normy— jednocześnie „wrzód“ jak się chora wyraziła pękł w gardle, przyczem ropa wydzielając się zaczęła nie tylko z gardła, lecz i z lewej połowy nosa. Ulga znaczna przy połykaniu — zaburzenia żołądkowo-kiszczkowe prawie ustąpiły po oleju. Przy badaniu znalazłem — znaczne zmniejszenie w objętości migdałka prawego podniebiennego, w którego górnej części (w okolicy fossa supratonsillaris) więcej od tyłu, widać było miejsce, w którym ropień samoistnie się otworzył. Nalotów ani śladu. Jednocześnie badając nos od tyłu lusterkiem, zauważyłem w lewej połowie gruczołka Luschki sączącą się z małego otworu zgęstniałą ropę.

Oczyściwszy to ostatnie miejsce mentolem — oraz obficie znowu zasypawszy jamy nosowe i nosogardzielową dermatolem — zaleciłem oprócz poprzednio przepisanego leczenia, jeszcze kąpiele nosowe z kwasu bornego.

Byłem przekonany, i przekonanie to wraz ze mną dzieliła matka, że się na tem skończy. Jakież jednak było moje zdumienie, gdy w parę dni daje mi nagle znać, że u panny G. wystąpił przed chwilą silny krwotok z gardła. Przybywszy na miejsce, rzeczywiście skonstatowałem znaczne krwawienie (około szklanki) z gardła. Chora mocno osłabiona — leży blada. Matka objaśniła mnie, że bóle przy połykaniu po chwilowej uldze znowu zaczęły się wzmacniać, wystąpiła gorączka (około 39,5)—wreszcie znowu pękł „wrzód“, tym razem jednak z początku wydzielala się materya ze krwią, a następnie już czysta krew. Rzecz prosta, że wobec już notowanych w anamnezie krwotoków, oraz zmian w płucach, byłem przekonany, że będę miał do czynienia i tym razem z takimże krwotokiem pochodzenia płucnego. Przy badaniu jednak lusterkiem krtaniowem, od razu spostrzegłem na nasadzie języka w okolicy migdałka językowego, mocno obrzmiałego, mniej więcej po środku (może nieco ku lewej stronie), sączącą się czystą krew z rozszerzonego naczynia. Natomiast struny głosowe zupełnie czyste — białe, co zaraz wykluczało pochodzenie płucne



krwawienia. I, rzeczywiście, przy badaniu płuc, żadnych zmian nowych, żadnego świeżego nacieczenia nie mogłem zauważyć. Pomimo to jednak, dla uspokojenia chorej, poleciłem wezwać d-ra Chrostowskiego, który odtąd prowadził wspólnie ze mną kurację chorej <sup>1)</sup>, którą znał oddawna.

Po zastosowaniu odpowiednich środków (lody, przestrzykiwanie tannina) krwotok ustąpił. I znowu zdawało się, że wszystko odtąd będzie dobrze. Niestety! W parę dni znowu wystąpiły bóle przy polykaniu, ciepłota się podnosiła do 40°, poczem przy odpowiednim leczeniu (kompresy rozgrzewające, płukanie salolem), znowu jakoby pękł „wrzód“ z prawej strony gardła, oraz znowu wystąpiło, aczkolwiek tym razem nie tak obfite krwawienie z gardła.

Badanie ponowne wykryło siedlisko nowego ropnia między prawnym migdałem podniebiennym, oraz tylnym łukiem, mocno zaczerwienionym i obrzmiałym (abscessus pertonsillaris post.); w okolicy zaś migdałka językowego, na nasadzie języka, znowu mocno rozszerzone naczynia, z których sączy się w niewielkiej ilości krew. Ta ostatnia wkrótce przestała się wydzielać, bóle przy polykaniu ustąpiły — ciepłota spadła do normy, pozostało tylko bardzo silne osłabienie.

Jednem słowem, zaczęła się rekonwalescencya i chora już powoli przygotowywała się do wyjazdu do Zakopanego, gdy nagle, jak gdyby jakieś „fatum“ zawisło nad nieszczęśliwą tą chorą — wystąpiły znowu przy ciepłocie 40,2° C. gwałtowne bóle w okolicy prawego policzka, rozchodzące się na zęby szczęki górnej (zwłaszcza bolesnym był 2-gi malaris — 1-go brak), oraz w kierunku ucha prawego. Jednocześnie okolica prawego policzka oraz dolna powieka dość znacznie obrzmiały.

Nie ulegało wątpliwości, że do całego szeregu ropni w tworach migdałkowych, dołączyło się ropne zapalenie prawej zatoki Highmora, co też i między innymi potwierdziło prześwietlenie, wykazujące zupełną ciemność po stronie prawej.

Zaleciliśmy salol do wewnątrz (po 0,5 — 3 razy dziennie), oraz miejscowo balsam peruwiański (pół na pół z gliceryną) na wacie do prawej jamy nosowej.

Już w dniu następnym ciepłota spadła do normy, opuchnięcie z twarzy ustąpiło — bóle znikły, natomiast z nosa zaczęła się

---

<sup>1)</sup> Prócz tego chorą widzieli d-rzy Sadowski i Maliszewski.

wydzielać w olbrzymiej ilości ropa, poczęści przez otwór przedni, po części zaś przez tylne otwory nosa (choany) do jamy nosogardzielowej.

Tak upłynął tydzień przy stanie bezgorączkowym i ropienie coraz mniejsze. Ponowne prześwietlanie jamy Highmora wykazuje nieznaczne tylko jej zajęcie (lekkie zaciemnienie w okolicy dolnej powieki). Nagle znowu ciepłota podniosła się do 40,4° C., wystąpiły bóle gwałtowne w okolicy policzka lewego, poczem obfite wydzielanie się ropy z lewej jamy nosa.

Prześwietlanie wykazuje zajęcie ropne (empyema), zatoki szczękowej górnej (Highmora) lewej (absolutna ciemność); prawdopodobnie pozostałe wskutek aspiracji ropy przy wycieraniu nosa. I tym razem ciepłota szybko spadła do normy, a nawet poniżej (do 36,0° C.), stale odtąd utrzymując się na tej wysokości — bóle ustąpiły — ropienie, początkowo bardzo obfite, zaczęło się stopniowo zmniejszać, tak że ostatecznie i tu, podobnie jak w prawej jamie Highmora, sprawa ropna ustąpiła *bez interwencji chirurgicznej* (perforacja zębodołu), stwierdzając słuszność poglądu Avellis'a, że przy ostrych repotokach zatok szczękowych górnych, nie należy się zbyt śpieszyć z operacją, gdyż sprawa w większości przypadków sama przez się przechodzi pod warunkiem, że będzie przywrócona naturalna komunikacja tychże zatok z jamami nosowymi.

I rzeczywiście. W tych dniach dokonane ostateczne badanie resp. prześwietlanie, wykazuje zupełne wyleczenie, tak że chora za dni parę — jako zupełnie zdrowa — tylko jeszcze osłabiona bardzo, wyjeżdża na czas dłuższy (rok cały) do Zakopanego.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względu na rzadki przebieg, mianowicie, wielokrotne powikłanie sprawą ropną błonicy gardzieli resp. nosogardzieli.

Powikłanie ropniem migdałka podniebiennego, resp. okołomigdałkowym sprawy follikularnej w gardzieli (tonsillitis follicularis s. lacunaris acuta) spotyka się stosunkowo nie tak rzadko <sup>1)</sup>. Już o wiele rzadziej sprawy te wnikają prawdziwą błonicę gardzieli. Przypadki takie w ostatnich czasach miałem sposobność spostrzegać. Były to jednak zwykle jednostronne (po stronie zajętej, lub więcej zajętej

<sup>1)</sup> Porównaj moje: o t. zw. „torebkowem zapaleniu migdałków“ (tonsillitis follicularis s. lacunaris acuta), oraz „Przyczynę do rozpoznawania oraz leczenia ropnego zapalenia migdałków podniebiennych, oraz językowe-go“. *Kronika Lekarska* 1894, 1898.



sprawą dyfterytyczną), ropnie migdałków podniebiennych. W przypadku powyższym mieliśmy zaś do czynienia z dwustronnem zapaleniem prawego migdałka podniebiennego (raz był to ropień około-migdałkowy tylny), oraz z ropniem migdałka gardzielowego (Luschki), wreszcie językowego — jako następstwo błonicowego zapalenia gardła resp. jamy nosogardzielowej.

Nie dość na tem, mieliśmy również w tym przypadku do czynienia z niezmiernie rzadkiem powikłaniem — mianowicie obfitem krwawieniem z rozszerzonych żył na podstawie języka, niewątpliwie, wywołanem sprawą zapalną ostrą (ropną) migdałka językowego.

Wreszcie ostry ropień obu zatok Highmora w następstwie błonicy gardzieli resp. nosogardzieli, należy też do wielkich rzadkości.

Zasługuje na uwagę fakt, że wszystkie te ropnie, nie wyłączając obustronnego empyematu antri Highmori — ustąpiły bez chirurgicznej interwencji.

(Dok. nast.).

---

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. C h i r u r g i a.

294. Dr. Hildebrandt. **Przyczyny leczniczego wpływu laparotomii na zapalenie gruczlicze otrzewny.** (Münch. Med. Woch. № 15. 1898).

294. Dr. Max Nassauer (z kliniki Gottschalka Berlin). **Kwestya wyleczalności zapalenia gruczliczego otrzewny przy pomocy laparotomii.** (Münch. Med. Woch. № 16—17. 1898).

1) Wpływ leczniczy cięcia brzuszego na gruczlicze zapalenie otrzewny nie ulega wątpliwości. Idzie tylko o wyjaśnienie tego wpływu — w tym celu autor przedewszystkiem starał się zbadać zjawiska, jakie zachodzą przy otwarciu jamy brzusznej na zdrowej otrzewnie. Doświadczenia wykonane zostały na zdrowych psach i królikach w ten sposób, że po otwarciu jamy brzusznej ranę zaszywano i po pewnym czasie powtarzano laparotomię, rozpatrując wyniki zmiany.

Zmiany te polegają na porażeniu kiszek i zależnym od upośledzonych ruchów kiszek — przekrwieniu zastoinowem. Przekrwienie to H. po części uważa, jako jeden z objawów zapalenia, występującego po każdej aseptycznej laparotomii w gruczliczej otrzewnie po otwarciu jamy brzusznej, występuje również przekrwienie, lecz

w daleko większym stopniu, niż na otrzewnie zdrowej. Zmieniona tkanka mocniej zatrzymuje krew w swych naczyniach rozszerzonych. H. wywoływał sztuczne zapalenie gruźlicze otrzewny u królików i psów, wstrzykując do jamy brzusznej czyste hodowle lasecznika gruźliczego. Lecznicy wpływ laparotomii w tej seryi spostrzeżeń wykazywał się różnorodnie: gruźelki przy powtórnej laparotomii częściowo znikaly zupełnie, lub choroba wolno postępowała naprzód, przedłużając tylko życie zwierząt lub kończąc się zupełnem wyzdrowieniem.

H. zauważył, że laparatomie powtórne, wykonane zawczasie (kiedy jeszcze niema zmian regresywnych) są bez żadnego wpływu. Autor dochodzi do wniosku, że peritonitis tuberculosa ma tendencję do samowyleczenia (per. tub. u dzieci) laparotomia zaś potęguje tylko naturalne środki ochrony, jakimi organizm rozporządza w walce z drobnoustrojami gruźliczemi. Na tej zasadzie brak wyniku leczniczego po wczesnych laparotomiach daje się wytłómaczyć istnieniem wtedy takiej fazy rozwoju laseczników gruźliczych, w której nie osiągnęły jeszcze odpowiedniego stopnia jadowitości, a organizm przeto nie zdołał wytworzyć swych środków ochronnych; kiedy ochrona już jest wytworzona, laparotomia stanowi bodziec, potęgujący ją i przez to leczniczy. Na zasadzie analogii z doświadczeniem Biera, tyżące mi się leczniczego wpływu przekrwienia na stawy gruźlicze, autor sądzi, że i po laparotomii występujące *przekrwienie zastoinowe jest momentem, głównie sprzyjającym znikaniu gruźelków*. Jeżeli pogląd ten jest zasadny, to otwarcie jamy brzusznej powinno nie wywierać wpływu leczniczego tam, gdzie udaje się niedopuszczyć do przekrwienia, występującego po operacyi.

Sanders i Braam Hanckquert uczynili spostrzeżenie, że ruchy kiszki u zwierząt, u których otwiera się jamę brzuszną, wzmagają się, jeżeli poprzednio przed samą operacyą wstrzyknąć ogrzany do ciepłoty krwi fizyologiczny rozczyln solny — H. u pewnej ilości zwierząt wstrzykiwał takż rozczyln przed operacyą. Zwierzęta te przy dalszej obserwacyi i powtórnej laparotomii zachowywały się jakby wcale operowane nie były — a nawet dało się zauważyć pogorszenie ich stanu. Rozczyln solny, pobudzając ruchy kiszki, usuwa przekrwienie zastoinowe.

Według H. powietrze przy otwieraniu jamy brzusznej działa tylko pośrednio, drażniąc otrzewną, pobudzając więc ją do przekrwienia, głównego leczniczego momentu.

2) *Nassauer* dochodzi do wniosków identycznych. Potwierdza fakt wyleczalności zapalenia gruźliczego otrzewny nie tylko w znaczeniu klinicznym, lecz i anatomicznem — przez przytaczane z literatury i jedno własne spostrzeżenie, w których po raz wykonanej laparotomii okoliczności zmuszały do powtórzenia jej. Dodaje wraz z Winklem, że dla stwierdzenia zupełnej uleczalności, musi przejść okres conajmniej lat 5-ciu po wykonaniu operacyi.

Odrzuca dotychczasowe poglądy na działanie cięcia brzuszego, a mianowicie pogląd Fehlinga, że zetknięcie się zarodników w powietrzu zawartych z lasecznikami gruźliczemi na otrzewnie — niszczy



je, pogład działania promieni słonecznych, pogład działania samego powietrza, jako takiego (chemicznie), co nawet pobudziło Moseting-Morhoffa do zaproponowania punkcyi, jako środka leczniczego, w celu „wypłukania“ jamy brzusznej powietrzem, zdanie Lippela, który przypuszczał, że cięcie brzuszne pobudza wydzielinę miejscowo — wydzielającą się surowicy, zabijającą laseczniki etc.

Przytacza własne — następujące wnioski:

1) Otrzewna z powodu swych szczególnie sprzyjających warunków krążenia, reaguje na wdrażenie laseczników tuberkulicznych — przekrwieniem. Przekrwienie to jest naturalnem dążeniem leczniczem otrzewny do przemożenia wpływu laseczników innymi słowy: gruźlicze zapalenie otrzewny posiada tendencję do samowolnego wyleczenia.

2) Nie zawsze przemódz może przekrwienie reakcyjne — skutki zakażenia. Wtedy jad gruźliczy wnika w cały organizm i gubi go.

3) Przecięcie ścianek brzusznych silnie pobudza istniejącą już reakcyę. Istniejące już przekrwienie zwiększa się. Trwając dłużej, niszczy wpływy lasecznika.

4) Powietrze, chemiczne składniki jego, środki dezynfekcyjne stosowane przy operacyi, wydalenie wysięków, grają przymem rolę zupełnie podrzędną. *Sd.*

295. Hofman (z kliniki uniwersyt. Albert'a w Wiedniu). — **O przepuklinie, zawierającej wyrostek robaczkowy.** (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie T. 45.).

Autor przytacza 11 przypadków prawostronnych przepuklin pachwinowych, w których znajdowano wyrostek robaczkowy bądź to sam (4 przyp.), bądź razem z siecią (1 przyp.), bądź też z innymi trzewiami, najczęściej z kiszka ślepą. W ogóle przepukliny z zawartością wyrostka robaczkowego nie należą do bardzo rzadkich: na 250 przypadków przepuklin, operowanych w ciągu roku w wyżej wymienionej klinice, wyrostek ten znaleziono w woreczku przepuklinowym 9 razy. Uderzającym jest fakt znacznej przewagi płci męskiej w przypadkach podobnych: we wszystkich bowiem przytoczonych spostrzeżeniach pacjenci byli płci męskiej. Wobec wrodzonych przepuklin można objaśnić taką przewagę płci męskiej niedostatecznem opuszczeniem jądra; w przypadkach nabytych nie wiadomo, czy znaczna ta przewaga rodu męskiego jest tylko wypadkowa, czy też zależy od pewnych przyczyn szczególnych.

Najczęściej przepukliny takie bywają wrodzone, przyczem wierzchołek wyrostka często zrasta się z górnym brzegiem jądra. Zrost ten może być skutkiem zapalenia otrzewny, powstałego jeszcze u płodu, lub też, jak chce Klein, w następstwie istniejącego zwykle u płodu zdwojenia otrzewny. Naturalnie, podczas opuszczenia się jądra wydłuża się pociągany przezeń wyrostek.

Z lewej strony wyrostek robaczkowy może niekiedy znajdować się tylko w przepuklinie dużej, posiadając przytem dużą krezkę, albo przy situs viscerum inversus totalis, lub w takich przypadkach, gdzie, jak to niedawno opisywał Tandler, w pewnym okresie rozwoju, kiszki grube nie przechodzą na stronę prawą, lecz pozostają nieco na lewo od linii środkowej.

Wyrostek robaczkowy w przepuklinie może być wolny, albo przyrośnięty za pomocą swej krezki do worka, lub też odnajdywano w worku tylko jego pętlicę, podczas gdy kiszka ślepa wraz z końcem wyrostka leży w jamie brzusznej.

Co do objawów, wywoływanych przez uwięźnięcie samego tylko wyrostka, poglądy są podzielone. Jedni przypisują uwięźnięciu temu, też same ciężkie i dla życia groźne objawy, które stwierdza się przy uwięźnięciu jelit; inni zaś są zdania, że w następstwie uwięźnięcia wyrostka powstaje co najwyżej obraz kliniczny, podobny do uwięźnięcia sieci. Zdaniem autora, objawy jakoby zaciśnięcia wyrostka mogą być zależne w pewnej liczbie przypadków od załamania się jelita wskutek pociągania wyrostka, w innych zaś przypadkach — od zapalenia tegoż i podrażnienia otrzewny. W ten sposób łatwo sobie wytłumaczyć i ową niejednostajność objawów, towarzyszących mniemanemu uwięźnięciu wyrostka. Możliwem również staje się, że wskutek zapalenia wyrostka zrosty i następne kurczenie się tegoż doprowadzają powoli do załamania jelita i dają obraz przewlekłego tegoż zwężenia (enterostenosis chronica). Przypuszczenie takie nabiera tem większego prawdopodobieństwa, że, skoro wyrostek jest skłonny do zapaleń wewnątrz jamy brzucha, to przecież skłonność ta wzrasta wobec znajdowania się tegoż w woreczku przepuklinowym, resp. wobec łatwiejszego narażania się na wszelkiego rodzaju urazy. Nakoniec wyrostek robaczkowy w woreczku przepuklinowym przedstawia bardzo często ślady przebytych spraw zapalnych, modzelowate zguubienia i t. p., niekiedy znajdowano w nim masy kałowe twarde i inne ciała obce.

Rozpoznanie obecności wyrostka robaczkowego w worku przepuklinowym, mianowicie w przepuklinach wrodzonych, staje się możliwem w tych razach, gdy wyrostek znajduje się w woreczku sam i jest przyrośnięty do jądra; wtedy można wyczuć sznurek, grubości pióra, idący obok sznurka nasiennego od jądra do jamy brzucha.

Wobec leczenia radykalnego przepukliny, nasuwa się pytanie, co zrobić z wyrostkiem? Gdy mamy do czynienia z uwięźniętą przepukliną, lepiej wyrostek usunąć, zwłaszcza zgorzelinowo zmieniony. Jeżeli wyrostek przyrósł do woreczka, również lepiej będzie go wyciąć, szczególnie wobec zrostów, utrudniających odprowadzenie przepukliny. Można wyrostek pozostawić w jamie brzucha tylko wtedy, gdy mamy przepuklinę wolną i gdy sam wyrostek nie zawiera ciał obcych, ani też nie uległ zapaleniu. Zważywszy zresztą, że wyrostek robaczkowy jest zbyt dużą dla ustroju człowieka pozostałością, że wyrostek w przepuklinie zawsze prawie bywa wydłużony i wskutek tego łatwo może po odprowadzeniu teźże, dać powód do wewnętrznego



uwięźnięcia jelit, — usunięcie wyrostka, nawet normalnego, usprawiedliwionem może być zawsze.

S. Stanisławski.

296. Baron (z Budapesztu). **Szczególna postać uwięźnięcia przepukliny.** (Wien. Med. Woch. № 24. 1898).

Miejscami uwięźnięcia przepukliny, resp. zamknięcia światła jelita, znajdującego się w przepuklinie, mogą być wrota przepuklinowe, szyja worka, zwężenie tegoż lub rozdarcie, dawne zrosty między częściami wypadniętego jelita, otwór w krezce tegoż lub w sieci. Według Scarpa, przyczyną zamknięcia jelita może być i skręcenie tegoż (Achsendrehung), jak również i wpochwienie. English ogłasza o uwięźnięciu jelita w uchyłku woreczka przepuklinowego. Do tych przyczyn autor dodaje jeszcze jedną postać uwięźnięcia przepukliny, dotychczas, zdaniem jego, w odnośnej literaturze nie ogłaszana. Mianowicie, chodzi tu o uwięźnięcie przepukliny w otworze woreczka, podobnego do zegara piaskowego, — otworze, który łączy dwa odcinki worka, leżące jeden nad drugim. Przypadki podobne zdarzają się wtedy, gdy worek przepuklinowy wzrasta w ten sposób, że według Schmidt'a ciało worka razem z szyjką trwałą zostaje zsunięte, a nowa, powyżej leżąca część otrzewny, wstępuje do bramy i tworzy tutaj nowy wylot worka wskutek marszczenia się, zapalenia zlepnego i t. p. Tym sposobem później wytworzona część worka posiada dwa otwory: jeden górny na miejscu bramy, przez który łączy się z jamą brzucha, i drugi dolny, który początkowo leżał w bramie i przez który obecnie łączą się z sobą obie części worka. W tym drugim dolnym otworze nastąpiło uwięźnięcie jelita w dwu poniżej przytoczonych przypadkach autora.

Przypadek pierwszy dotyczył 69-letniego starca, skarżącego się już od lat 50 na przepuklinę lewostronną. W lewej pachwinie stwierdzono przepuklinę wielkości główki dziecka z wypukiem bębniastym; brama przepuszcza koniec palca. Dolna połowa przepukliny napięta, bolesna; górna miękka, niebolesna. Podczas operacji okazało się, że worek składa się z dwóch części: przedniej, wielkości pięści, i tylnej, nieco mniejszej i wychodzącej z tylno-dolnej ściany poprzedniego odcinka worka. Pętlica jelita, mająca 73 cm. długości, była uwięźnięta w otworze, komunikującym oba odcinki worka. Średnica worka w tem miejscu wynosiła prawie 1 cm.; ściana była twarda, na 4 mm. zgrubiała i tworzyła pierścieniowaty wypustek od strony światła; zaostrzony brzeg tego wypustka trzymał mocno zaciśnięte jelito. Rezekowano około 40 cm. jelita zgorzelinowego; złączono końce tegoż za pomocą guziczka Murphy'ego i zeszyto brzegi krezki. Bez rozszerzania bramy jelito wprowadzono do jamy brzucha. Operację ukończono według Bassini'ego. Trzeciego dnia zejście śmiertelne wskutek zakażenia (sepsis). Przypadek ten jest jeszcze ciekawy i z tego względu, że część worka, wcześniej wytworzona i leżące poza drugą częścią, stanowiła otwarty wyrostek pochwy (proc. vaginalis),

była więc wrodzona; druga zaś część worka, później wytworzona, była nabyta.

Przypadek drugi dotyczył 55-letniego starca, cierpiącego jakoby od 15 lat na przepuklinę lewostronną. W lewej pachwinie stwierdzono przepuklinę wielkości pięści. W mosznie nad lewym jądrem wyczuwa się guz napięty, sprężysty, bolesny, z powierzchnią gładką, wielkości małego jabłka. Po nad nim w przepuklinie zdaje się być puste jelito, obok którego ponad więzłem Poupart'a można dojść końcem wskaziciela do bramy. Brzuch nieco wzdęty i bolesny. Podczas operacji stwierdzono, że w górnej części worka, wielkości małej pięści, znajdowały się dwa kawałki jelita, po 15 cm. długości, które zachodziły do dolnej części worka, wielkości małego jabłka. Ta ostatnia łączyła się z górnym odcinkiem za pośrednictwem otworu, w średnicy  $1\frac{1}{2}$  cm. mającego, którego brzeg, naokoło ostry, miał grubości około  $1-1\frac{1}{2}$  mm. Ściana obu odcinków była grubą na 2—3 cm. Pętlica jelita była uwięzioną w otworze, łączącym oba odcinki. Jelito, które okazało się niezbyt zmienione, wprowadzono do jamy brzucha, bez rozszewienia bramy. Kanał przepuklinowy zamknięto według Bassini'ego; worek poniżej podwiązane go kikuta usunięto w zupełności. Wyzdrowienie bez komplikacji.

W obu przytoczonych przypadkach zamknięcie światła jelita można rozpatrywać, jako uwięzienie w uchyłku worka przepuklinowego, resp. jako uwięzienie w zwięzonym miejscu tegoż worka.

Autor zwraca uwagę na to, że ani zaparcie stolca, ani wymioty wraz z odbijaniem się, ani też wzdęcie brzucha nie są niezbędnie koniecznymi następstwami uwięzienia przepukliny, a jeśli objawy te istnieją, to nie występują natychmiast po uwięzieniu, resp. zamknięciu światła jelita, a znacznie później. Codzienne doświadczenie wykazuje, że podczas niebezpiecznego uwięzienia przepukliny bywają wypróżnienia, brak jest natomiast, przynajmniej przez pewien czas, napięcia brzucha i wymiotów. Zwykle tak bywa, jak wiadomo, podczas uwięzienia ściany lub uchyłka jelita albo też wyrostka robaczkowego, wobec czego brak tych objawów łatwo pojąć, lecz dość często zdarza się tak i w przypadkach uwięzienia całkowitej pętlicy jelita. Jest tylko jeden objaw, istniejący we wszystkich przypadkach uwięzienia i w samym jego początku: jest to ból, występujący na miejscu uwięzienia. Bolesność ta zawsze występuje w okolicy bramy. W przypadku zaś uwięzienia jelita w otworze, łączącym z sobą dwa odcinki worka, ból ten występuje najspierśd na miejscu tegoż otworu, a niema go wcale w okolicy bramy, swobodnie przepuszczającej wierzchołek palca.

Bolesną przepuklinę winno się corychlej operować, — i chirurg popełni wielki błąd, jeśli będzie czekał z operacją aż do wystąpienia zwykłych objawów: wymiotów, wzdęcia brzucha i t. d.

*S. Stanisławski.*



## II. *G i n e k o l o g i a.*

297. Prochownik. Uwagi w kwestyi stosowania zabiegów leczniczych w gorączce połogowej. (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. B. VII 3.

W streszczeniu zbiorowem, obejmującym wskazania do rekozynów zachowawczo-chirurgicznych i ściśle operacyjnych, w poporodowych sprawach chorobowych. Prochownik poprzedza zebrane w tym względzie dane z literatury, następującymi własnymi uwagami:

Na wstępie wzmiankuje, że przytacza rzeczy ogólnie znane, nie dosyć jednak jeszcze utrwalone w pojęciach większości praktyków.

W początkach zaburzeń poporodowych objawem, który przede wszystkim zwraca uwagę, jest zwyżka ciepłoty. Najlejsze jej zmiany wywołują z jednej strony oskarżenia o niedosyć dokładną profilaktykę, z drugiej natychmiastową czynną interwencyę, nie zawsze dla chorej obojętną. Nie samo podwyższenie ciepłoty winno być miarodajnem, lecz jednoczesne badanie własności pulsu i innych objawów chorobowych

Nie należy przeceniać rezultatów badań bakteryologicznych. Gronkowce, znalezione w wydzielinie macicznej, bez jednoczesnego badania krwi i krytycznego zestawienia objawów ogólnych, nie powinny skłaniać do natychmiastowej interwencyi. Gronkowce bardzo często znajduwane bywały w kanałach rodnych bez najmniejszych chorobowych zaburzeń.

Dokładne przeprowadzenie badań bakteryologicznych z wydzielin i krwi, zwykle zajmuje do dwóch dni. Można spokojnie przez ten czas wyczekiwać, żadnych nie podając środków.

Większa część prac nie podaje, na jakiej drodze różniczkowego rozpoznania można dojść do pewnego wniosku, że początkowem siedliskiem wywołującym zakażenie—jest endometrium i że ono winno być punktem wyjścia dla zabiegów leczniczych.

Autor przekonany jest, że większa część lekkich zakażeń ma swe źródło w pęknięciach krocza i pochwy — znaczna zaś część cięższych infekcyi początkuje się z szyjki, nie jamy ciała macicznego. Nie łatwo w ogóle w pierwszych dniach choroby rozpoznać: Endometritis septica analogicznie z faktem, że w bardzo małej ilości chorób zakaźnych udaje się je rozpoznać w samym początku — początkowe objawy zwykle są jednakowe, a ich różnorodność i natężenie zależy więcej od indywidualności chorego, niż od jadowitości zarazka.

Wykluczwszy więc w zakażeniach poporodowych: endometritis putrida sub partu i cierpienia, zależące napewno od rozkładu pozostałych części jaja płodowego — we wszystkich innych koniecznem jest dwu lub trzydniowe wyczekiwanie, bez podawania środków zewnętrznych. Jeżeli przebieg zakażenia staje się o tyle burzliwym, że chore giną w przeciągu 3 do 5 dni—możemy uspokoić się tem, że na tego rodzaju infekcyę, nie znamy środków. Jest to rzeczą praktyka przyswoić z obserwowania i badania podobnych nagle przebiegających przypadków ze strony anatomicznej i biologicznej wynaleść śro-

dek ratujący życie. Po za tem, w całym szeregu zakażeń połogowych po groźnych początkowych objawach, następuje zwykle ich złagodzenie, odpowiednio do natężenia i umiejscowienia sprawy.

U chorych więc, u których znajdujemy puls równy, pewny, dochodzący do 100 lub nieco więcej uderzeń — przy ciepłocie nawet bardzo wysokiej i początkowym dreszczu, należy śledzić za ciepłotą, tętnem, oddechem, badać organy wewnętrzne, mocz i obejrzeć niejednokrotnie części płciowe zewnętrzne i dolną część pochwy — spokojnie wyczekując dalej. Często naderwanie pochwy lub kroczca stanowi przyczynę gorączki.

Jeżeli osobnik czyni wrażenie ciężko chorej, tętno małe i częste (nawet przy niskiej ciepłocie), zjawiają się częste dreszcze, istnieje podrażnienie otrzewny — należy zbadać górną część pochwy i szyjkę maciczną, wydzielinę z macicy, macicę samą i jej przydatki. Wprowadzenie palca do jamy macicznej jest zbyt cenne. Rozkładającą się wydzielinę można widzieć i czuć, resztki jaja płodowego skonstatować wzrokiem i palcem, zatrzymane wydzieliny rozpoznać przez zmianę położenia macicy i jej ucisk. Nakoniec tam, gdzie dokładne badanie jest możliwe, należy wydstać z żyły krew i zbadać ją bakteriologicznie — potem dopiero przystąpić do przestrzykiwań pochwowych, wewnątrzmacicznych waporyzacji, zakładania gazy jodoformowej lub skrobienia według wskazań, poglądu i temperamentu.

*Sunderland.*

298. Dr. B. Medanié. **Wypadnięcie sieci po wydaleniu przez pochwę macicy i jej przydatków.** (Centralbl. für Gyn. № 15. 1898).

Chora 21-letnia przyjęta do kliniki Szaudy w październiku roku 1897 z powodu guzów ropnych w przydatkach. Guzy wyjęto przez pochwę w sposób typowy, z pozostawieniem sączka w jamie Douglasa, usuniętego w 8-ym dniu po operacji. W tydzień później zdjęte szwy — 21 listopada chora wypuszczona z kliniki z zabliźnioną pochwą, z nieznaczną powierzchnią ziarninową na lewej stronie sklepienia. Pacjentka przyjechała następnie do Gratzu i wstąpiła tu do kliniki 4-go stycznia r. b. z powodu silnych bólów. Badanie autora wykazało:

Pochwa szeroka i krótka, błona śluzowa gładka. W sklepieniu blizna poprzeczna, niebolesna na dotyk. Z lewej jej połowy wystaje gładki miękki guz, wielkości orzecha. Przy wysuwaniu badającego palca, przylgnięty do palca guz schodzi za nim aż do wejścia pochwowego, przyczem nasilają się bóle. Ponowne badanie wykazuje na miejscu, z którego występuje guz — otwór w sklepieniu, grubości palca. Guz rozpoznano jako sieć, kawałek wycięty dla badania mikroskopowego rozpoznanie potwierdził, pozostawiono guz w pochwie, zastosowano tamponowanie i spokój, — po parokrotnem powtórzeniu tamponowania prof. Rokitański 21 stycznia r. b. zdecydował się odjąć wypadłą sieć, w przypuszczeniu, że zrost w otworze rany będzie dostateczny dla zamknięcia jamy brzusznej.



Przy badaniu jednakże przed operacją— guza więcej nie znaleziono. W sklepieniu pochwy na miejscu wyjścia guza zauważono okrągłą, niekrwawiącą ziarninową powierzchnię, o 3 ctm. średnicy. Bóle zupełnie ustały. Należało przypuścić samowolne wejście sieci napowrót do jamy brzusznej. Na drugi dzień chora wypuszczona z kliniki z powierzchnią ziarninową, o połowę zmniejszoną, bez otworu do jamy brzusznej.

Pacjentka zjawiała się jeszcze parę razy ambulatoryjnie, w trakcie czego wyjęto z pochwy nitkę, poczem ranka zagoiła się zupełnie. Autor przypuszcza, że ta pozostała nitka spowodowała utworzenie ziarniny, przeszkadzając zablżnieniu i spowodowała wypadnięcie sieci, które wogóle po operacjach pochwowych zdarza się względnie rzadko.

*Sunderland.*

299. Dr. Ballantyne. **Wrodzone wypadnięcie macicy.** (Prolapsus congénital de l'utérus). (Archives de Médecine des enfants. № 3. 1898).

Wypadnięcie macicy i pochwy u noworodków jest zбочeniem niezmiernie rzadkiem. W literaturze lekarskiej opisano dopiero 8 przypadków. Wypadnięciu macicy stale towarzyszy spina bifida. W przypadku, opisanym przez autora, wypadnięcie macicy zauważono nazajutrz po urodzeniu. W chwili urodzenia jednak istniały już spina bifida i pes varus. Worek spinae bifidae pękl na kilka godzin przed wypadnięciem macicy. Szyjka maciczna powiększona wystawała na 2 centymetry ze sromu i pociągała za sobą ściany pochwy. Z rozwartego ujścia wyciekał płyn przezroczysty, galaretowaty. Odbytница była szeroko otwarta i przepuszczała palec. Brakło prawej rzepki. Macicę z łatwością odprowadzono i umocowano plastrem. Siódmego dnia dziecko zmarło. Na przekrojach zamrożonego trupa widać było, iż było to istotnie wypadnięcie, nie zaś przerost macicy, gdyż dno jej znajdowało się na wysokości kości ogonowej. Prócz tego znaleziono nieznaczny stopień wypadnięcia pęcherza moczowego. Kość krzyżowa z ogonową tworzyły linię prostą, biegnącą nieco w tył.

Spina bifida zajmowała 3 pierwsze kręgi krzyżowe oraz ostatni lędźwiowy. Więzy macicy były wyciągnięte i zcieńczałe. Podobnymi cechami odznaczały się wszystkie inne opisane w literaturze przypadki. Etiologia wrodzonego wypadnięcia macicy jest zawila. Że wchodzi tu w grę czynniki nerwowe, dowodem stale spotykana spina bifida. Lecz przerost macicy, zwiotezenie więzów, brak tkanki łącznej w miednicy oraz powiększenie wymiarów miednicy, które to zmiany w każdym przypadku były stwierdzone, mogą również wywołać przemieszczenie organu. Krzyk i utrudniona defekacja mogą mieć znaczenie, jako przyczyny przypadkowe. Wszystkie przypadki zakończyły się śmiercią w kilka dni lub najwyżej w kilka tygodni po urodzeniu. Przyczyną śmierci bywa zwykle spina bifida. Niedawno Radwansky (Münch. Med. Woch. № 2 1898) ogłosił przypadek zakończony wyzdrowieniem. Macica odprowadzona i utrzymywana tam-

ponem po kilku miesiącach przestała się ukazywać. W przypadku tym jednak brak było spina bifida. F. S.

300. **Wiadomości o ciąży i porodzie w przypadku raka szyi macicznej.**  
(München. Med. Woch. № 48. 1897).

Rak w ciąży bywa obecnie częściej rozpoznawany, z powodu większej dokładności badania i dlatego, że kobiety brzemiennie mniej teraz unikają badania.

O ile łatwym jest rozpoznanie raka, o tyle trudnym do stwierdzenia sam fakt jednoczesnej brzemienności. Rokowanie nie jest złe; gdyż Olshausen na 9 przypadków widział 4 z wynikiem pomyślnym.

Jeżeli tylko rak powstaje w czasie ciąży i może być operowany, należy to bezzwłocznie uczynić, bez względu na dziecko. Jeżeli zaś przypadek nie podlega już operacyi, wtedy życie dziecka musi być cenione więcej, niż stracone, bądź co bądź, życie matki. Operacya podczas ciąży jest łatwiejsza, niż bez niej, ze względu na ogólne zwiotczenie tkanek. Jeżeli macica jest za duża, by mogła być wyłuszczoną przez pochwę, wówczas poleca Olshausen wywołać poronienie sztuczne i operacyę po dniach ośmiu wykonać. W tym razie słusznie odstepuje od natychmiastowej operacyi.

Zdanie Theilhabera co do wywołania w podobnych warunkach sztucznego porodu nie zasługuje na uwzględnienie. Należy raczej macicę zmniejszyć. W niektórych przypadkach wystarcza przekłucie pęcherza, w innych — należy wykonać środkowe przecięcie macicy i, przeciw radzie Wintera, odłuszczyć łożysko. Jeżeli dziecko jest za duże, by je usunąć przez pochwę, i zdolne do życia, wtedy należy wykonać cesarskie cięcie i wydobyć je tą drogą. Całkowite wyłuszczenie, według Freund'a, zdaje się dawać wyniki złe.

Po postawieniu pewnej dyagnozy, należy unikać wszelkiego badania, jak również wyskrobywania części rakowatych, gdyż w tych razach powstaje niebezpieczeństwo zakażenia lub przedwczesnego porodu. Jako półśrodka, używa się też wycięcia nadpochwowego, które jednak nie może być uważane za operacyę radykalną.

Jeżeli powikłania stają się widoczne dopiero podczas porodu, wtedy po urodzeniu się dziecka, w razie możliwości przeprowadzenia radykalnej operacyi, powinno być wykonane całkowite usunięcie macicy, mianowicie cięcie cesarskie i należące doń usunięcie pozostałości portionis z pochwy.

Jeżeli rak nie nadaje się do operowania, poleca się dokładne wyskrobanie łożyczką, śmiałe cięcie bocznej części szyi, następnie kleszcze, lecz wtedy dopiero, gdy szyja dostatecznie rozszerzyła się do przepuszczenia główki. Przy obrocie zdarza się pęknięcie macicy.

Przy nieżywym dziecku najodpowiedniejszą jest perforacya. Przy żyjącem — jeżeli rozwiązanie przez pochwę nie jest możliwe, zamiast konserwatywnego cesarskiego cięcia, może być zastosowany



sposób Porro, z pozaotrzewnowem opatrzeniem trzonu, podług Hegara, dla zmniejszenia niebezpieczeństwa infekcyi.

Rak, rozpoznany w połogu, musi być również jak można najprędzej usunięty. Jeżeli tylko rak szyi macicznej skonstatowany jest w fazie, podlegającej operacyi, nie powinno się nigdy mieć względu na dziecko.

Fehling w Halle operował 6 przypadków, z których jeden podług Porro, a dwa w połogu, przyczem wszystkie chore wyzdrowiały.

S. Cykowski.

### III. Choroby skóry.

301. O. Rosenthal. O lecniczem stosowaniu wody gorącej w szczególności w cierpieniach skóry. (Deut. Med. W. № 4. 1897).

Leczenie gorącą wodą w dermatologii może być stosowane łącznie z innymi lekami albo też samo. Woda gorąca działa zabójczo na drobnoustroje, i to jej działanie na żywym ustroju było stwierdzone przy wrzodzie miękkim. Stwierdzono mianowicie, że domniemana przyczyna wrzodu miękkiego — lasecznik Ducery'a i Muni — przy temperaturze 41° ginie i, że u osobników gorączkujących wrzody miękkie szybko goją się bez stosowania środków zewnętrznych. Stepanov sporządził rodzaj czapeczki z rurki kauczukowej, którą naciąga się na członek i przez nią przepuszcza się woda o ciepłocie 42°—45° C. Autor w jednym przypadku szankra wyżerowego (ulcus phagedenicum), który zniszczył połowę żołądki i część napletka stosował powyższy sposób ze znakomitym wynikiem. Na powyższej zasadzie Curtis leczył trypra cewki, przepuszczając przez cewkę płyn ogrzany do t° 88° C. Zinsser w parchu głowy stosował t. zw. zwój Leitera przez który przepuszczał wodę ogrzaną do t° 52°—55° C.

Dobre wyniki stosowania gorącej wody przeciwko silnemu swędzeniu w pryszczycy moszny, sromu i swędzeniu w okolicy otworu stolcowego, autor przypisuje działaniu wysokości temperatury na zakończenia nerwów. W tych razach na cierpiące miejsca przykładamy gąbkę, zmaczaną w wodzie gorącej, ale tylko nie dłużej niż na 3 minuty. Gorące obmywanie i gorące okłady dawały dobre wyniki w acne vulgaris i acne rosacea, co, zdaniem autora, polega na przyspieszonym krążeniu krwi w miejscach uległych cierpieniu. Przy leczeniu przymiotu autor zamiast ciepłych kąpeli lub łaźni parowej, poleca również gorące kąpiele, które wzmagają krążenie krwi w skórze, wywołują pewne podrażnienie narządu nerwowe, a, zwiększając przemianę materii, sprzyjają szybszemu usunięciu przymiotowego zarazka. Wskazane są również kąpiele gorące w przewlekłym zatruciu rtęcią i innymi metalami jak: ołów, arsenik i t. p.

Edmund Karella.

302. Neisser. **Leczenie wcieraniami.** Die Einreibungscur. — (Sammlung Klinischer Vorträge № 199. 1897).

Autor w swej pracy wskazuje nam, jak powinny być wykonywane wcierania szaruchy i jakie warunki zachować należy, ażeby otrzymać najobfitsze wessanie rtęci.

Ponieważ rtęć nie tylko usuwa objawy przymiotu lecz i zabija zarazki, autor radzi leczyć chorych nie tylko w okresie występowania objawów choroby, lecz i wtedy gdy ich nie ma, przynajmniej przez czteroletni przeciąg czasu.

Dalej autor zwraca uwagę na to, że największa ilość rtęci przy wcieraniach przenika do organizmu drogą wdychania, przez płuca, i w formie rtęci metalicznej krąży w sokach organizmu; przez którą przenika tylko mała część rtęci (Neuman, Fürbringer, Pinner, Hugo, Müller). Wcieranie zatem lub wbijanie szaruchy jest leczeniem, polegającym na wdychaniu pary rtęciowej. Z powyższego wynika, że ażeby wcieranie było skuteczne powinny być wypełnione następujące warunki: 1) powierzchnia, na której jest rozsmarowana szarucha, powinna być dosyć obszerna; 2) rtęć z powierzchni ciała powinna parować; 3) chory powinien obficie wchłaniać pary rtęciowe płucami. Obojętną jest rzeczą, czy szaruchę będziemy wcierać lub wbijać.

Skuteczne są również sposoby Welander'a i flanela rtęciowa Merget'a \*).

Ażeby rtęć mogła wywrzeć zbawienny wpływ na przebieg przymiotu, chory powinien: 1) zupełnie oderwać się od zajęć i oddać się jedynie leczeniu, dlatego też najlepszy wynik leczenia otrzymujemy w szpitalach, zakładach leczniczych i kąpielach; 2) ciało powinno mieć temperaturę taką, ażeby rtęć mogła swobodnie parować; 3) chory powinien znajdować się w ciepłym pokoju; 4) używanie przechadzek należy ograniczyć, albowiem podczas tychże pary rtęciowe ulatniają się w przestrzeń oddaloną; 5) chory winien unikać kąpieli częstych i obmywań, nie zbyt często zmieniać bieliznę, umiarkowanie przewietrzać pokoje, a to celem jednostajnego utrzymania nasycenia rtęcią otaczającej go atmosfery.

Tam, gdzie wyżej wymienione przepisy nie mogą być wykonane, lepiej zastosować zastrzykiwania podskórne.

Rtęć jest środkiem potężnym przeciw przymiotowym, lecz, ażeby otrzymać przy wcieraniach pomyślne wyniki, powinniśmy wykonywać je tak, ażeby wcieranie było leczeniem, polegającym istotnie na wdychaniu par rtęciowych.

*J. Wojciechowski.*

\*) Refer. *Kr. Lek.* r. 1895 № 10. Lopin. O wchłanianiu rtęci przez skórę i narządy oddechowe.



## IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

### NOWE LEKI.

303. **Mammae siccatae.** Preparat ten przygotowuje się ze świeżych gruczołów piersiowych, krów. Jedna tabliczka odpowiada 1,0 świeżej substancji gruczołu. Jedna zaś część substancji suchej odpowiada 8,75 części gruczołu. Robert Bell ogłasza w *Med. Times* i w *Hosp. Gaz.* że miał doskonałe wyniki przy stosowaniu tego preparatu w przypadkach włókniaków macicy. Guz zmniejszał się z niesłychaną szybkością, krwawienia ustawały, stan ogólny się poprawił; bóle także znikwały. Również i w krwotokach macicznych preparat ten okazał się bardzo skutecznym. Dawka dzienna wynosi od 8—15 tabliczek.

H. K.

304. Aleksinskij (*Chirurgia* T. III. Z. 16.) poleca użycie, zamiast nitek jedwabnych — zwykłych lnianych, gdyż i cena ich jest niższa i przygotowanie bardziej proste. Nadają się one zwłaszcza w praktyce wiejskiej i wojskowej (na wojnie). Autor operuje od pewnego czasu, używając wyłącznie takich nitek, i jest z nich bardzo zadowolony. Można używać nitek bielonych lub surowych; te ostatnie są mocniejsze. Przyrządzenie nici polega na wygotowaniu ich w roztworze 1—1½% sody (uważać by woda nie zawrzała), nawinięciu na szpulki i wyjałowieniu przed użyciem w parze (½ godziny), w braku zaś tejże — w wodzie z sodą wraz z narzędziami.

W. Ż.

305. Na jednym z ostatnich z posiedzeń *Académie de médecine* w Paryżu, prof. Dieulafoy mówił o przymociu żołądka na podstawie dwóch własnych przypadków. Autor przychodzi do następujących wniosków: 1) Przymiot żołądka nie jest tak rzadkim jak się przypuszcza. 2) Choroba ta występuje w tym narzędzie pod rozmaitą postacią: wybroczyny krwawe i nadżarcia na błonie śluzowej, nacieczenia błony podśluzowej, gummaty płaskie i ograniczone, gummaty wrzodziejące lub też blizny po nich. 3) Tak jak przy wszystkich utratkach substancji żołądkowej, sok żołądkowy dokonuje dalej dzieła zniszczenia rozpoczętego przez początkowy proces wrzodziejący. 4) Objawy owrzodzenia przymiotowego żołądka przypominają mogą wszystkie objawy wrzodu zwykłego: bóle w dołku i krzyżu, nietolerancję żołądka, wymioty miazgą pokarmową, wymioty krwawe, wychudzenie, charłactwo. 5) Żaden z tych objawów nie może nas upewnić, że mamy do czynienia z cierpieniem żołądka przymiotowem. W każdym przypadku, gdy u syfilityka spostrzeczemy objawy zwykłego wrzodu żołądka, możemy przypuścić, że mamy do czynienia ze sprawą przymiotową. 6) Nigdy nie trzeba zapominać o przymociu przy zbieraniu wywiadów

u chorego z objawami wrzodu żołądka. 7) W odpowiednich przypadkach przystąpić trzeba bezwzględnie do leczenia swoistego: merkurysz i jodek potasu. 8) Trafne rozpoznanie w tych przypadkach ma ważne znaczenie dla rokowania. *H. K.*

306. Na zasadzie 4-ch przez się oberwowanych przypadków, Srebrny (Therap. Monats. H. 4. 97) zwraca uwagę na to, że **figówka** (syccosis) **górną wargi** zależna jest częstokroć od cierpień jamy nosowej, że ropna wydzielina z tych jam zaraża torebki włosowe, zkad sprawa zapalna przechodzi na górną wargę i dlatego S. radzi w przypadkach figówki górnej wargi, starannie badać jamy nosowe. *E. K.*

307. Na 339 dzieci leczonych surowicą przeciw-błonicową, Dank (Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. 54) tylko w 31 przypadkach widział wystąpienie wysypki, z tych 29 miało wysypkę ogólną, a 2 — miejscową. W 11 przypadkach wysypka miała charakter odrowy, w 10 była wielopostaciowa z nasiękiem w skórze (exsudativum), w 5 — była pokrzywka, w 3 wysypka szkarlatynowa a w 2 wielopostaciowa. Powyższe spostrzeżenia pozwoliły autorowi wyciągnąć wniosek, że **wysypki po zastrzyknięciu surowicy przeciw - błonicowej** zdarzają się tem rzadziej, im silniejszą surowicę zastrzykujemy, t. j. im mniejszą jej ilość wprowadzamy do ustroju. *E. K.*

308. Dr. S. Sterling (Münch. Med. Woch. № 10. 1898) ogłasza o skutecznem działaniu maści z kwasu salicylowego w gościcu stawowym. Maść tę stosuje autor jednocześnie z podawaniem salicylanu sodu do wewnątrz.

Gdy polepszenie następuje, wtedy salicylan sodu odstawia, maść zaś stosuje nadal aż do zupełnego wyleczenia. W przypadkach przewlekłych, rezultat leczenia jest o wiele gorszy.

Leczenie maścią ma tę dodatnią stronę, że nie drażni przewodu pokarmowego: jest ono również bardzo pożądane u mniej inteligentnych pacjentów, gdyż lekarstwo stosuje się bezpośrednio na miejsce dotknięte cierpieniem. *H. K.*

## V. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

(Ciąg dalszy).

Posiedzenie zwyczajne z dnia 4-go grudnia 1897.

Przewodniczący. — Prezes: *Janiszewski*.

I. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

II. *Radomyski* przedstawia chorą ze szpitala Ś-go Józefa, cierpiącą na laryngitis syphilitica, u której stosował metodę leczenia, zaleconą od niedawna przez *Welandera*. Chorej tej przy stosowaniu



tej metody w przeciągu tygodnia, bez używania innych środków, powrócił głos normalny, przedtem mówiła tylko szeptem.

R. mówi o zaletach tej metody wypróbowanej i na innych chorych.

III. *Biernac'i* przedstawia preparat krtani chorego, zmarłego na *perichondritis* po tyfusie brzuszny. Choroba ta zrobiła koniecznym wykonanie tracheotomii. Zapalenie ochrzęstnej zjawilo się w drugim tygodniu po tyfusie i w drugim tygodniu później wykonana została operacya. Chory żył po operacyi 10 dni i umarł przy objawach ropnicy. Na preparacie zauważyć można nadzwyczajne zgrubienie prawej plica ary-epiglottica. Struny fałszywe i *ventriculus Morgagni* są obrzmiałe, również jak i struny prawdziwe. Mały palec z trudnością się przesuwają przez otwór krtaniowy. Po przecięciu tchawicy i krtani, z tylnej strony widzimy głębokie owrzodzenie, trzymające się głównie prawej strony i tyłu. Owrzodzenie wielkości monety 3 kop. *Cartilago ericoidea* kompletnie zniszczona. W głębi owrzodzenia znajdują się resztki chrząstki. Po przecięciu plica aryepiglottica prawej, znajdujemy również zniszczony *cartilago arythenoidea*. B. wspomina o 3 jeszcze przez siebie obserwowanych przypadkach *perichondritis laryngea* po tyfusie, z których 2 umarły. W I-ym przypadku tracheotomia nie była robioną i chory umarł przy objawach zwężenia krtani. W II-im przypadku u dziecka 3-letniego była robiona intubacya, lecz bezskutecznie, gdyż rurka dochodziła do pewnej tylko długości i nie dała się wepchnąć niżej. Zrobiono tracheotomię lecz z wynikiem ujemnym. III-ci przypadek obserwowany był tylko laryngoskopijnie, lecz w krótkim czasie przy użyciu inhalacyi, kompresów, etc. przeszedł.

Wogóle więc uważać trzeba *perichondritis* po tyfusie, jako bardzo ciężką i zwykle do śmierci prowadzącą komplikacyę.

*Biernacki* przedstawia dalej dwa przypadki *stenosis mitralis*.

IV. *Jankowski* przedstawia przypadek *Atrophiae musculorum spinalis progressivae*.

V. *Jaczeński* odczytuje streszczenie z pracy d-ra Karfunkla, zamieszczonej w N-rze październikowym miesięczniku *Archiv. für Dermatologie und Syphilis* o obecnym stanie nauki o kataforezie.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: *A. Janiszewski*.  
Sekretarz: *St. Radomyski*.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 18-go grudnia.

Przewodniczący. — Prezes: *Janiszewski*.

I. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

II. *Staniszewski* przedstawia chorą, u której rozpoznał krwioplucie histeryczne. *Estera U.* lat 25 licząca, zamężna, raz jeden rodziła. W 7-ym roku życia pierwszy raz dostała krwotoku płucnego, leczyla się w szpitalu przez 3 miesiące, wyzdrowiała zupełnie. Po dwóch latach krwotoki wznowily się i od tej pory trwają ciągle. 7

lat temu przechodziła zapalenie płuc, przed 5 zaś laty tyfus brzuszny wreszcie w r. 1892 podczas epidemii zapadła na cholere. Chora ma rodzeństwo zdrowe, ojciec jej do dziś dnia żyje zdrów, matka zmarła przed 4-ma laty przy porożu; według słów chorej, matka jej miewała takie same krwotoki i była ciągle dychawiczna. O dziadkach swoich nie wie.

*Status praesens.* Chora dobrego wzrostu, nieźle odżywiana, biała, uskarża się na częsty ból głowy, osobliwie w okolicy czołowej i ciemieniowej, czasami na uczucie ciała obcego w gardle, na osłabienie i na ciągle krwotoki. Krwotoki te bywają zwykle przy niewielkim i bez forsy kaszlu, czasami zupełnie bez kaszlu. Zdarzają się zwykle w nocy lub weczesnym rankiem. Chora zazwyczaj przebudza się z uczuciem silnego palenia w dolnej części klatki piersiowej, lekko zakaslnie i wyrzuci kilka łyżek stołowych krwi. Krew ta nie krzepnie. Następnie się prędko uspokaja i w ciągu dnia prawie nigdy nie kaszle, nie wypłwka krwi. Stan bezgorączkowy, poty codzień wieczorem. Przy szczegółowym badaniu znaleziono co następuje: jama ust i gardzieli biała, otwory nosowe swobodne, w krtani żadnych zmian niema. Oddech swobodny, klatka piersiowa dobrze rozwinięta; przy opukiwaniu obu stron klatki piersiowej żadnych zmian nie znaleziono, granice płuc normalne. Przy wysłuchiwanie wszędzie słycać normalny pęcherzykowy oddech bez rżień. W kilkakrotnie badanej płwocinie laseczników gruźliczych nie znaleziono. Wymiary serca prawidłowe, tony czyste i rytmiczne, tętno 70—80 uderzeń na minutę. Wątroba nie wychodzi po za łuk żebrowy. Śledziona niewyczuwalna. Brzuch umiarkowanie wzdęty. Apetyt dobry, odbijania niema, stolce opieszale. W organach płciowych żadnych zbocezeń, miesiączkowanie odbywa się co 28 dni, trwa od 5—7 dni z nieznacznymi bólami w pierwszych dniach. Krwotoki płucne wtedy nie ustają. Mocz blade-żółty, w dostatecznej ilości dobowej, bez białka. Przy badaniu układu nerwowego znaleziono: ruchy prawidłowe, na skórze znajdują się miejsca znieczulone na znacznej przestrzeni, rozrzucone bez żadnego systemu. Pole widzenia zmniejszone, w pewnym stopniu achromatopsia, węch osłabiony, smak zmieniony, słuch cokolwiek osłabiony. Na błonach śluzowych znieczuleń nie znaleziono. Mamy więc w danym przypadku brak jakiegokolwiek danych ze strony jamy ustnej, nosowej, krtani, serca, płuc i żołądka, natomiast mamy wybitne cechy historyczne: znieczulenia, zmiany wzroku, węchu, smaku i słuchu; charakterystyczne bóle głowy, globus, bóle przy ucisku na okolicę jajników, wreszcie płwocina krwawa jest charakterystyczną dla historyi: wyrzucana bywa krew w niewielkiej ilości na raz, krew ta nie krzepnie, a po krwiopluciu chora doznaje ulgi. Wobec tych danych sądzę, że rozpoznanie krwioplucia historycznego nie podlega wątpliwości. Podobne przypadki są ważne pod względem rokowania, ponieważ niedokładnie rozpoznane, nasuwają podejrzenie poważnego cierpienia anatomicznego.

Poprzednio podobne krwioplucia bez żadnych zmian anatomicznych w płucach lub sercu uważane były, jako zastępujące miesiącz-



kowanie, taką teorię wygłosił Pomme w r. 1887. Wkrótce jednakże, w tymże roku bowiem, Carré zwalczył teorię następczych krwotoków i dowiódł, że podobne krwotoki są pochodzenia nerwowego. Od tego czasu zjawiało się o tym przedmiocie wiele prac, które dały nam możność łatwiejszego oryentowania się w symptomatologii danego cierpienia. Krwiopłucie histeryczne zdarza się częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Wiek, w którym te objawy zdarzają się zwykle, jest 18—30 lat. Pod względem klinicznym wyodrębnić można dwie grupy krwiopłucia histerycznego. Do pierwszej grupy należą te przypadki, w których krwiopłucie zdarza się w czasie napadu lub po napadzie histerycznym. Wtedy chorzy tracą przytomność, wyprężają się; po kilku chwilach pokazuje się w jamie ustnej krwawy płyn, przytomność wraca, a chorzy jednocześnie wyrzucają z ust masę krwawą. Do drugiej grupy należy krwiopłucie niezależne od napadów. Zazwyczaj chorzy doświadczają rozmaitych sensacji, jako to duszności, globusu, niepokoju, palenia w klatce piersiowej, bólu w dolku podsercowym etc., następnie usta napęlniają się masą krwawą, poczem następuje wyrzucenie jej, co sprawia choremu ulgę. W tym przypadku mamy do czynienia jakby z małym napadem histerycznym, z poronną jego formą. Krwiopłucie histeryczne jest objawem, polegającym na tem, że chory najczęściej w nocy wypluwa płyn krwawo-czerwony, który po pewnym czasie nabiera barwy ciemniejszej. Płyn ten nigdy nie krzepnie, ilość jego bywa zwykle nieznaczna od 60—100 grm. Całą tę ilość chory zwykle wypluwa od razu. Płwocina krwawa zwykle porównywana bywa do syropu porzeczkowego lub do syropu z partwinu (ratanha). Nareszcie podobne krwiopłucie spotykamy wyłącznie u osób, które mają wyraźne znamiona histeryczne. Rozpoznanie krwiopłucia histerycznego wobec dokładnego badania, zwykle nie bywa trudne. Mogą się jednak zdarzyć takie przypadki, gdzie znajdujemy kaszel kurezowy, duszność, brak łaknienia z wychudzeniem, poty nocne, bóle w klatce piersiowej, gorączkę, krwotoki, wtedy może być poważna wątpliwość, czy nie mamy do czynienia z gruźlicą płuc, nawet przy braku objawów fizykalnych. Lecz wtedy, najczęściej niespodzianie, w chwili największej wątpliwości, zjawia się napad lub też odnajduje się stygmat histeryczny. Nareszcie brak łaseczników Kocha w płwocinie znakomicie potwierdza rozpoznanie. Krwiopłucie histeryczne, jakkolwiek należy do objawów bardzo uporczywych, jednakże żadnego niebezpieczeństwa nie przedstawia; ponieważ nie jest wyrazem jakiegokolwiek uszkodzenia anatomicznego. Przy leczeniu należy uwzględnić ogólne tło nerwowe, zalecać więc należy zmianę klimatu, hydroterapię, środki wzmacniające, jak żelazo, arsenik, wreszcie sugestyę, jako ważny zabieg w histeryi.

W dyskusyi *Jaczeński* przypomina obserwowany przez siebie przypadek krwiopłucia codziennie rano, w którym przy dokładnem badaniu znaleziono rozszerzenie naczyń krwionośnych na podstawie języka. Krwiopłucie było per diapedesin, — ustąpiło po przypalaniu galvano-kaustycznym.

III. *Dobrucki* w uzupełnieniu odczytu kol. *Jaczeńskiego* o katarze dodaje: na ostatniem posiedzeniu słyszeliśmy bardzo ciekawy

wykład kol. J. o kataforezie, rzeczy całkiem nowej i małoznanej. W № 49 *Centralblatt für innere Medicin* znalazłem referat z pracy d-ra Scheppege-rel z Nowego Orleanu (umieszczony w *Med. record.* № 29 r. 1897) o leczeniu tuberkulozy krtani miedzią za pomocą kataforezy. Autor postępuje w sposób następujący: na końcu zwyczajnej elektrody krtaniowej, umieszcza małą kulkę z czystej miedzi. Elektrode opisana wprowadza do krtani i puszcza prąd stały, nie silniejszy jednak nad 5 miliamperów, stosując do wnętrza krtani biegun dodatni. Pod wpływem działania prądu na biegunie dodatnim wytwarza się chlorek miedzi (Kupferchlorid), który wskutek kataforezy dostaje się do tkanek i działa antyseptycznie. Posiedzenia takie odbywają się co 2 dni przez czas dłuższy. Na początkowych posiedzeniach autor znieczula krtani z pomocą kokainy, na następnych znieczulenie uznaje za zbyteczne. Autor stosował swoją metodę w 3 przypadkach z wynikiem dodatnim. Jako zalety metody autor podaje niebolesność, łatwe wykonanie, oszczędzanie tkanek i t. d.

IV. *Jaczeński* wygłasza sprawozdanie z dotychczasowych zajęć komisji, powołanej przez władzę do opracowania projektów do walki z syfilisem i cytuje ogólne zasady, przyjęte przez nią co do nadzoru nad prostytutką.

V. *Biernacki* odnośnie do dwóch przypadków stenosis mitralis, przedstawionych na posiedzeniu z d. 4-go grudnia r. 1897 wygłasza co następuje:

Przedstawiłem Sz. Panom na przeszłym posiedzeniu 2 młodych ludzi, obarczonych zwężeniem zastawki dwudzielnej. Dzisiaj chcę dać obraz kliniczny tej choroby, a to tembardziej, iż, oparty na takiej książce, jak dyagnostyka Leube'go, przypuszczałem wraz z nim, iż zwężenie zastawki dwudzielnej samoistnie nigdy się nie zdarza, lecz tylko zawsze razem z niedomykalnością tejże. I rzeczywiście (zwężenie zastawki dwudzielnej) to połączenie tych dwóch wad zastawkowych spotyka się daleko częściej, niż samo zwężenie, jednakże po uwolnieniu się od tego błędnego zapatrywania, miałem sposobność dyagnozować już 5 razy tę wadę, a zatem spotyka się ją dość często. W chorobach serca spotykamy 2 wielkie działy: chorób zastawkowych, przeważnie na podstawie reumatyzmu powstałych i chorób na podstawie miażdżycy naczyń (arteriosclerosis). O ile symptomatologia pierwszych jest jasna, poszukiwanie fizykalne obfite i dokładne, o tyle u drugich nie posiadamy jeszcze dokładnych metod badania i jasnych danych fizykalnych. A przecież ważność praktyczna tych ostatnich nie jest bynajmniej mniejsza od pierwszych. Jednakże właśnie ta dokładność fizykalna, te ciekawe dane były powodem, że choroby serca zastawkowe stały się ulubionym tematem nauki, mianowicie na kursach auskultacji i perkusji. Z tych to kursów datuje i sposób, według mnie bardzo wadliwy, dyagnozowania wad serca, oparty przeważnie na askultacji. Moje postępowanie przy dyagnozowaniu wad zastawkowych jest, metodycznie biorąc, wprost przeciwne. Nie chodzi tu o systematyczne pełne badanie, gdyż przy takim badaniu nie może ująć oka i ucha obserwatora, ale w zwykłej praktyce dyagnozy nie w ten sposób się stawiają, zwykle pro-



wadzi jeden wybitny moment do przypuszczalnej dyagnozy, którą dopiero za pomocą sita ściślejszj analizy sprawdzamy.

Jeżeli więc czy etyologia, czy jakiś symptom, czy też pobieżnie usłyszany szmer doprowadzają mnie do przypuszczenia, iż egzystuje u danego osobnika wada zastawkowa serca, zaczynam moje metodyczne badanie. Zaczynam od tętna i policzywszy częstość, zwracam głównie uwagę na niemiarowość i prędkość (*celeritas*). Następnie auskultacyę art. brachialis — tętnice wydają ton lub nie. Jeżeli puls jest prędkim, a tętnica ramienia wydaje ton, to już mam postawioną dyagnozę niedomykalności aorty i auskultacyi używam tylko do sprawdzenia i skontrolowania mej dyagnozy.

W dalszym ciągu używam palpacyi i kładę szczególny nacisk na ten rodzaj badania. Tarcie odczute ręką na wierzchołku, niewątpliwie przemawia za wadą zastawki dwudzielnej. Ręka odróżni często doskonale daleko łatwiej do ucha czy tarcie jest skurczowe czy rozkurczowe. Przy zwiężeniu aorty tak samo udaje się wyczuć na miejscu aorty tarcie, przy niedomykalności to tarcie uczuwać na tętnicach podobojczykowych. Ręka też określa uderzenie wierzchołkowe (*ictus*) serca. Obniżenie przemawia za aortą, przemieszczenie na lewo, wogóle za chorobą serca. Zwykle więc bez auskultacyi i perkusyi dyagnoza jest gotowa. Potem przechodzę do auskultacyi, gdyż ta po palpacyi i tętnie jest najważniejszą. Jeżeli dane pulsu i palpacyi zgadzają się z auskultacyą, to dyagnoza jest gotową i kompletuje się perkusyą. Tę ostatnią wykonywam podług sposobu Potain'a mocną od zewnątrz do wewnątrz (tępość absolutna). Tępość znalezioną rysuję na ciele, a w razie potrzeby kalkuję ją na bibule. Jeżeli te 4 metody dają równoznaczne dane, to dyagnoza nigdy nie może być błędną. Z tych metod najpewniejsze są palpacyjna, następnie dane pulsu, perkusya, a najmniej askultacyjna z przyczyny tak częstych szmerów pneumokardyalnych. Metoda więc, zaczynająca od objawów, które mogą być inaczej tłómaczone, zdaje mi się tylko rutyną, pozostałą na kursach dydaktycznych.

Zwiężenie zastawki dwudzielnej należy pod względem dyagnostycznym może do najtrudniejszych wad sercowych, a to z powodu, że ani tętno, ani opukiwanie nie dają wybitnych rezultatów, jeżeli dodamy do tego, iż może nie być szmeru tego synonimu wady serca dla wielu lekarzy, to naprawdę dziwić się nie można, że nawet zaprzeczano istnieniu tej wady. Dyagnoza natomiast upraszcza się ogromnie, gdy są dane palpacyjne — jedno wycucie palpacyjnego dyastolicznego tarcia wystarczałoby kompletnie dla dyagnozy.

Z przedstawionych 2 przypadków, w jednym kompletnie nie było szmeru, u drugiego zjawiał się dopiero po chodzeniu, z łatwością więc mogły być przeoczone przy metodzie badania za pomocą przeważnego uwzględnienia auskultacyi. Po tym ogólnym wstępie wracam do zwiężenia zastawki dwudzielnej. Nie będę się rozwodził długo nad anatomią patologiczną tej choroby, gdyż wszelkie tego rodzaju opisy nie zastąpią dobrych preparatów. Przypomnę tylko że zwiężenia następują wtedy, gdy zastawki zrastają się, tracą swą elastyczność, a wolny koniec grubieje. Jednocześnie, *chordae tendineae* pod wpły-

wem tego samego procesu chorobotwórczego doprowadzone są także do zgrubienia i powolnego skurczenia. W ten sposób stwarza się rodzaj lejka, który ma otwór raz okrągły, drugi raz nieregularny. Jeżeli zastawki posiadają jeszcze dostateczną ilość elastyczności, to odciskanie tego lejka w górę przy skurczu jest zawsze możliwem, — w przeciwnym wypadku skurez komory lewej nie może tego dokazać i wtedy już mamy obok zwężenia i niedomykalność. Natomiast annulus fibrosus nie bierze wcale udziału przy zwężeniu. Jak się przedstawiają mięśnie pojedynczych komórek serca chorego na zwężenie? Najprzód następuje przerost przedkomorza lewego z przyczyny utrudnionej pracy przy zwężeniu. Następuje później rozszerzenie tej jamy, a pracę obejmuje komora prawa, dalej ta komora się rozszerza, a tylko próbuje sprostać niebezpieczeństwu.

To wszystko jest bardzo jasne; daleko zawilsza sprawa jest, jak się zachowuje komora lewa. Tu opinie są podzielone, jedni utrzymują, iż ponieważ komora lewa otrzymuje mniej krwi, następuje zanik komory. Inni temu zaprzeczają — i znajdowali nawet przerost, jednakowoż można tę kwestyę tak postawić: komora lewa jest normalną gdy zwężenie nie jest zbyt wielkie, komora lewa jest małą, a mięsień jej w zaniku lub też zdrowy, jeżeli otwór jest bardzo ścieśniony.

*Etyologia* zwężenia zastawki dwudzielnej różni się trochę od innych wad zastawek. Najczęstsza przyczyna jest reumatyzm, obliczono 76%, ja na swoich 5-ciu przypadkach w 2-eh wypadkach notowałem reumatyzm. Nadzwyczaj ciekawa sprawa, to jest związek zastawki dwudzielnej z gruźlicą. Potain stawał zwężenie zastawki dwudzielnej u młodych ludzi w zależności bezpośredniej od gruźlicy, i opisywał tę chorobę jako nową lokalizacyę gruźlicy. Jakkolwiek bądź połączenie z gruźlicą tej wady serca jest częste i jeden z moich chorych umarł także na gruźlicę.

*Objawy ogólne.* Chorzy przedstawiają rozmaite typy: 1) *Typ mitralny*, cera delikatna, sinica mniej lub więcej wyrażona, jak to przedstawiał bardzo dobrze mój chory ze szpitala. 2) *Typ chlorotyczny*, miał swego reprezentata w drugim moim chorym, który wiecznie jest błąd. 3) *Typ pseudo-gruźliczy*, chory kaszle, ma krwioplucie, częste bronchity, rżenia w płucach, a czasami nawet prawdziwą tuberkulozę, co wobec danych z etyologii, nie powinno nas zbyt zastanawiać. Taką chorą miałem sposobność obserwować przez kilka miesięcy, — z początku przemawiały objawy sercowe, a potem szybko rozwijająca się gruźlica doprowadziła ją do śmierci. Co do krwiopluć, to oboje przedstawieni przzamniea chorzy podlegali tymże. 4) *Typ astmatyczny* miałem sposobność obserwować wraz z kolegą Jaworowskim. Chora pod wpływem wrażenia dostaje duszności, krwioplucia i obfitych rzeń i występuje po raz pierwszy szmer rozkurezowy. Na drugi dzień wszystkie objawy znikają, szmer trwa jeszcze kilka dni, aby ustąpić rozdwojenemu tonowi. W kilka tygodni jeszcze można było wywołać szmer za pomocą szybszego ruchu. Pobyt na wsi, tonizujące lekarstwa, wpłynęły na chorą w ten sposób, że później się to nie udawało i obecnie nawet po większej jakiejś



fizycznej pracy, nie udaje się słyszeć szmeru, lecz zawsze i stale rozdwojenie drugiego tonu.

*Objawy fizykalne.* Badanie tętna i opukiwanie nie dają nam w tej chorobie jasnych wskazówek. Początkowo myślałem, że tępość na prawo od kości piersiowej będzie wybitna. Jednakże przekonałem się, że to była pozostałość przepisów Leube'go, który przyjmował wtedy komplikację niedomykalności z zwężeniem, gdy przerost na prawo jest bardzo duży. W istocie zadziwiało mnie zawsze, że niemamy prawie stępienia z prawej strony. Jednakowoż przyjąwszy pod uwagę że komora lewa się nie powiększa, a może raczej się zmniejsza, bardzo łatwo możemy sobie przedstawić, iż są przypadki, gdzie nastąpił przerost lewego przedkomorza, dalej gdzie jest przerost prawej komory, a niema jeszcze rozszerzenia. Bardzo na uwagę zasługuje natomiast palpacya w większości przypadków, gdzie był szmer, mogłem wyczuć i ręką i udało mi się łatwo określić, iż jest rozkurezowy. Ale dla amatorów auskultacyi, zwężenie zastawki dwudzielnej to prawdziwa uciecha i źródło najrozmaitszych opisów. Bo też rzeczywiście objawy auskultacyjne odróżniają się przy tej wadzie różnaitością, nie tak łatwo spotykaną przy innych wadach. Wyliczam wszelkie momenty akustyczne:

1) wzmocnienie szczególnie pierwszego tonu, 2) rozdwojenie drugiego tonu, 3) szmer dyastoliczny, 4) szmer presystoliczny, 5) kłaśnięcie otwierania się zastawki dwudzielnej. Jeżeli weźmiemy, że te wszystkie momenty mogą się zdarzyć lub nie, że odróżnienie w czasie tak prędkim, jak tempo serca, ma się odbywać dokładnie, nie tylko co do skurczu i rozkurezu, ale co do części tych dwóch momentów, to nie zadziwimy się tym wszystkim sporom, przy tem powstałym. Zadziwiająco zjednoczył Duroisier te wszystkie akustyczne momenty w onomatopoetycznem określeniu *fu-tata-ru*. *Fu* ma oznaczać presystoliczny szmer, *fu* z zakończeniem na jednym tonie (*t*), *tata*, to rozdwojenie drugiego tonu, *ru* — to szmer dyastoliczny.

W jaki sposób powstają te auskultacyjne zjawiska? Zaczniemy od szmeru dyastolicznego, który powstaje wskutek tarcia płynącej krwi przez miejsce zwężone. Szmer presystoliczny powstaje wskutek wzmoczonego płynięcia krwi podczas skurczu przedsionka i na szczególnie charakter akustyczny. Zamknięcie zastawki zdradza się auskultacyjnie przez pierwszy ton. Rozdwojenie drugiego tonu powstaje wskutek niejednoczesnego zamykania się zastawek aorty i tętnicy płucnej. Rozdwojenie to słyhać najwyraźniej u podstawy serca, przyczem raz aorta, drugi raz tętnica płucna pierwiej się zamyka. Przyczyną tego jest naturalnie zwężenie, które sprowadza zmianę tempa. Takie rozdwojenie zdarza się i fizyologicznie, ale zwykle zależnie od aktu oddychania, stałe zaś rozdwojenie można nazwać śmiało znakiem potogomonicznym zwężenia zastawki dwudzielnej. Czasami egzystuje głuche kłaśnięcie, które następuje bezpośrednio po rozdwojonym tonie przed szmerem dyastolicznym, i które Potain nazwał *eloynement de l'ouverture de la mitrale*. Wracając do charakteru tętna, to jest on zwykle regularny, miękki, w moich przypadkach 12 w radialis, a 17 w subclavia, zamiast 15 — 12 normalnych.

*Przebieg i zakończenie.* Charakterystycznym dla zwężenia zastawki dwudzielnej, są względnie częste krwiopłucia, powstałe wskutek zawałów, które mogą nawet doprowadzić bezpośrednio do śmierci. Zwykle jednak dzieje się inaczej, tak że i tutaj naruszeniu kompensacji przez niedomogę mięśnia sercowego stanowi oś, około której wszystko się obraca. Zatory mózgowe zdarzają się względnie rzadko.

*Prognoza* zależy przede wszystkim od stopnia zwężenia, a dalej od sprawności mięśnia sercowego. Jest to typ choroby, który nakłada na osobnika wybitne więzy co do używania ruchu, — gdyż łatwo zrozumiemy, iż przy przyspieszonym tempie serca i oddechu, jakie ma miejsce przy wszelkich fizycznych wysiłkach, zważeniu w wysokim stopniu hamuje pracę prawego serca i lewego przedsionka. Ztąd też i datuje sławny przepis Peter'a co do zwężeń zastawki dwudzielnej dla kobiet, u których tę wadę daleko częściej się spotyka: dla panien dziewięcioletnie, dla mężatek bezdzietność, dla matek niekarmienie. W konkretnym przypadku można prognozę postawić według łatwości nastąpienia dyskompensacji, jej częstych nawrotów i trudności powrotu do skompensowania.

Co do *dyagnozy*, to zdaje się wystarczą uwagi przedwstępne i opis fizykalnych objawów. *Terapia* jest taka sama jak we wszystkich innych wadach serca. W peryodzie zachowanej kompensacji, staramy się zapomocą ogólnej higieny zachować siły chorego na serce, jaknajdłużej w najlepszym stanie. Przy zwężeniu zastawki dwudzielnej musimy jednak kłaść szczególny nacisk na brak wszelkich wysiłków fizycznych, w daleko większym stopniu, niż przy niedomykalności zastawki dwudzielnej lub aorty; daleko też większą pieczę powinniśmy roztoczyć co do wszystkich chorób płucnych, jak np. zapaleń oskrzeli, pamiętając o szczególnie wielkiem praekrwieniu przy tej wadzie i częstych zawałach. Gdy kompensacja się roztraża wtedy wchodzi w grę leżenie, dyeta mleczna i środki nasercowe, między którymi stara królowa digitalis nie zesłała jeszcze z tronu. Gdy ona nie pomoże próbujemy jeszcze nowoczesne zastępczynie, lecz zwykle z daleko mniejszym powodzeniem.

VI. *Biernacki* odczytuje napisany przez siebie plan przygotowawczej pracy Tow. Lek. względem projektu rządowego, wprowadzenia lekarzy gminnych w gub. lubelskiej, w którym stawia wniosek podzielenia się Towarzystwa na poszczególne komisye, któreby się zajęły napisaniem kwestyonaryuszów do prowincjonalnych kolegów, zaproszeniem ich na przyjazd na posiedzenia Towarzystwa, dostarczeniem danych statystycznych i finansowości gubernii i w końcu przejrzeniem już istniejących urzędzeń w zachodniej Europie i w krajach Cesarstwa. Po długiej dyskusyi, Towarzystwo postanowiło zająć się pracą przygotowawczą do projektu wprowadzenia służby gminnej zdrowia w gub. lubelskiej, i podzieliło się w tym celu na dwie komisye. Następnie prezes odczytuje odezwę p. Steckiego do Tow. Lek., w której p. Stecki prosi Towarzystwo w imieniu aptekarzy gub. lubelskiej, aby rozpatrując i zajmując się kwestyą urzędzenia służby gminnej zdrowia, miało na względzie smutny stan apteka-



rzy prowincjonalnych w razie, gdyby po urządzeniu bezpłatnego leczenia dla ludu, środki lekarskie były brane z kądinąd, a nie z miejscowych aptek i proponuje, aby przyrządzanie lekarstw dla bezpłatnych ambulatoryów było powierzone miejscowym aptekarzom, nie zaś felczerom. Przy tem p. Stecki ubolewa, że dr. Doliński w swoich projektach o urządzeniu służby gminnej zdrowia, nie uwzględniał aptekarzy prowincjonalnych.

Na to *Doliński* odpowiada: w najdawniejszym projekcie, wypracowanym przy jego współdziałaniu przez Towarzystwo Lekarskie lubelskie zawsze apteki już istniejące uwzględniane były i sądzi, że obecnie Tow. Lek. szkodliwych dla aptek prowincjonalnych postanowień nie uchwali.

VII. *Cynberg* przedstawia sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu żydowskim za miesiąc listopad r. b.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: *A. Janiszewski.*

Sekretarz: *St. Radomycki.*

## VI. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“.

*Szanowna Redakcyo!*

Praktykując 12-ty rok na prowincyi, sądzę, że mam już jako tako wyrobione pojęcie o stosunkach, panujących po wsiach; upoważnia mnie to do wypowiedzenia kilku słów w sprawie omawianych w *Kronice Lekarskiej* wyborów na lekarzy gminnych.

Podług mnie, lekarz nie może być wybieralny, gdyż nawet przypuszczając, że w gminach panują idealne stosunki, że fakty, o których koledzy *Rodziewicz* i *Klarner* wspominają, nie istnieją wcale (istnieją, niestety!) to i tak co do lekarzy sama istota wyborów, zasada na jakiej zostały wogóle wprowadzone, byłaby pokrzywdzona.

Gmina wybierająca sędziego, wójta, i t. p., nie wybiera przecież fachowca. Gmina powinna wybierać człowieka o ile możliwości majątkowo niezależnego, prawego, inteligentnego, który, nie przestając być rolnikiem, fabrykantem, mógłby spełnić obowiązki społeczne. Niema wyborów tam, gdzie potrzeba fachowego wykształcenia. Wybory są na sędziego, bo poczucie prawa i sprawiedliwości jest wrodzone każdemu człowiekowi i o tyle jest ono więcej skryształizowane, o ile dana osobistość jest więcej inteligentna i prawa; te więc przymioty mogą służyć za podstawę do wyborów; ale gdzie są wybory na sędziego śledczego lub prokuratora. Tam gdzie są wprowadzone sądy przysięgłych, jaskrawiej widać tę różnicę: sędzia wybieralny na zasadzie materyałów zebranych przez osobistość niewybieralną (sędziego śledczego) decyduje o winie podsądnego, ale stosuje prawo t. j. wymierza karę sędzia niewybieralny. Wybory więc, powtarzam, miejsca mieć nie mogą, gdzie koniecznie potrzebna fachowa znajomość przedmiotu. Sama logika wskazuje, że sędzić mogą tylko o tem, na czem się sam znam, jaką więc podstawę będą mieli wybory przy głosowaniu za tym lub za owym kandydatem, zwłaszcza jeżeli jest ich kilku. Trzeba w ta-

kim razie polegać na zdaniu jednego lub kilku wyborców, znających bliżej fachowe uzdolnienie kandydata; gdzież w takim razie zasada wyborów polegająca na tem, aby każdy z wyborców głosował podług swego przekonania?

Przypuszczam, może mi kto powiedzieć, że jeżeli znam lekarza jako uczciwego i prawego człowieka, to mogę mieć rękojmię, że obowiązki swoje jako fachowiec będzie dobrze wypełniał. Niech będzie zgoda i na to, ale niezapominajmy że na wójta, sędziego, sołtysa lub ławnika, gmina wybiera z pośród siebie, czyli osobistość, o której każdy z wyborców ma ustalone zdanie, na którego czyny i życie patrzy przez całe lata. Inaczej zupełnie stoi sprawa z lekarzem: gmina w najlepszym razie zna dobrze jednego, najbliższego mieszkającego lekarza. Przypuśćmy, że w danym okręgu wyborczym (Tow. Lek. Łódzkie proponuje 1-go lekarza na okręg sądowy), a takich okręgów będzie dużo, nie zamieszkuje lekarz, najbliższy mieszkający lekarz wybrany w swoim okręgu, cóż więc mają w tym razie robić wyborcy, chciałbym, aby na to pytanie odpowiedział projektodawca.

A teraz oświecimy dany przedmiot z innego punktu. Poseł, sędzia, wójt, ławnik, są to rolnicy, fabrykanci, właściciele domów, t. j. ludzie, nie utrzymujący się ze społecznego urzędu, mają więc znakomicie ułatwione zadanie postępowania jak im prawo i sumienie każe, bez względu czy takie postępowanie podoba się czy nie, klicie rządzącej wyborami.

Inaczej rzecz się ma, gdy od wyborców zależy całe moje utrzymanie. Pocóż koniecznie stawiać lekarza w takie położenie, aby sumienne spełnianie obowiązku było nieraz połączone z poświęceniem z jego strony \*). Znam lekarza, cieszącego się ogromnem zaufaniem, na którego jednak ciskano kamieniami w czasie ostatniej cholery, pomimo tego, że spełniał swoje obowiązki z całą oglednością i sumiennością.

Czy taki lekarz utrzymałby się na wyborach. Wiele jest jeszcze takich czynności lekarskich, których lud nie uznaje i na które krzywo się patrzy. Mnie się zdaje, że najlepiej byłoby tak, jak podało w swoim projekcie Łódzkie Towarzystwo Lekarskie, t. j. działalność lekarza poddać Radzie Opiekuńczej Dobroczynności Publicznej, z tą tylko podług mnie różnicą, że należałoby w takim razie zwiększyć liczbę członków wyboru tak, aby każdy okręg wyborczy miał w radzie swego przedstawiciela. Będą więc zasiadać w Radzie ludzie zainteresowani i bezstronni, znający jednak sprawę, będzie i lekarz który może objaśnić członków Rady w sprawach specjalnych. Nie twierdzą, że uchwały Rady będą nieomyślne, ale że będą o wiele bliższe prawdy, to chyba nie trzeba dowodzić

*Konstanty Rejman.*

Lekarz powiatu Częstochowskiego.

\*) I tak dużo obowiązków wymaga od lekarza poświęcenia, pocóż więc jeszcze sztucznie stwarzać takie sytuacje.



## KRONIKA BIEŻĄCA.

*Dnia 15-go sierpnia.*

—h. k.— Żywienie chorych w szpitalach warszawskich do chwili obecnej, pozostawia jeszcze bardzo wiele do życzenia. Szablon, podług którego żywi się wszystkich chorych, pozostał dotąd jeszcze z tych czasów, kiedy to o leczeniu dyetetycznem mowy nawet nie było. Dla wszystkich chorych jedno menu, różnica polegać może jedynie na tem, że chorzy, którzy mają przeznaczoną porcję ścisłą, nie dostają mięsa i jarzyny.

Pożywienie przytem jest bardzo mało urozmaiczone, jednostajne, prawie codziennie to samo, co na poprawę łaknienia bynajmniej dodatnio nie oddziaływa.

Tłuszcze, jak masło, oliwa, słonina są zupełnie nieznanne naszym chorym szpitalnym, zastępujemy to poniekąd tranem zimową porą, nie wszyscy chorzy jednakże tran dobrze znoszą. Dla suchotników, dla chorych wycieńczonych, osłabionych utratą krwi i t. d., zwykłe porcje szpitalne są niewystarczające, chorych na cukromocz i zapalenie nerek również trudno jest leczyć dyetetycznie przy dotychczasowym systemie żywienia, a wszak cierpienia nerek tak często spotykamy u naszych pacjentów szpitalnych. Trudnem jest nieraz wobec tego stanowisko lekarza szpitalnego, który musi wymagania nauki do przepisów stosować.

Wszystkim tym dezyderatom możnaby zadość uczynić, wprowadziwszy w szpitalach żywienie chorych z karty. Lekarzowi dostarczają codziennie przy rannej wizycie jadłospis, z którego wybiera to co uważa za stosowne i odpowiednie dla każdego chorego. Porządek ten zaprowadzono już dawno w niektórych szpitalach zagranicą. Podobne urządzenie wymagałoby zapewne podwyższenia budżetu szpitali, należy jednak przypuszczać, że nie kosztowałyby zbyt wiele, możnaby zresztą zrobić próbę w jednym z mniejszych szpitali, a doświadczenie wykazałoby czy to jest możliwe wobec tych środków, jakimi szpitale nasze rozporządzają. Kwestyę tę na dobre wobec zamierzonej reformy stosunków szpitalnych w Warszawie polecamy uwadze odnośnych komisji.

— z.— Interesujących się kwestyą kasy dla lekarzy zawiadamiamy, iż ustawa odpowiednio według życzeń kolegów, wyrażonych na naradach przedwstępnych, zredagowana znajduje się w ręku pana adw. Weydla; po ostatecznem opracowaniu będzie przesłana do ministerjum wraz z ustawą kasy pogrzebowej, wzorowanej na ustawie normalnej. O dniu wysłania nieomieszkamy zawiadomić czytelników.

— z.— Kol. J. Luxenburg i E. Biernacki otrzymali nagrodę rs. 300 im. Kaczorowskiego w Tow. Lek. Warszawskiem.

— z.— W Krakowie ukończyło wydział lekarski 71 studentów; egzamin lekarski zdała 1 kobieta p. Z. Moraczewska.

—s.— Myśl rzucona przez kol. Ciaglińskiego w artykule „O dezynfekcyi i profilaktyce w praktyce prywatnej“ (*Gaz. Lek.* № 20 i 21 r. 98), zastosowywanie w celach profiłektycznych fartuchów podczas wizytacyi chorych zakaźnych, w praktyce prywatnej wchodzi w użycie. Pan Iwański właściciel apteki ogłasza, że fartuchy takie przystosował i odpowiednio zdezynfekowane sprzedaje i wynajmuje.

—k.n.— Nikt z turystów, muzykalnych przynajmniej, zwiedzając uroczę miejscowości Salzburga, nie omieszka zajść do domku na Getreidegasse pod № 9, na trzecie piętro do mieszkania, w którym wielki Wolfgang ujrzał światło dzienne i gdzie dziś prochem nieśmiertelnego muzyka zgotowano gościnę.

Na jednej ze ścian, jak dowiadujemy się z artykułu d-ra Gerber'a, wśród licznych wizerunków twórcy „Don Juana“ wisi akwarela mała, która wyobraża dwoje uszu ludzkich; znajdujący się na miejscu katalog poucza, że jedno z nich jest uchem Mozart'a, drugie zaś „zwykłym uchem ludzkim“, wyrysowanem dla porównania tylko. Do uwag tych dołączony jest życiorys artysty, skreślony w r. 1828, przez v. Nisen'a, w którym autor ten podnosi niezwykle odmienną budowę ucha Mozart'a.

Już z pierwszego rzutu oka na oba rysunki widzi się wyraźnie, że Nissen i inni biografowie nie przesadzali rzeczy bynajmniej. Lubo zarysy zewnętrznego ucha ludzkiego ulegają licznym mniej lub więcej odmianom wybitnym, te wszelako są na tyle mało znaczące, że stwierdza się je dopiero po zwróceniu na ucho uwagi większej. Ucho jednak Mozart'a przedstawia tyle i tak wyraźnych zбочeń, że laik nawet nie przeoczy ich napewno odrazu.

Rozpocząwszy badanie od brzegu zewnętrznego muszli t. j. od t. z. bębena ucha (helix) i idąc za jego przebiegiem, stwierdza się przedewszystkiem, że obrębek ten w zwykłym uchu ludzkim ma kierunek pięknie zarysowującej się linii półkolistej, której część wstępująca i zstępująca tworzy całość niepodzielną; przeciwnie. w uchu Mozart'a korzeń obręбка przebiega niemal poziomo, tworząc z ramieniem wstępującem kąt nieco tępy. Ramię to przechodzi w gałąź zstępującą, jako prostokątne niemal zagięcie, przez co część górna muszli kieruje się, wbrew normie, bardziej ku tyłowi, niż naprzód; tam znów, gdzie ramię zstępujące gubi się zwykle w przyczepie płotka, brzeg obręбка zewnętrzny sterczy pod kątem jako występ niewielki.

Obok obręбка przebiega zazwyczaj równoległe prawie grobelka (anthelex), oddzielona odeń przez brózdę, mniej lub więcej głęboką, znaną pod nazwą rowka łódkowatego (fossa scaphoidea) i ku górze dzielącą się na dwa ramiona z zawartą między nimi doliną płytką (fossa intercruralis), ku dołowi zaś wypuklająca się ponad brózdę płaską (incisura antehelicis). Z całej tej budowy nader swoistej niema na uchu Mozart'a nic prawie, prócz marnej, wązkiej listwy, której część górna odpowiada dolnej gałęzi grobelki. Widzimy więc na rysunku zamiast obu wzgórków z przebiegającą między nimi doliną — płaszczynę gładką, która nadaje tej części ucha właściwego, wy-



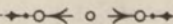
gład mizerny i pozbawiony charakteru całkiem. Ponieważ część górna listwy układa się tuż ponad podstawą obrębka, odcinek muszli górnej uwydatnia się bardzo niepokojnie, ku dołowi zaś grobelka zaczątkowa zmniejsza się coraz więcej i kończy tuż na obrętku na wysokości zewnętrznego przewodu słuchowego. Przeciwskrawka (antitragus) niema wcale i brak jakiegobądź tworzu, któryby miał zastąpić tę część składową muszli. Zboczenia tego rodzaju warunkują, rzecz prosta, powstanie nienaturalnie dużej muszli, niewykształconej i gładkiej, nadto zaś pozbawiony był Mozart i płatka (lobulus), składającego się, jak wiadomo, ze zdwojenia skóry i tkanki tłuszczowej. Istniejący zamiast owego płatka, zaopatrzony w koleczyk, zaczątek jest tu jedynie ciągiem dalszym obrębka.

Ów rażący najbardziej niedorozwój grobelki i brak przeciwskrawka napotyka się niekiedy w pewnej odmianie uszu, znanej pod nazwą ucha szerokiego. Odróżnia się bowiem, co do budowy ogólnej, dwa przeważnie rodzaje uszu: z jednej strony — długie i wąskie, z drugiej szerokie a krótkie. Jeżeli porówna się średnicę długości ucha największą z takąż średnicą szerokości i tę ostatnią wyrazi w odsetce pierwszej, to otrzyma się wówczas, zgodnie z obliczeniami Schwalbe'go, wskaźnik uszny  $\frac{100 \cdot S}{D}$ , wachający się dla uszu niemiec-

kich pomiędzy 54 i 98,5. U Mozart'a wskaźnik ten nie przewyższa 64,5, ucho też jego zaliczone być musi do rzędu szerokich. Z drugiej znowu strony zaznaczyć wypadnie, że te ostatnie, w znaczeniu antropologicznym; stawiane są niżej od uszu długich i napotyka się wśród ras upośledzonych w rozwoju, jak u murzynów np., których index uszny większy jest, niż u przedstawicieli plemienia kaukazyjskiego i ustępuje tylko wskaźnicelowi ludomałp i małp. Nieestetyczne tedy ucho Mozart'a uważane być musi nadto, jako stojące na niskim stopniu rozwoju, zwłaszcza w obec braku płatka, poczytywanego przez większość badaczy za twór, dla ucha ludzkiego swoisty.

Szczególniejsza wszelako ironia losów sprawiła, iż człowiek, obdarzony tak niepokojną, ułomną muszlą słuchową, otrzymał w darze od natury ucho wewnętrzne, doprowadzone do najwyższego stopnia doskonałości w rozwoju.

(Dr. P. H. Gerber. Mozart's Ohr. Deut. med. Wochenschr. № 22. 1898).



# SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

- Czy uraz może wywołać ostre zapalenie nerek? — Dr. H. Kucharzewski — str. 685.  
Z kazuistyki laryngo-rynologicznej — Dr. Jan Sędziak — str. 687.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

264. Dr. Hildebrandt — Przyczyny leczniczego wpływu laparotomii na zapalenie gruźlicze strzewny. 294. Dr. Max Nassauer — Kwestya wyleczalności zapalenia gruźliczego otrzewny przy pomocy laparotomii — str. 693. 295. Hofman — O przepuklinie, zawierającej wyrostek robaczkowy — str. 695. 296. Baron — Szczególna postać uwięźnięcia przepukliny — str. 697.

### II. Ginekologia.

297. Prochownik — Uwagi w kwestyi stosowania zabiegów leczniczych w gorączce połogowej — str. 699. 298. Dr. B. Medanié — Wypadnięcie sieci po wydaleniu przez pochwę macicy i jej przydatków — str. 700. 299. Dr. Ballantyne — Wrodzone wypadnięcie macicy — str. 701. 300. Wiadomości o ciąży i porodzie w przypadku raka szyi macicznej — str. 702.

### III. Choroby skórne.

301. O Rosenthal — O leczniczem stosowaniu wody gorącej w szczególności przy cierpieniach skóry — str. 703. 302. Neisser — Leczenie wcieraniami — str. 704.

### IV. Wiadomości pomniejsze str. 705 — 303--308.

### V. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie — str. 706.

### VI. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“ — str. 715.

### Kronika bieżąca — str. 717.

---

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

---

Дозволено Цензурою, Варшава 15 Июля 1898 года.