

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

## PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. D-r *E. Flatau*. Budowa rdzenia w świetle badań nowożytnych (d. c.)—str. 305. II. D-r *M. Themerson*. Spostrzeżenia z praktyki. Leczenie gorączki płożowej surowicą przeciwpaciorkowcą—str. 311.

**Dział sprawozdawczy:** I. *Chirurgia*: 147. *Otto Lanz*. Precz z nastawianiem—str. 313. 148. *W. Rühl*. O spadzistem i głębokim ułożeniu miednicy w przebiegu oper. na drog. płożowych—str. 315. II. *Choroby kobiet*. 149. *Heymann*. Stosunek nosa do organów płożowych kobiecych—str. 317. 150. *Schiff*. Jaki zachodzi stosunek pomiędzy nosem a organami płożowymi u kobiet?—str. 318. 151. *Krönig*. Dysmenorrhoea i nerwice odruchowe nosa—str. 319. 152. *Windscheid*. Nerwice odruchowe płożowe—str. 322. 153. *M. Graefe*. Zgubne skutki po amputacji części pochwowej—str. 322. III. *Choroby oczu*. 154. *Busch*. Stan obecny lecz. przym. oczu.—str. 322. 155. *Peppmüller*. Przymiot oczu na podstawie najnowszych prac w tym kierunku—str. 324. 156. *Pick*. Zmiany siatkówkowe w przebiegu chronicznych anemii powstałych na tle nowotworów—str. 326. 157. *Plaut i Zalewski*. Drobnoustroje worka spojówkowego po wyluszczeniu worka łzowego—str. 327. 158. *Sicherer*. Cuprol—nowy środek leczniczy w zapaleniach spojówki—str. 327. 159. *Hymen*. Jodypina w okulistyce—str. 328. 160. *Gallemaerts*. Leczenie zapalenia rogówki za pomocą elektrolizy—str. 329. 161. *Schirmer*. Leczenie ran drażących zakażonych gałki ocznej—str. 330. 162. *Gortaloff*. Leczenie jaglicy za pomocą ichtarganu—str. 330. 163. *Gallus*. Leczenie opadnięcia siatkówki za pomocą metody Dor'a—str. 331. IV. *Wiadomości terapeutyczne* od Nr. 164—169—str. 331. V. Z Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego—str. 332. VI. Listy z Paryża—str. 340. Notatki bibliograficzne—str. 344. Czasopisma polskie w marcu—str. 346. *Kronika bieżąca*—str. 347. *Ogłoszenia*.

**Sommaire du Nr. 7. Travaux originaux:** I. Dr. *F. Flatau*. Sur la structure de la moelle.—p. 305. II. D-r *M. Themerson*. Sur le traitement par le sérum anti-streptococcique—p. 311.

## I. BUDOWA RDZENIA

w świetle badań nowożytnych.

Podał

**Edward Flatau.**

(Ciąg dalszy).

Dobrotworski (1897) stwierdził w przypadku zupełnego przecięcia rdzenia u psa na wysokości VIII-go odcinka grzbietowego,

zwyrodnienie pęczka Schultze'go aż do XII-go odcinka grzbietowego.

Giese (1897) sądzi na podstawie badań embryologicznych, że pole owalne Flechsig'a otrzymuje swą myelinę najpóźniej ze wszystkich części słupów tylnych. Pole to znajduje się w związku anatomicznym z pęczkiem krzyżowym tylny-środkowym (*fasciculus dorso-medialis sacralis*). Giese stwierdza na podstawie badań, dokonanych przez Reimers'a (w pracowni Bechterew'a) zdanie, wypowiedziane uprzednio przez Lenhossék'a, Schultze'go Flatau'a, a mianowicie, że pęczek przecinkowy Schultze'go stanowi twór analogiczny do pola owalnego Flechsig'a i że oba te pęczki zawierają przeważnie zstępujące gałązki korzeni tylnych. W polu owalnym biegną prócz tego włókna wewnątrzrdzeniowe (*endogene*). Cały ten system włókien w słupach tylnych nazywa Giese „obwodowym systemem środkowym słupów tylnych“.

Worotynskij (1897) zbałał za pomocą metody Marchi'ego dwa przypadki uszkodzenia rdzenia ludzkiego na wysokości środkowych odcinków szyjowych i środkowych grzbietowych. Stwierdził on w tych przypadkach zwyrodnienie zstępujące słupów tylnych na rozciągłości od 6 do 8 odcinków. Włókna zwyrodniałe należą w części do korzeni tylnych, w części zaś do włókien wewnątrzrdzeniowych.

Również Heymann (1897) stwierdził w 2 przypadkach nowotworów rdzenia zwyrodnienie zstępujące słupów tylnych, sięgające daleko, aż do dolnych odcinków grzbietowych.

Achalme i Théohari (1898) opisali przypadek zapalenia rdzenia w IV-tym odcinku grzbietowym, w którym zwyrodnienie pęczka Schultze'go sięgało aż do X-go odcinka grzbietowego. Zaczynając od IX-go odcinka grzbietowego stwierdzić można było zwyrodnienie pęczka Hoche'go, które naetępnie przeszło bezpośrednio w zwyrodniałe pole Flechsig'a i—w trójkąt Gombault'a i Philippe'a. Badacze ci sądzili, że pęczek Schultze'go zawiera zstępujące gałązki korzeni tylnych, zaś pęczek Hoche'go—spoidłowe włókna wewnątrzrdzeniowe.

Russell (1898) zbałał 6 przypadków nowotworów rdzenia (i mózgu) i stwierdził, że w uszkodzeniu dolnych odcinków szyjowych rdzenia, następuje zwyrodnienie pęczka Schultze'go, które można prześledzić aż do VI-go odcinka grzbietowego.

Wallenberg (1898) sądził na podstawie badań dokonanych w 3 przypadkach nowotworu rdzenia, że *fasciculus dorso-medialis sacralis* jest zbudowany przeważnie z włókien wewnątrzrdzeniowych i zawiera nieznaczną liczbę włókien korzonkowych.

Bardzo ważne wyniki znajdujemy w pracy Zappert'a (1898). Badacz ten stwierdził w jednym przypadku wyłącznie uszkodzenie korzeni tylnych szyjowych (naskutek zapalenia opon miękkich). Otóż w przypadku tym stwierdzono zwyrodnienie pęczka przecinkowego aż do dolnych odcinków grzbietowych. W innym znowu przypadku, w którym stwierdzono ucisk II-go odcinka grzbietowego, nastąpiło zwyrodnienie nie tylko pęczka Schultze'go, lecz również—pęczka tylno-środkowego krzyżowego. Zappert sądzi więc, że zarówno pęczek Schultze'go, jak i *fasciculus dorso-medialis* składa się choć w części ze zstępujących gałązek korzeni tylnych, które już w górnych odcinkach grzbietowych biegną w środkowej i przedniej okolicy słupów tylnych.

Schaffer (1898) zbadał szczegółowo 2 przypadki uszkodzenia korzeni tylnych, a mianowicie VII-ych szyjowych i I—II-ych grzbietowych i sędził na podstawie otrzymanych obrazów drobnowidzowych, że pęczek Schultze'go zawiera wyłącznie gałązki zstępujące korzeni tylnych. Lecz już w roku następnym (1899) ten sam badacz wypowiada zdanie wręcz przeciwne. Sądzi on, że pęczek Schultze'go zawiera włókna wewnątrzrdzeniowe, które powstają z komórek istoty szarej rdzenia szyjowego, biegną następnie wzdłuż całego rdzenia grzbietowego i kończą się nareszcie w istocie szarej. Ponieważ jednak, jak mówi Schaffer, w obszarze pęczka Schultze'go biegną również zstępujące gałązki korzeni tylnych, jest więc rzeczą możliwą, że zwyrodnienie zstępujące powstało na skutek uszkodzenia korzeni tylnych może być mylnie tłómaczone jako zwyrodnienie pęczka Schultze'go.

Nader ważny przypadek ogłosił Jacobsohn w 1899 r. Badacz ten stwierdził w przypadku *carcinoma plexus brachialis sinistri* bardzo wybitne zwyrodnienia wtórne w prawym słupie tylnym (metoda Marchie'go). Zwyrodnienia te były 1) wstępujące i 1) zstępujące. Te ostatnie można byłoby stwierdzić aż do VI-go odcinka grzbietowego, stosując metodę Marchie'go, lecz tylko do II—III grzbietowego—stosując mniej czułą metodę Weigert'a.

Dejerine i Théohari (1899) doszli na podstawie jednego przypadku rozmiękczenia górnych odcinków grzbietowych i 2 przypadków rozmiękczenia górnego rdzenia lędźwiowego, do następujących wniosków: 1) zwyrodnienie pęczka przecinkowego powstaje w części na skutek uszkodzenia zstępujących gałązek korzeni tylnych; jednakowoż uznać należy, że długie włókna tego pęczka należą do rzędu wewnątrzrdzeniowych; 2) nieznaczny pas zwyrodniały, który znajdujemy w przedniej okolicy słupów tylnych i który ulega zwy-

rodnieniu zstępującemu li tylko na rozciągłości jednego odcinka rdzeniowego, składa się z włókien wewnątrzrdzeniowych; 3) pęczek Hoche'go zawiera włókna wewnątrzrdzeniowe i przechodzi następnie w pole owalne Flechsig'a i w trójkąt Gombault'a i Philippe'a; 4) ten ostatni trójkąt zawiera oprócz włókien wewnątrzrdzeniowych, znaczną liczbę włókien korzonkowych.

W pracy, ogłoszonej w 1899 r. przez Laslett'a i Warrington'a znajdujemy wzmiankę, że po uszkodzeniu IV korzenia szyjowego nastąpiło zwyrodnienie pęczka Schultze'go do wysokości VI odcinka szyjowego.

Marinesco (1899) zbadał znaczną liczbę rdzeni, w których był uszkodzony przekrój rdzenia lub też jego korzenie na skutek choroby Pott'a, *myelitis syphiliticae* i nowotworów rdzenia. Badacz ten sądzi, że pęczek Schultze'go zawiera zarówno włókna zewnętrzne jak i wewnątrzrdzeniowe. Przyjmując więc należy co najmniej 2 różnorodne pęczki Schultze'go, które niepodobna odróżnić na podstawie danych dotąd stwierdzonych.

Nageotte i Ettliger (1899) zbadał 2 przypadki *myelitis transversae* i 6 przypadków władu rdzenia i wyprowadził wniosek zgodny z wynikiem badań Giese'go, a mianowicie, że w słupach tylnych biegną 2 układy (systemy) włókien zstępujących, niezależne od korzeni tylnych. Jeden z tych układów składa się z włókien krótkich i tworzy—zależnie od wysokości rdzenia—pęczek Schultze'go, większość włókien owalnego pola Flechsig'a i część włókien trójkąta Gombault'a i Philippe'a. Drugi system jest zbudowany z włókien długich i tworzy pęczek Hoche'go, mniejszą część włókien pola Flechsig'a i większą część włókien wspomnianego tylko co trójkąta.

Na ostatnim zjeździe międzynarodowym lekarzy w Paryżu (1900) badacz angielski Bruce zebrał fakty dotyczące zwyrodnień zstępujących w słupach tylnych i wypowiedział następujące zdanie. Pęczki Schultze'go, Hoche'go, pole owalne Flechsig'a trójkąt Gombault-Philippe'a zawierają zarówno włókna zewnętrzne jak i wewnątrzrdzeniowe. (Połączony pęczek Flechsig'a i Gombault-Philippe'a zawiera włókna powstałe częściowo w rdzeniu szyjowym).

Bikeles (1901) ogłosił przypadek władu rdzenia, w którym uległy zwyrodnieniu słupy tylne na całej rozciągłości rdzenia krzyżowego, lędźwiowego i grzbietowego. *Fasciculus dorso-medialis sacralis* pozostał jednak nietknięty. B. sądzi więc, że zarówno

ten pęczek, jak i pole przednie słupa tylnego składa się przeważnie z włókien wewnątrzrdzeniowych.

Homén (1901) stwierdził w bardzo ważnym przypadku degeneracji rakowatej V-go lewego zwoju szyjowego, zwyrodnienie pęczka Schultze'go aż do wysokości III-go odcinka grzbietowego (metoda Marchi'ego)- Homén sądzi na podstawie zarówno tego faktu, jak i danych otrzymanych z badań doświadczalnych (z przecinaniem korzeni tylnych u psów), że pęczek przecinkowy Schultze'go składa się przeważnie ze zstępujących gałązek korzeni tylnych.

Stewart (1901) znalazł w przypadku uszkodzenia urazowego dolnego rdzenia szyjowego zwyrodnienie zstępujące pęczka przecinkowego aż do IX-go odcinka grzbietowego. Zwyrodnienie to przeszło następnie (w kierunku ku *cauda equina*) w pęczek Hoche'go, pole Flechsig'a i trójkąt Gombault-Philippe'a. Stewart sądzi więc, że niepodobna jest podać jakkolwiek granicę ścisłą pomiędzy tymi pęczkami, że należy je natomiast uznać za jednolity układ anatomiczny.

W najnowszym wydaniu podręcznika Obersteiner'a z 1901 r. znajdujemy następujące zdanie: „w *fasciculus dorso-medialis* biegną zarówno zstępujące gałązki korzeni tylnych jak i znaczna liczba włókien wewnątrzrdzeniowych, które w części powstają w bardzo wysoko położonych odcinkach rdzeniowych (Hoche). Jest rzeczą możliwą, że niektóre włókna biegną z początku w pęczku Schultze'go. W każdym jednak razie mniemać należy, że części składowe *fasciculi dorso-medialis* nie pozostają jednakowe na rozmaitych wysokościach rdzenia“.

Podobne zdanie wypowiada również Schmauss w swych „wykładach“, wydanych w 1901 r. „Na podstawie badań doświadczalnych nad zwierzętami stwierdzono zwyrodnienie zstępujące słupów tylnych, na skutek przecięcia korzeni tylnych; wynika więc ztąd, że zwyrodnienia owe zawierają gałązki zstępujące korzeni tylnych. Jest jednak możliwe, że pęczki owe składają się z włókien spoidłowych, które powstają z komórek sznurowych istoty szarej“. Schmauss podkreśla jednak to zdanie, że niepodobna na podstawie faktów dotąd zebranych rozstrzygnąć z pewnością absolutną kwestyi budowy wewnętrznej wspomnianych powyżej pęczków.

Z przytoczonych powyżej prac widzimy, że sprawa budowy pęczków zwyrodniałych w słupach tylnych w kierunku zstępującym nie może być rozstrzygnięta z pewnością naukową. Powstają tutaj dwie kwestye zasadnicze a mianowicie: 1) czy pęczek przecinkowy

Schultze'go (w rdzeniu szyjowym i grzbietowym), pęczek Hoche'go (w rdzeniu grzbietowym), owalne pole Flechsig'a (w rdzeniu lędźwiowym) i trójkąt Gombault-Philippe'a (w rdzeniu krzyżowym) stanowią jeden układ anatomiczny i 2) czy włókna tych pęczków pochodzą z korzeni tylnych, czy też z istoty szarej rdzenia.

Co dotyczy zapytania pierwszego, to sądzić należy na podstawie prac i obrazów drobnowidzowych, otrzymanych przez Hoche'go, Dejerihea-Theohari'ego, Stewart'a i przezemnie, że nie zachodzi potrzeba przeprowadzenia jakiejś granicy ostro zaznaczonej pomiędzy wspomnianymi powyżej pęczkami. Na skutek uszkodzenia rdzenia bądź to w dolnej części szyjowej lub górnej ośrodkowej grzbietowej, powstaje zwyrodnienie zstępujące w słupach tylnych z początku w postaci wąskiego pasemka (pęczek Schultze'go) które biegnie od tylnego pasa obwodowego aż do *commissura posterior* (metoda Marchi'ego). Dopiero w dolnych odcinkach grzbietowych rozpada się to pasemko na część przednią i tylną. Część przednia staje się w kierunku zstępującym coraz szczuplejszą i ostatecznie znika zupełnie na wysokości dolnych odcinków grzbietowych (lub w rdzeniu lędźwiowym). Część tylna tworzy z początku wąskie pasemko, leżące na obwodzie słupa tylnego (pęczek Hoche'go), więcej zaś ku dołowi włókna te przechodzą w *fasciculus dorso-medialis sacralis*, t. j. w owalne pole Flechsig'a i w trójkąt Gombault-Philippe'a. Moznaby mniemać, że wszystkie tylko co wymienione pęczki tworzą właściwie jedną zstępującą drogę anatomiczną czyli jednolity system zstępujący słupów tylnych. Pęczki te wyczerpują się w kierunku zstępującym, ponieważ tworzące je włókna przechodzą i kończą się stopniowo w istocie szarej rdzenia. Stopniowa zmiana wyglądu zewnętrznego i położenia pęczków poszczególnych, odpowiadałyby wymaganiom „prawa układu odśrodkowego dróg długich w rdzeniu“ (p. niżej).

D. c. n.

## II. Spostrzeżenia z praktyki.

## Leczenie gorączki połogowej surowicą przeciwpaciorkowcą

(sérum antistreptococcique<sup>1</sup>).

Podał

D-r Mieczysław Themerson z Płocka.

Użycie surowicy przeciw ropnemu zakażeniu popołogowemu mało się dotychczas, o ile wiem, u nas rozpowszechniło. Ogłoszenie więc drukiem każdego przypadku gorączki połogowej, uleczonej za pomocą tego swoistego środka, przyczynić się może do zwrócenia baczniejszej uwagi lekarzy-praktyków na ten bardzo skuteczny środek, nawet w przypadkach beznadziejnych. Zamiast jednak rozwodzić się teoretycznie nad zaletami tej surowicy, wolę przystąpić do opisu przypadków, które są wymownymi świadkami dobroczynnego działania tego lekarstwa.

W październiku r. z. wezwany zostałem do chorej położnicy Jan..., gorączkującej już 7 dni, gdy dreszcze z gorączką następują wystąpiły nazajutrz po urodzeniu dziecka. Chora, powtórnie rodząca, zawsze była zdrową, pierwsze dziecko urodziła przed kilku laty bez jakichkolwiek powikłań patologicznych, przez cały czas obecnej ciąży czuła się dobrze. Poród był zupełnie normalny, tylko przy wyjmowaniu łożyska przez akuszerkę (akuszerka wyjmowała z pochwy) chora poczuła, jakgdyby coś się oderwało i zarazem ból dotkliwy; następnego dnia wystąpiły dreszcze ze znaczną gorączką, która trwa ciągle z objawami mocnego bólu głowy, osłabienia i, co najważniejsza, bezsenności. *Status praesens*: Jan. sprawia wrażenie śmiertelnie chorej, twarz blada, policzki wpadłe, wzrok błędny, usta spieczone, skóra pałająca sucha; brzuch lekko wzdęty, bolesność okolicy pachwinowej prawej na dotyk dosyć znaczna, macica daje się dobrze wymacać, duża, miękka; z pochwy wycieka płyn śluzo-ropny cuchnący. Badanie wnętrza macicy od razu rzuciło promień światła na właściwą postać danej choroby i jej powstanie: na ścianie lewej blisko dna znalazłem kawał łożyska, który udało mi się za pomocą ręki usunąć, przyczem wylało się sporo cuchnącej ropy ze strzępami błon i resztkami łożyska. T<sup>o</sup> chorej 40,6, tętno szybkie, nieco drobne. Po tym rękoczynie wyjałowiłem wewnątrz macicy 2-litrami 4% kwasu karbолоwego, t<sup>o</sup> po tem zmniejszyła się tylko o 0,2<sup>o</sup>C. Jakkolwiek powyżej

1) Institut Pasteur de Paris.

opisane objawy dostatecznie już służą do właściwego rozpoznania gorączki połogowej—posocznicy, *endometritis puerperalis purulenta*, *perimetritis dextra*—panująca u nas epidemia (11 chorych w krótkim czasie) jeszcze bardziej utwierdza w tem domniemaniu. Chorej zaleciłem kalomel i wino; po kilku godzinach chora dostała obłędu, nie poznawała nikogo, rzucała się, krzycząc: „już umarłam, już nie żyję, nie mogę więc umrzeć“. Po zastosowaniu chloralu, nieco się uspokoiła. Gdy jednak wystąpiła później zapaść, upadek sił, prawie niewyczuwalne tętno, zastrzyknąłem pod skórę eter i zdecydowałem się po pewnem wzmocnieniu chorej wstrzyknąć 2 flakony surowicy (20 sześć. centym.), mając w pamięci jeszcze leczony przezemnie niedawno przed tem analogiczny prawie przypadek z pomyślnym wynikiem. Po zastrzyknięciu surowicy przy jednoczesnem stosowaniu wewnątrz kofeiny, otrzymałem po 15 godzinach wynik zupełnie zadowalniający: t<sup>o</sup> spadła do 37,4, tętno się wzmocniło poczucie chorej poprawiło się; gdy gorączka nazajutrz znów podskoczyła, zastosowałem powtórne zastrzyknięcie 20 cent. sześć. surowicy, poczem t<sup>o</sup> zaczęła spadać już litycznie i po kilku dniach nie przekraczała już 37,5, do czasu utworzenia się ropni podskórnych, kiedy wzmogła się znów do 39<sup>o</sup>; lecz po przecięciu i wypuszczeniu ropy (3 wrzody)—spadła do normy. Nawet *parametritis dextra exsudativa* nie doszła do zropienia, a wysięk został zupełnie wessany. Chora zupełnie wyzdrowiała po 10 tygodniach, licząc od porodu (stan groźny posocznicy już po 2-eh tygodniach zupełnie osłabł).

Powyższy przebieg choroby zniewala mnie do następnego wniosku: miałem do czynienia, niewątpliwie, z gorączką połogową, z t. zw. *septicaemia puerperalis* (po części pyaemia) i, że surowicy tylko należy przypisać pomyślny wynik leczenia, gdyż w pierwszym przypadku t<sup>o</sup> krytycznie spadła po zastrzyknięciu, w drugim też się zmniejszyła, jakkolwiek litycznie, ale nie dopuściła do nasilenia ostrego zakażenia krwi i wogóle do ropnego zapalenia błony brzusznej <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Autor opisu przypadku leczenia gorączki porodowej surowicą Marmorka zbyt jednostronnie się na to działanie lecznicze zapatruje. Tutaj nie tylko surowicy przypisać należy pomyślny wynik. Być może, usunięcie resztek gnijącego łożyska zdecydowało o losie chorej, surowica może złagodziła dalszy, bądź co bądź, długi przebieg—10 tygodni choroby.

Przy stosowaniu seroterapii w gorączce porodowej zawsze trzeba stosować i miejscowe leczenie: w razie potrzeby, usuwać resztki popłodu, przepłukiwać macicę, otwierać ropiejące ogniska w przymaciaczach. Vide: „Kronika Lekarska“, r. 1897, praca J. J a w o r s k i e g o; „Dziennik Zjazdu IX“ praca prof. M a r s a.

(Przypisek Redakcyi).



Biorąc pod uwagę ten przypadek, drugi, o którym wspominałem (wójtowa z K. z *septicaemia* po 20 ctm. surowicy poprawiła się i po 3 dniach zupełnie przestała gorączkować—wyzdrowiała), 2 analogiczne przypadki kolegów Ch. i Z., gdzie po surowicy nastąpiło wyzdrowienie (jedna chora W. zachorowała przez przeniesienie infekcyi od chorej Jan.) z jednej strony, z drugiej znaczny procent śmiertelności wśród kobiet, którym z różnych przyczyn surowica nie mogła być zastrzyknięta, śmiem twierdzić, że surowica ta jest środkiem przeciwko gorączce połogowej, być może nie zawsze, ale w bardzo wielu przypadkach skutecznym.

Jeżeli cyframi mam mówić, to w naszej epidemii (Lipno i okolice) widziałem przypadków 11 gorączki połogowej.

Zastrzyknięto surowicę 4 kobietom		Nie zastrzyk. surowicy 7 kobietom	
wyzdrowiało	umarło	wyzdrowiało	umarło
4	0	3	4

Cyfry dosyć wymowne.

### III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

#### I. Chirurgia.

147. Prof. Dr. Otto Lanz (z Bern), **Precz z nastawianiem!**  
(München. med. Wochenschr. Nr. 5. 1902).

Jeżeli dziś jeszcze, pomimo tak doniosłych postępów w dziedzinie techniki chirurgicznej, cięcie przepuklinowe (herniotomia) daje wysoka, względnie, odsetkę zejść niepomysłnych, to przyczyn szukać tu należy, zgodnie z mniemaniem autora, w dokonywaniu nazbyt pochopnem odprowadzania, nastawiania przepuklin (*taxis*). Niebezpieczeństwo, wynikające z rękoczynu tego, i dziś nie jest zrozumiane właściwie: o ile przecenia się nadto wpływ ujemny takiej, jak uwięźnięcie jelita, sprawy chorobowej, o tyle niedoceniaamy skutków, warunkowanych przez tarcie i miętoszenie pętli. Wszak nigdy nie możemy być pewni, czy ta zachowała jeszcze swą zdolność życiową; odprowadzenie, udatne nawet, niebezpieczeństwa nie zażegna, gdyż w godzin kilka po redukcji kieszka uledez może zgorzeli. Ostatnia zdarza się najczęściej w tych razach, gdzie na skutek nader mocnego ucisku, ulega przerwie nie tylko odpływ krwi żyłnej, lecz i dowóz tętniczej. Taka postać zaciśnięcia daje miejscowo objawy mniej groźne; ponieważ krwiobieg wyklucza się tu zupełnie, do zastojów nie dochodzi, brak obfitego wysięku i guz jest niewielki. Traktujący rzecz powierzchownie uważać będzie przypadek taki, jako całkiem podatny do nastawienia, nie przypuszczając, że właśnie dla rękoczynu tego istnieją, w danym razie, warunki jak najgorsze.

Rozróżniamy trzy stopnie uwięźnięć: 1) światło kiszki nie jest zamknięte całkowicie i gazy przedostają się jeszcze (*obturatorio*). 2) Jelito ma miejsca dosyć, lecz kał i gazy nie mogą już przedostać się dalej (*incaeratio*), 3) krążenie kału i krwi przerywa się (*strangulatio*). Gdybyśmy umieli w każdym oddzielnym przypadku odróżnić postaci owe, możnaby jeszcze o *taxis* pospierać się. Tak jednak nie jest.

W ciągu roku ostatniego autor miał sposobność przekonania się niejednokrotnie o słuszności swych zapatrywań i przytacza 4 przypadki takie, które, pomimo wykonanej (nie we wszystkich) laparotomii, zakończyły się źle. U wszystkich tych osobników pętlę uwięźniętą reponowano, raz—*en masse* nawet. Z drugiej strony zestawiona jest statystyka, obejmująca 7 spostrzeżeń, gdzie nastawienie nie udało się i gdzie trzeba było wykonać herniotomię; 6 operowanych wyzdrowiało, z tych 5—bez powikłań.

Nie wszystkim, zapewne, znanym jest fakt, że dokonanie repozycji *en masse* nie wymaga, bynajmniej, użycia wysiłków nadzwyczajnych. Na oddział prof. L. przywieziono chorego, niemal *in extremis*; obok innych objawów zamknięcia światła kiszki (*ileus*) pacjent miał od trzech dni wymioty kałowe. Po bardziej szczegółowem dopiero wypytywaniu się stwierdzono, że osobnik ten posiadał od lat wielu przepuklinę lewostronną, którą zazwyczaj odprowadzał sobie nader łatwo. Otóż przed tygodniem dokonał również rękoczynu tego i z wysiłkiem tak małym, że ani choremu ani lekarzowi nie przyszło do głowy stawiać w jakimkolwiek bądź związku przebiegającej sprawy chorobowej z przepukliną. Jakoż podczas badania przekonano się, że lewy kanał pachwinowy jest wolny, a guza nie wyczuwa się nigdzie; uwagę zwracała tylko obecność w jamie brzusznej przesięku (*ascites*) przy umiarkowanym powłok napięciu zewnętrznym. W przebiegu laparotomii znaleziono na wysokości szczytu pęcherza guz wymiarów pięści: typowa *reposition en masse*. Dzięki nader ostrożnemu pociąganiu za pochwyconą pętlę jelita uwięźnięcie usunięto szczęśliwie, przyczem na tej ostatniej bródka strangulacyjna była nader wyraźną. Operowany wyzdrowiał. W drugim za to, jednobrzmiącym niemal przypadku, otrzymano wynik niepomyślny.

Niebawem autor natknął się w praktyce swej na dwa inne spostrzeżenia, z których pierwsze zwłaszcza ilustruje wymownie stronę ujemną nastawiania. 52-letnia kobieta, obarczona od czasu dłuższego prawostronną przepukliną pachwinową, dostała nagle po cięższym wysiłku fizycznym, objawów zaciśnięcia tejże. Wezwany lekarz dokonał odprowadzenia, napozór, całkiem udatnie, poczem objawy groźne wzmogły się, wymięciny cuchnęły kałem, a po rycynie nastąpiło pogorszenie jeszcze większe. Podczas herniotomii prof. L. nie mógł zrazu worka odpreparować; po rozcięciu nacieczonej ściany otrzymano ze dwie łyżki stołowe krwawej i mętnej cieczy, dalej zaś zauważono nawprost kanału udowego odcinek cyanotycznej ściany kiszki, zawarty w szyi worka przepuklinowego (*hernia Litré*). Bardzo oględnem pociąganiem za kiszkę udało się autorowi wydostać i rozwikłać reponowaną pętlę; ujrano wówczas dokładnie obie bródki od zaciśnięcia,

nadto bródza odcinka doprowadzającego zdradzała tak wybitne zciężnienie, przegnicie niemal tkanek w tem miejscu, że zrazu rezekcyja jelita wydawała się niezbędną. Gdy jednak stosowane czas jakiś okłady z wody słonej na kiszkę poprawiły jej wygląd, kiszkę wpuszczono do otrzewny i worek wycięto. I tu, i w drugim przypadku, dotyczącym 4 tyg. dziecka, osiągnięto wyniki zadowalniające, co jedynie zawdzięczać należy niezbyt energicznie wykonywanej repozycyi przez zawezwanego przedtem kolegę.

Lecz zawarunkowane przez *taxis* miażdżenie jelita jest zgubnem nie tylko dla jego sprawności życiowej, i bez tego, przez złe odżywianie i zmiany zapalne podupadłej. Zgorzel na ograniczonej przestrzeni zaciśniętej pętli doprowadzić może do innych jeszcze następstw. W dwóch przypadkach przewlekłego zamknięcia światła kiszki (*ileus*), z operowanych przez autora ostatnio, wywołujące takowe zrosty zapalne zależały również od dokonywania całkiem przeciwwskazanej repozycyi. W jednym z tych spostrzeżeń objawy zwięzienia wystąpiły w 6 tygodni po uwięźnięciu przepukliny, w drugim—w rok.

Te i tym podobne liczne spostrzeżenia rzucają jasne na całą sprawę światło i kwestyę, czy odprowadzanie (*taxis*) ma jakąkolwiek racyę bytu, rozwiązują w duchu dla rękoczynu tego nieprzychylnym. W przypadkach uwięźnięcia zabiegiem jedynie pewnym jest i pozostanie herniotomia, którą najlepiej wykonać radykalnie odrazu t. j. z zamknięciem wrót przepuklinowych. Oprócz korzyści tej oszczędza się choremu chloroformowania dwukrotnego: raz dla odprowadzania, drugi—dla operacyi. Dziś pierwsze z nich może tam chyba mieć jakąś racyę bytu, gdzie niema szpitali; bądź co bądź jednak, lekarz, zabierający się do repozycyi, ma obowiązek uprzedzić chorego, że nawet, w razie udania się tejże, cierpienie nie zostało zażegnane, bynajmniej, i nawrót katastrofy jest możliwy. Horoskopy tak niewesołe i nieprzyjemne dla stron obu będą czynnikiem, który przyczyni się najskuteczniej do wycofania z obiegu metody przestarzałej i zbytcejznej zupełnie wobec tegoczesnych postępów chirurgii.

K. Niedzielski.

148. D-r W. Rühl (z Dillenburga). **O spadzistem i głębokiem ułożeniu miednicy w przebiegu operacyi na drogach żółciowych.** (München. med. Wochenschr. Nr. 5. 1902).

O ile usunięcie kamieni z pęcherzyka jest operacyą typową i łatwą, o tyle zabieg podobny, podjęty na drogach żółciowych, *resp.* na żółciowodzie, należy, jak to słusznie zauważył Kehr, do najtrudniejszych zadań dla chirurga. Słuszność poglądu tego oceni każdy, kto choć na chwilę przypomni sobie stosunki anatomiczne, wśród których wówczas operuje się. Manipulować wypada w miejscu, gdzie, w głębi bardzo znacznej schodzą się drogi żółciowe, żyła wrotna i tętnica wątrobowa, tuż w pobliżu przebiega żyła czeza (*vena cava*), opodal nieco leżą kiszki, żołądek, głowa trzustki i t. p. przeszkody,

a możność uszkodzenia naczyń i narządów tak ważnych jest tem łatwiejszą, iż obraz anatomiczny okolicy tej ulega zmianom często i nieraz niepodobna odróżnić dróg żółciowych od tkanek otaczających. Skutkiem uprzednich spraw chorobowych, wytwarzania się blizn, zrostów lub zlepów teren zaciemnia się bardziej jeszcze. Gdy z jednej strony zranienie kiszki lub żołądka doprowadzić może do wywołania sprawy posokowatej w otrzewnie, z drugiej—otwarcie pomimowolne wielkiego naczynia grozi niebezpieczeństwem nader trudnego do zatamowania krwotoku. Lecz i uszkodzenie mniejszych pni naczyniowych lub rozdarcie zrostów pociąga za sobą te same wyniki niepożądane, gdyż, jak wiadomo, chorzy na cholemię, są nader do krwawień skłonni.

Ostatnio właśnie, w jednym bardzo ciężkim przypadku autorowi wypadło borykać się z wyszczególnionemi powyżej trudnościami. Rzecz dotyczyła 38-letniej kobiety, operowanej na skutek kamicy żółciowej z wynikiem, o tyle zadowalniającym, że ustąpiły bóle, żółtaczką swędzenie skóry. W następstwie jednak zabiegu pozostała obficie iciekąca przetoka, bez żadnej ku zagojeniu skłonności, przyczem stolce stałe były bezbarwne. Ponieważ tak wielka strata żółci doprowadziła chorą do zupełnego upadku sił, w przypuszczeniu, że ma się do czynienia z kamicą żółciowodu, przystąpiono do wykonania operacji wtórnej. Cięciem kątowem, od wyrostka mieczykowatego do pepka, a stąd pionowo, na prawo, tuż pod przetoką i wzdłuż takowej, wykrojono płat, po uniesieniu tegoż ku górze, ujrzano szereg powrózkowatych tworów i zrostów, które podwiązano i przecięto. Powiększony i zgrubiały pęczek, zrosnięty wierzchołkiem swym z powłokami brzucha, poniżej zaś—z kiszką cienką, okrężnicą poprzeczną i dwunastnicą, nieruchomym był zupełnie. Rozseparowanie zrostów szło tak oporem, że podczas manipulacji tej naderwano błonę surowiczą i mięśniową jelita cienkiego; rozdarcie spojono szwem natychmiast. Po wyswobodzeniu z mas bliznowatych i obnażeniu *foraminis Winslowii* wykryto w dolnej części żółciowodu (*choledochus*) kamień, tuż przed ujściem kanału do dwunastnicy; kamyk ów, wkliniowany mocno, nie dawał się przesunąć ku górze, należało zatem miejsce to udostępnić dla cięcia, pomimo wciągnięcia narządu w tkanki bliznowate. Lubo autor poczynał tu sobie nader ostrożnie, naczynia ulegały przerwaniu i w okamgnieniu pole operacyjne zalało się krwią, przyczem niepodobna było opanować krwotoku tamponowaniem, ani też odnaleźć naczynia. W tym stanie rzeczy autor wpadł na myśl ułożenia chorej w pozycji nawpół stojącej z głęboko i skośnie ustawioną miednicą, co powiodło się snadnie dzięki osobliwej konstrukcyi stołu operacyjnego. Wynik przeszedł oczekiwanie. Po usunięciu gazy rozpoznano, pomimo szalonego krwawienia, miejsce uszkodzone odrazu, krew bowiem ściekała ku dołowi, nie zalewając już terenu. W ścianie naczynia, jak sądzić trzeba, żyły wrotnej, istniał otwór, długi na 4 mm., w obec czego miejsce broczące pochwycono w klampy i zamknięto szwem. Obnażenie dolnego odcinka żółciowodu poszło teraz daleko łatwiej, poczem przewód nadcięto i wywleczono kamień na zewnątrz za pomocą kleszczyków i łyżeczki. Jednocześnie jednak zraniona

została trzustka, co dało znów powód do dość obfitego krwawienia, opanowanego jednak z łatwością drogą obklucia. Sam żółciowód zamknięto 9-ma szwami i przedrenowano na sposób Poppert'a. Operowana wyzdrowiała, wypróżnienia odzyskały barwę prawidłową, żółć przestała wyciekać zupełnie.

Autor zaleca wypróbowanie sposobu tego nie tylko w przypadkach operacyjnych kamicy żółciowej, lecz i w operacjach na odzwierniku, jak również we wszystkich zabiegach w górnej części brzucha. Największe jednak pochylenie osi podłużnej ciała nie powinno przekraczać  $45^{\circ}$  w stosunku do poziomu.

*K. Niedzielski.*

## II. Choroby kobiet.

149. Heymann. Stosunek nosa do organów płciowych kobiecych. (Centralblatt für Gynäkologie 1901. Nr. 48, str. 1319).

Podrażnienie, odruch powodujące, udziela się przeważnie nerwom: troistemu a także węchowemu. Powstałe ztąd pobudzenie przechodzi na bliższe lub dalsze drogi ośrodkowe. Istnieją wszakże odruchy, w których nos stanowi stację krańcową łuku. Pod wpływem podrażnienia, działającego zblizka lub zdala, powstaje obrzmienie lub skłębnięcie błony śluzowej nosa, a w szczególności jej ciałek obrzmiewających (Schwellkörper). Śluzówka nosa otrzymuje włókna nerwowe, rozszerzające naczynia, bezpośrednio od rdzenia przedłużonego (medulla oblongata) przez pośrednictwo nerwu troistego lub też nerwu sympatycznego.

Nerwice odruchowe nosa nie są zjawiskiem częstym. W rozpoznaniu nerwicy odruchowej nosa należy być bardzo ostrożnym. Podane przez François-Frank'a cztery objawy dla tego cierpienia nie decydują stanowczo o istnieniu nerwicy odruchowej, gdyż leczenie nosa może wywrzeć taki sam wpływ, jak zdala pochodzące podrażnienie. We wszystkich przypadkach nerwicy odruchowej istnieje wzmożona pobudliwość nerwów nosowych, która stanowi objaw częściowy nerwicy ogólnej.

Istnieją 3 grupy nerwicy odruchowych nosa: 1) nerwice, w których podrażnienie i odruch mają siedlisko w nosie, 2) nerwice, w których podrażnienie nosa wywołuje odruch w organie oddalonym i 3) nerwice w których, podrażnienie organów oddalonych powoduje odruch nosowy.

Ostatnie dwie grupy mogą wyświecić stosunek nosa do organów płciowych u kobiet. Już w starożytności spostrzegano krwotoki nosowe po wybrkach płciowych. Dalej znane są zjawiska częste krwotoków nosowych zastępczych; jest to wzmożone przekrwienie śluzówki nosa, które zwykle towarzyszy miesiączce. Przeważnie uwydatnia się ono na guzikach przegrody nosowej i na przednim końcu muszli dolnej—punktach płciowych nosa (Fließ's'a).

Punkty płciowe nosa mają doniosłe znaczenie w postaci chorobowej—dysmenorrhoea. Doświadczenia Fliessa i Schiffa pouczają, że można otrzymać chwilowe polepszenie w powyższym cierpieniu, znieczulając punkty płciowe nosa za pomocą kokainy, lub też zupełne wyleczenie przez energiczne przypalenie punktów powyższych. Znieczulając muszlę dolną, usuwamy bóle w brzuchu, a przez znieczulenie guzików, na przegrodzie nosowej się znajdujących, znosimy bóle w krzyżu przy dysmenorrhoea. Działanie po większej części się krzyżuje, niekiedy bywa ono jednostronnem.

Za pomocą kokainy możemy odróżnić dysmenorrhoeam nosową od mechanicznej; w postaci ostatniej, kokaina pozostaje bez wpływu. Oprócz tego Fliess dzieli nosową postać dysmenorrhoeae na wrodzoną i nabytą. W postaci ostatniej miało miejsce ropienie, spowodowane przez chorobę zakaźną; dopiero po usunięciu ropienia, leczenie może odnieść skutek pożądany. Nawet prawdziwe bóle porodowe można niekiedy znieczulić w ten sposób, działając na błonę śluzową nosa.

Wreszcie Fliess wyleczył w sposób powyższy (przez nos) nieprawidłowe miesiączkowanie i krwotoki miesięczne, a nawet w jednym przypadku wyleczył zupełny brak miesiączki.

*M. Warszawski.*

150. Schiff. Jaki zachodzi stosunek pomiędzy nosem a organami płciowymi u kobiet? (Wiener klin. Wochenschrift 1901. Nr. 3)

Autor sprawdził doświadczenia Fliessa, który dowodził, że w nosie kobiecym, a mianowicie na muszli dolnej i na przegrodzie nosowej z obydwóch stron znajdują się dwa punkty płciowe („Genialstellen“), które podczas peryodu obrzmiewają i nabierają niezwykłej wrażliwości. Punkty powyższe, według zdania Fliessa, wielką odgrywają rolę w powstawaniu bólów miesiączkowych (Dysmenorrhoea). Przez znieczulenie tych punktów za pomocą kokainy można zupełnie znieść bóle w brzuchu i krzyżu, powstałe w czasie peryodu, a zupełne wyleczenie da się osiągnąć przez przypalenie wskazanych miejsc. Schiff zebrał 47 przypadków i dokonał 200 razy pędzlowania kokainą; ostatnie przypadki, w liczbie 21, były przez niego obserwowane w klinice Chrobak'a. Wszystkie pacjentki dotknięte były ciężką postacią dysmenorrhoeae, która zwykle trwała przez kilka dni. Niektóre z pacjentek miały oprócz tego cierpienia poboczne macicy (nieżyt szyjki, parametritis, perimetritis, guz przymaciczny).

W 35 przypadkach (72%) stosowanie kokainy dało rezultat pomyslny, przyczem doświadczenie wykazało, że znieczulenie za pomocą kokainy punktów płciowych, na przegrodzie się znajdujących (tubercula septi), usmierzalo bóle tylko w krzyżu, a znieczulanie takichże punktów na muszli dolnej znosiło bóle w brzuchu. 17 przypadków „dodatnich“ autor leczył w dalszym ciągu przez przyżeganie punktów płciowych za pomocą kwasu trójchloroctowego lub też elektro-

lizej. U 12 kobiet wynik był zupełnie pomyślny, u 5 zaś niezupełny, gdyż stosowana w tych przypadkach elektroliza okazała się niedość skuteczną. W liczbie wyleczonych znajdują się 3 pacjentki, które już od  $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$  lat pozbyły się zupełnie bolesnych i dokuczliwych peryodów; inne przypadki są jeszcze zbyt świeże, aby na nie można było się powołać. Do znieczulania kokainą używa się zgłębnika, zakończonego gałeczką i owiniętego wata; zgłębnik macza się w roztynie 20% kokainy.

Autor nie wyklucza istnienia postaci mechanicznej dysmenorrhoea która się cechuje tem, że bóle ustępują z chwilą ukazania się krwi peryodowej. We wszystkich zaś innych przypadkach, w których bóle nie ustają, pomimo ukazania się krwi peryodowej, należy dać pierwszeństwo znieczuleniu za pomocą kokainy przed innymi środkami leczniczymi; gdy pierwsza próba da wynik pomyślny, należy przystąpić do radykalnego leczenia nosa.

*M. Warszawski.*

151. Krönig. **Dysmenorrhoea i nerwice odruchowe nosa.** (Centralblatt für Gynäkologie 1901. Nr. 48, str. 1320).

Pod mianem „dysmenorrhoea“ autor pojmuje zbiór objawów pogłębiających na tem, że kobiety doznają silnych bólów skurczowych, występujących na kilka dni przed peryodem i osiagających w pierwszych dniach peryodu swojego maximum. Bóle te kuczowe, które się początkowo lokalizują w dolnej części brzucha, rozchodzą się następnie na krzyż i kończyny dolne. Do tych bólów niekiedy przyłącza się zaburzenie ruchowe organów trawienia: brak łaknienia, wymioty masami śluzowymi, niekiedy zaparcie stolca lub też, przeciwnie, nieznaczne rozwolnienie i częste parcie na stolec. Ogólne osłabienie, bóle głowy połowiczne stale towarzyszą temu cierpieniu.

Dysmenorrhoea zdarza się najczęściej u pańien, które nigdy nie rodziły, jakkolwiek pierwsze miesiączki u tych pacjentek przebiegały bez bólów. Dopiero po wysiłku cielesnym lub pracy umysłowej wystąpiła dysmenorrhoea. Zdarza się to najczęściej u uczennic konserwatorium i u nauczycielek, u których wysiłek umysłowy przed egzaminami i częste perturbacje psychiczne lub też sumienne spełnianie ciężkiego powołania nauczycielskiego powodują bolesne miesiączkowanie.

Po pierwszym porodzie bóle podczas peryodu zupełnie znikają lub też tracą pierwotną siłę natężenia. Badając chore, dotknięte powyższym cierpieniem, nie znajdujemy nic patologicznego. Macica leży prawidłowo, zgłębnik łatwo przechodzi przez szyję do jamy macicy. Przymacicza prawidłowe; niekiedy daje się zauważyć odpływ nieznaczny. Otrzymana przez skrobanie śluzówka jest zupełnie prawidłową i żadnych zmian specyficznych nie wykazuje, jak to, zresztą, dawno już stwierdził v. Franqué. Wyskrobanie macicy daje niekiedy czasowe polepszenie, lecz efekt tej operacji nie jest długotrwałym.

Pośród chorych, dotkniętych ciężką dysmenorrhoea, widzimy przeważnie panny, cierpiące na blednicę, i osobniki dotknięte neurastenią; ostatnie dostarczają największego kontyngensu poważnie chorych,

Obok tego istnieją przypadki mechanicznej dysmenorrhoeae, powstałej wskutek zwężenia kanału szyi wrodzonego lub też nabytego (przez przyżeganie). Następnie, bolesne miesiączkowanie bywa w cierpieniach przymacieza natury gonoroicznej, w mięśniakach podśluzowych, które sterczą do amy macicy, lub są na drodze do eliminacji. Lecz ta kategoria dysmenorrhoeae różni się od właściwej brakiem objawów wtórnych (migrena, wymioty, brak łaknienia).

Wreszcie, należy jeszcze wspomnieć o nader rzadkiej postaci chorobowej „endometritis exfoliativa“, przy której podczas peryodu macica wypycha śluzówkę przy objawach silnych i dokuczliwych bólów.

Pod względem częstości i natężenia ostatnie postacie dysmenorrhoeae nie mogą iść w szranki z tymi przypadkami, które w braku widocznych zmian anatomicznych w organach płciowych polegają głównie na wpływach nerwowych; ostatnie stanowią właściwy moment etyologiczny.

Odrzucając następnie skrzywienia macicy (retroflexio, anteflexio) oraz katar śluzówki macicy jako przyczyny bolesnego miesiączkowania, autor wprost wypowiada zdanie, że w większości przypadków przyczynę pierwotną tego cierpienia stanowi ogólna nerwowość resp. histeria. Histerycznymi, według określenia Möbiusa, nazywamy te zmiany chorobowe, które są spowodowane przez wyobraźnię. Tak samo, jak obserwujemy w histerii różne hyperestezje, neuralgie etc., możemy sobie wyobrazić, że skurezowe bóle podczas peryodu są wytworem chorobliwej wyobraźni.

Przemawia za tem przypuszczeniem przedewszystkiem ten fakt, że bolesnemu miesiączkowaniem dotknięte są osoby t. zw. nerwowe; następnie, pierwsze objawy dysmenorrhoeae następują po wysiłku cielesnym i psychicznym insulcie i, wreszcie fakt, że w najcięższych formach dysmenorrhoeae znajdujemy objawy Windscheida: costalgia, femoralgia, ovarialgia. Wreszcie, obserwacja poucza, że z chwilą polepszenia ogólnego stanu zdrowia i zniknięcia objawów nerwowych znikają także objawy dysmenorrhoeae. Nie jeden lekarz obserwował, jak pobyt na świeżem powietrzu lub nad morzem odrazu usunął to cierpienie, które po powrocie chorej do zajęć zwykłych, z dawną powróciło siłą. Nie idzie zatem, aby autor wszystkie kobiety, dotknięte tem cierpieniem zaliczał do histeryczek, lecz wypowiada zdanie, że w większości przypadków cierpieniu powyższemu towarzyszy ogólna nerwowość. Są jednak fakty, które wymagają wyjaśnienia. Niejednokrotnie spostrzegano, że bolesne miesiączkowanie zatracą się po pierwszym porodzie. Nie zawsze to ma miejsce, gdyż i u wieloródek spostrzegano ciężką postać bolesnego miesiączkowania. Objasnić sobie można ustąpienie dysmenorrhoeae po porodzie tem, że kłopoty matczyne usuwają na bok wyobraźnię o sferze płciowej, że prawidłowe stosunki płciowe łagodzą ogólny stan nerwowy, i że troskę o byt dźwiga mąż. Nie można tego uogól-



nić na wszystkie przypadki, lecz należy jeszcze przyjąć pod uwagę, że zmiany, zachodzące w macicy po porodzie, wchodzą tutaj w grę, gdyż obserwacya wykazała, że młode mężatki po pierwszym porodzie, zatraciwszy bolesne miesiączkowanie, nie straciły swojej nerwowości. Być może, że pogląd Theilhabera zyskuje na prawdopodobieństwie, że dysmenorrhoea polega na skurczu zwieracza ujścia wewnętrznego macicy, który zostaje osłabiony przez blizny, powstałe po porodzie.

W konkluzji autor kategorycznie wypowiada swój pogląd, że przyczyny pierwotnej dysmenorrhoeae nie należy szukać w anomaliach organów rodnych; podaje w wątpliwość przypuszczenie, że objawy wtórne (bicie serca, migrena etc.), które często towarzyszą bolesnemu miesiączkowaniu, powstają na drodze odruchowej z dróg rodnych; nie zgadza się również ze zdaniem v. Franqué, że przyczyną bezpośrednią histeryi jest katar wewnątrzmaciczny. Autor upatruje przyczynę choroby w stanie nerwowym kobiety, a objawy, towarzyszące miesiączkowaniu, przyjmuje za część wielu dolegliwości nerwowych. Objawy zaś kliniczne zalecają ostrożność w przyjęciu hipotezy o istnieniu nerwicy odruchowej płciowej w sensie fizyologicznym.

W ostatnich czasach nadano inne znaczenie dysmenorrhoeae; uważają ją za nerwicę odruchową, pochodzącą wskutek pewnych zmian w nosie.

Teorię powyższą zbudowali Schiff i Fliess. Pierwszy twierdzi, że objawy dysmenorrhoeae zależą bezpośrednio od nosa, a mianowicie od punktów płciowych nosa, zmienionych podczas miesiączki. Zmiany w nosie podczas miesiączki są spowodowane przez stan miesiączkowy organów płciowych. Wprawdzie primum movens zależy od stanu podrażnienia organów płciowych, lecz ten stan podrażnienia nie powoduje bezpośrednio bólów, tylko przedewszystkiem zmiany w nosie, które ze swej strony powodują bóle.

Powyższe leczenie autor stosował w 8 przypadkach. Niekiedy efekt tej terapii był momentalny; w innych razach działanie było słabsze, tak iż chore nie chętnie poddawały się tej kuracji i autor zmuszony był listownie wzywać chore do kliniki. Kë nig odrzuca wszelkie nerwice odruchowe i skuteczność tej metody kładzie na karb histeryi i suggestyi <sup>1)</sup>.

M. Warszawski.

1) W d. 5/III. r. b. w Warsz. Tow. Lek. J. Jaworski wypowiedział w tym samym przedmiocie odczyt, oparty na 73 przypadkach dysmenorrhoeae leczonych przez niego metodą Fliessa-Schiffa. Jako wynik mówca podał: 11 przypadków uleczeń, w 66% usunięcie objawów dysmenorrhoeae na mniejszy, lub większy przeciąg czasu. Najtrwalsze, co do czasu i co do znikania bólów wyniki dawała Jaworskiemu galwanokaustyka „Genitalstellen der Nase“ Fliessa.

(Przypisek redakcyi)

152. Windscheid. **Nerwice odruchowe płciowe.** (Odczyt wypowiedziany w Towarzystwie ginekologicznem lipskiem w dniu 15 lipca 1901 r. Centralblatt für Gynäkologie 1901. Nr. 48, str. 1316).

Autor bardzo sceptycznie zapatruje się na istnienie nerwic odruchowych płciowych i upatruje w nich objaw nerwicy ogólnej — histeryi. Żąda on, aby w każdym danym przypadku, zanim się postawi rozpoznanie nerwicy odruchowej płciowej, zbadać chorą, czy nie ma histeryi. Dla ostatniej autor podaje objawy obiektywne: wzmoczenie odruchów łącznicy, wzmoczenie odruchów rzepkowych i obecność punktów histerogenetycznych (costalgia, ovaria i femoralgia). Powyższe objawy, powiada autor, znajdujemy we wszystkich niemal przypadkach nerwic odruchowych płciowych.

*M. Warszawski.*

153. M. Graefe: **Zgubne skutki po amputacji części pochwowej.** (Münchener med. Wochenschrift, 1901 Nr. 22).

Autor słusznie powstaje przeciw polypragmazji i podaje następujące 4 skutki zgubne po operacji powyższej: 1) wyciowanie (ectropium) śluzówki szyi macicznej, której nabłonek delikatny wystawiony jest na bezpośrednie drażnienie podczas aktu spółkowania i na bezpośrednie zakażenie, 2) zwężenie ujścia zewnętrznego; ostatnie powoduje: a) przedłużenie się porodu, przyczem wypada nierzadko rozszerzenie ujścia za pomocą rozszerzadeł H e g a r'a lub też krwawą dysczyzę; b) dysmenorrhoeam; c) niepłodność; 3) zmniejszenie się znaczne lub skurczenie pozostałej części pochwowej; pochwa przeto przybiera postać worka ślepego, na którego wierzchołku siedzi zwężone ujście maciczne. Ztąd powstaje skłonność a) do tyłu zgięcia macicy, b) do porodów przedwczesnych. 4) Parametritis lub perimetritis posterior, jeżeli szew przeszedł przez tkankę łączną lub fałdę otrzewny D o u g l a s'a i zropiał. Mając na względzie skutki powyższe, autor stara się bardzo ograniczyć wskazania do tej operacji. U histeryczek należy się bardzo obawiać powstania tylnego parametritis. Wycięcie klinów ze szyi przerośniętej przy wypadnięciu macicy uważa autor za zbyt cenne; chroniczna metritis przez to nie zostanie usunięta. Niezawodnem wskazaniem do tej operacji jest wydłużenie i przerost (penisartige Hypertrophie części pochwowej).

*M. Warszawski.*

### III. Choroby oczu.

154. D-r P. B u s c h. **Stan obecny leczenia przymiotu.** (Zeitschrift für Augenheilkunde Jan. 1902).

Specyficznym środkiem przeciwko przymiotowi po dziś dzień jest stale rtęć, i chociaż nie znamy dokładnie sposobu jej działania na zarazek syfilityczny, wiemy, iż jest w stanie nie tylko usuwać we właściwym czasie odpowiednie objawy chorobowe przymiotu, lecz i zapobiega nawrotom i dalszym następstwom tej strasznej choroby.

Środkiem również dzielnym w objawach trzeciorzędnych, zależnych podług jednych, z Finger'em na czele od właściwych toksyn, podług innych, do których należy zaliczyć większość syfildologów, od samych mikrobów, są preparaty jodu.

Najlepszym sposobem stosowania rtęci są, bezwątpienia, wcierania, ku czemu mogą służyć, prócz szaruchy *unguentum neapolitanum*, *lanolinum hydrargyricum* i maść rtęciowa vasogenowa. Przed wcieraniami należy wziąć ciepłą kąpiel.

W pierwszym dniu wcierać w obie łyżki, w drugim w wewnętrzne części bioder, unikając wcierań w pachwinę, w trzecim w boczne części klatki piersiowej i brzucha, w czwartym w obie wewnętrzne części ramion, w piątym w plecy, szóstego dnia należy wziąć ciepłą kąpiel, poczem rozpocząć nową seryę wcierań.

Stosownie do nasilenia choroby i do indywidualności chorego wciera się od 3—4 gramów dziennie, przyczem wcieranie winno trwać od 20—30 minut, należy je uskutecznić powoli i tak, by powierzchwnia, w którą wcieramy, była szarą, lecz nie czarną, maść winna być wtartą zupełnie.

Podczas wcierań należy bacznie śledzić za czystością jamy ustnej, dziąseł i zębów, unikać wysiłków cielesnych i umysłowych, odżywiać się dobrze, unikając pokarmu obfitego i pobudzającego, jak również napojów wysokokowych, wystrzegać się przeziębienia.

W jaki sposób rtęć przez wcieranie dostaje się do organizmu, trudno dać dzisiaj na to pytanie odpowiedź. Neumann stwierdził obecność rtęci w gruczołach łojowych i potowych skóry i, prawdopodobnie, stąd ulatniająca się rtęć w stanie pary (?) wchłania skóra. W każdym razie, wchłanianie przez skórę odbywa się słabo, głównie zaś działa wdychanie pary rtęciowej przy oddychaniu. W tym też celu proponowano zastąpić wcieranie przez noszenie stałe na ciele woreczków napełnionych bądź to szaruchą, bądź amalgamatem magnezyi lub aluminium, a nawet wełnianych koszulek nasyconych rtęcią. Sposób ten stosowania rtęci nie mógł zastąpić wcierań, dlatego też należy przypuszczać, iż skóra spełnia czynność organu oddechowego i jako taki tylko przy wcieraniu przepuszcza duże ilości rtęci do organizmu. Kąpiele sublimatowe znajdują zastosowanie w leczeniu syfilisu u dorosłych w przypadkach syfilidów występujących pod postacią pryszczów lub owrzodzeń, a zajmujących dużą powierzchnię ciała; o ile zdrowa skóra nie przepuszcza w tych razach rtęci, o tyle obnażona jej powierzchnia łatwo ją przepuszcza.

Dogodnym bardzo sposobem jest leczenie przymiotu za pomocą śródmiaższowych wstrzykiwań rtęci, które dzięki akoinie mogą być zupełnie bezbolesne. Słabą stroną łatwo rozpuszczalnych związków rtęci jest szybkie jej wydzielanie się z ustroju; w celu otrzymania

odpowiedniego skutku należy wstrzykiwania uskutecznić codziennie lub co drugi dzień.

Najczęściej używanym środkiem jest oksycyanek rtęci, sól łatwo rozpuszczalna, a mniej drażniąca od sublimatu.

Z nierozpuszczalnych związków rtęci, z których wstrzykiwania można robić rzadziej, raz na tydzień, najczęściej posiłkują się olejem szaruchowym i kalomelem; wstrzykiwania te jednakże często miewają działanie kumulacyjne i bywały przyczyną śmiertelnych nawet przypadków.

Podawanie rtęci do wewnątrz w celu leczenia przymiotu, będące w użyciu we Francji i szczególnie w Anglii, może być usprawiedliwione tylko pewnymi indywidualnymi i społecznymi względami. Podczas takiej lub innej postaci stosowania rtęci w celu leczenia przymiotu zawsze powinno się rachować z indywidualnością chorego, baczając na stan nerek, kanał pokarmowy i ogólne odżywianie.

Nie rzadkie bywają w tych razach przypadki zatrucia rtęciowego, objawiające się zapaleniem jamy ustnej, silnymi bólami żołądka i kiszek, obfitemi i krwawymi wypróżnieniami i ostrem zapaleniem nerek, ogólną anemią, a nawet przygnębieniem nerwowem i hypochondryą. Podobne przypadki najczęściej nawiedzają osobników wycieńczonych i starców.

Preparaty jodu wskazane bywają w trzeciorzędnych objawach przymiotu, a więc w cierpieniach kości, mózgowia, nerwów i t. d.

Z pośród tych preparatów najczęściej używany jodek potasu często źle bywa znoszony przez chorych; z pośród innych, mianowicie: jodku sodu, amonu i rubidum ostatni cieszy się najlepszą reputacją. W ostatnich czasach poczęto jakoby z korzyścią stosować jodypinę.

S. Cetnarowicz.

155. D-r Peppmüller. **Przymiot oczu na podstawie najnowszych prac w tym kierunku.** (Lubarsch et Ostertag. Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere, Bergmann. Wiesbaden. 1901).

2% przypadków cierpień oczu przypada na przymiot.

4—5% przypada na objawy pierwotne powiek i łącznicy; punktem wyjścia zakażenia w tych przypadkach są pocałunki, użycie języka w celu wydobycia obcego ciała z worka łącznicowego lub rogówki, przemywanie oczu za pomocą śliny, użycie zakażonej bielizny (ręczniki, chustki, powłóczki na poduszki i t. p.).

Do wtórnych objawów należy zaliczyć wysypkę specyficzną na powiekach, wypadanie rzęs, zapalenia brzegów powiek, łącznicy, tęczówki, naczyńówki, siatkówki i t. d.

Objawy trzeciorzędne—gumaty powiek, często mylnie uważane za gradówki (*chalazion*) i zmiany gruzlicze, wreszcie gumaty tęczówki trudno dające się odróżnić od *papulae*.

Jako objawy przymiotu dziedzicznego występują: rozmięczenie rogówki u noworodków (*keratomalacia*), skleroza rogówki, zapalenie

rogówki śródmiażdżowe (*keratitis parenchymatosa*), często powikłane zapaleniem naczyńówki, porażenia mięśni ocznych, zapalenie tęczówki.

Wreszcie, istnieje cały szereg spraw patologicznych w oczodole, w nerwach, kościach i mózgowiu, bądź to na tle przymiotu nabytego, bądź odziedziczonego.

*Scleritis i episcleritis* pochodzenia przymiotowego nadzwyczaj trudno odróżnić od takich, spraw gruźliczych.

*Keratitis parenchymatosa* jako jeden z objawów nabytego przymiotu należy do rzadkich względnie spraw, zwłaszcza, jeżeli zjawia się w drugim roku zakażenia, zwykle poraża jedną tylko rogówkę, szybko poddaje się leczeniu przy pomocy rtęci.

*Keratitis parenchymatosa* w odziedziczonym przymiocie jest sprawą daleko częstszą, poraża obie rogówki, rtęć gorzej działa przy leczeniu, dobrze preparaty jodu.

Gumaty błony rogowej są rzeczą rzadką, występują zwykle w przypadkach dziedzicznego przymiotu.

Pośród objawów, występujących w oku w drugim okresie przymiotu, pierwszeństwo należy się jagodowce, a w pierwszym szeregu błonie tęczowej.

Zapalenie tęczówki bywa u 8% syfilityków. Z ogólnej liczby zapaleń tęczy  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$  ma za tło przymiot.

*Iritis papulosa* lub *condylomatosa* często bywa przyjmowaną za *iritis gummosa*, postać właściwą trzeciorzędnym objawom. Chociaż badania drobnowidzowe Boa's'a wykryły w każdej postaci zapalenia tęczówki obecność drobnych guzików, jednakże klinicznie należy różnić *iritis simplex et plastica* do *iritis papulosa aut condylomatosa*, pierwsza bowiem postać stanowi jeden z pierwszych objawów przymiotu; podług Ba da l'a, występuje nie wcześniej, niż po dwu miesiącach od czasu zakażenia, najczęściej w końcu szóstego i, jakkolwiek zwykle występuje przez pierwsze dwa lata, jednakże spostrzegano ją jeszcze w 30 lat po zakażeniu.

*Iritis* najczęściej występuje w okresie wysypek przymiotowych.

*Iritis gummosa* rzeczywista jest postacią względnie rzadką (2% przypadków zapalenia tęczy przymiotowego). Gumat zwykle pojedynczy. Obiera sobie za siedlisko podstawę tęczkwy, podczas gdy *condylomatu* najczęściej mieszczą się na wolnym brzegu źrenicznym. Bywają jednakże przypadki, gdzie rozróżnić jedną postać od drugiej jest niepodobniństwem.

*Irido-cyclitis* inaczej *iritis serosa* najczęściej bywa na tle przymiotowym. Gumaty ciała rzęskowego dają możność stawiania rozpoznania dopiero wówczas, gdy dzięki swemu wzrostowi stają się widoczne w przedniej komórce, lub też poprzez twardówkę. Zdaniem Pana's'a, większość zapaleń twardówki to twory przymiotowe ciała rzęskowego.

Podług Nitot'a należy zawsze brać pod uwagę, iż każdy guz ciała rzęskowego u syfilityka to prawie że napewno gumat, u niesyfilityka mięsak, lub twór gruźliczy.

Z pomiędzy zmian na tle przymiotu 20% przypada na naczyńówkę, należą one do objawów drugorzędnych; początkowe objawy

*chorioretinitidis* polegają zwykle na nieznacznych zmianach podmiotowych, pod postacią zaciemnień pola widzenia i upadku środkowej ostrości wzroku i photopsyi, w następstwie czego dołączają się objawy przedmiotowe—lekkie zmętnienie w ciele szklistem, biało żółte plamy ogniskowe na naczyniówce w okolicy plamki żółtej zgrubienie żył siatkówkowych, wreszcie później obszerne *plaques* w naczyniówce i miejscowe zmiany zanikowe siatkówki. Obraz taki różni się zwykle od *chorio-iritis disseminata*, postaci, która nie koniecznie bywa pochodzenia przymiotowego.

*Retinitis syphilitica* występuje zwykle na tle zmian odpowiednich w naczyniach, często bywa powikłana wynaczynieniami i daje obraz *retinitis proliferans*. W przypadkach tych, gdzie odpowiednie zmiany występują w końcowych obwodowych naczyniach siatkówki—mamy obraz przypominający *retinitis pigmentosa*.

*Neuritis optica syphilitica* występuje czasem pod postacią zwykłego przekrwienia, czasem pod postacią ostrego zapalenia, a także pod postacią *neuritis retrobulbaris*. Ostrość wzroku zwykle zmniejsza się nieznacznie i powoli, toż samo dzieje się z ograniczeniem pola widzenia.

Zanik nerwu wzrokowego zwykle występuje po 5—10 latach od czasu zakażenia, chociaż spostrzegano go i po dwu latach.

S. Cetnarowicz.

156. D-r Pick. **Zmiany siatkówkowe w przebiegu chronicznych anemii powstałych na tle nowotworów (*retinitis cachecticorum*).** (La clinique ophthalmologique Nr. 2. 1902).

Autor na podstawie wieloletnich badań dna oczu chorych w klinice prof. Lichtheima w Królewcu przyszedł do przekonania, iż w 30—40% przypadków raka żołądka i wątroby spostrzega się pewne zmiany, które należy uważać niemal za patognomiczne dla tych cierpień.

Zmiany te są następujące:

1) Najczęściej spostrzegać się dają zmiany ogniskowe w siatkówce pod postacią plam w pobliżu tarczy nerwu wzrokowego lub naczyń, barwa ich bywa od szarej do zupełnie białej, wielkość różna, od bardzo małych do dużych wystających niemal guzów.

2) Rzadziej bywają wybroczyny krwawe, często z białym środkiem, nie zawsze istnieje bezpośrednie połączenie wylewu z pobliskim naczyńcem.

3) Znacznie rzadziej napotkać można obrzęk tarczy nerwu wzrokowego, różny zresztą od obrazu właściwego zapalenia nerwu wzrokowego i tarczy zastoinowej; jakkolwiek tarcza ma większą objętość, wystaje ponad powierzchnię siatkówki, granice tarczy są mniej jasne, jednakże budowa daje się łatwo rozróżnić, naczynia zdają się być normalne—nierozszerzone i niepokręcone.

Zdaniem Pick'a, za przyczynę tych zmian w siatkówce nie można uważać chronicznej bezkrwistości, właściwej wielu innym cier-

pieniom połączonym bądź ze znacznymi utratami krwi, bądź ze zmianami w ogólnym odżywianiu; na przykład: we wrzodzie okrągłym żołądka przy hemoroidach, marskości wątroby, gruźlicy.

Tutaj, zdaje się, prócz utraty krwi ważną rolę odgrywają zmiany w ogólnym odżywianiu spowodowane rakiem żołądka i, co najgłówniej, sze, toksyny wytwarzane przez guz; podobnie jak przy *retinitis albuminurica* pewne części składowe moczu nie wydzielane z organizmu w *anemia perniciosa* pewne toksyny bliżej nam nie znane, a wywołujące zmiany we krwi i w siatkówce, przy *retinitis septica*—ptomajny, produkt rozkładu substancji białkowych.

Co do charakteru anatomicznego zmian w *retinitis cachecti-corum* autor jest zdania, iż są one także same, jak w *retinitis septica* i *retinitis et anaemia perniciosa*, a więc mamy tu sklerozę włókien nerwowych, zwyrodnienie komórek i włókien siatkówkowych i tworzenie guzików hyalinowych.

S. Cetnarowicz.

157. Plaut i Zalewski. **Drobnoustroje worka spojówkowego po wyluszczeniu worka łzowego.** (Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde. Mai 1901.

Stwierdzono, iż po wyluszczeniu worka łzowego niebezpieczeństwo zakażeń łącznicy znacznie się zmniejsza, lecz fakt ten nie był poparty odpowiednimi badaniami bakteriologicznymi.

Plaut i Zalewski zbadali 40 worków spojówkowych ludzi, którym w czasie różnym, od 10 dni do 7 lat przed badaniem wymienionem powyżej, wyluszczone worek łzowy; z tych 40 worków spojówkowych 30 klinicznie należało uważać za zdrowe. W tych 30 workach znaleziono *xerobacillus* 29 razy, *staphylococcus albus* 17 razy, *staphylococcus aureus* 6 razy, *pneumococcus* 1 raz, *diplobacillus* 3 razy, *sarcina lutea* 5, *pseudogonococcus* 4, *bacterium coli, bacillus Koch-Wecks* po razie.

W 10 zaś klinicznie chorych workach spojówkowych stwierdzono obecność *xerobacillus* 9 razy, *pseudo-bacillus diphteriticus* 2 razy, *staphylococcus albus* 5, *staphylococcus aureus* 3, *diplobacillus* 6 razy, *pseudogonococcus i bacillus Koch-Wecks* po 2 razy. Tak więc, spojówki, które klinicznie uważane być mogą za zdrowe, zawierają stale drobnoustroje chorobotwórcze i w pierwszej linii *xerobacillus*.

S. Cetnarowicz.

158. Dr Sicherer. **Cuprol—nowy środek leczniczy w zapaleniach spojówki.** (La clinique ophtalmologique Nr. 2. 1902).

Cuprol wynaleziony przez d-ra Schwickeroth'a z Bonn est połączeniem miedzi z kwasem nukleinowym, zawiera około 6% jmiedzi.

Kwas nukleinowy jest ekstraktem drożdży piwnych.

Kuprol łatwo rozpuszcza się w wodzie szczególnie gorącej, z płynami białko zawierającymi roztwór jest przezroczysty, nie ścina się, z alkaliami nie daje osadu.

W celu leczniczym używa autor 10% roztworów kuprolu z dodatkiem  $\frac{1}{2}\%$  roztworu chloretonu, (połączenie chloroformu z acetonem), który zabezpiecza go od rozkładania się. Środek ten używany zamiast siarczynu miedzi ma tę wyższość nad ostatnim, iż nie drażni tak silnie tkanki, nie wywołuje bólu, tylko po 10—20 minutach chory nezuwa lekkie pieczenie. Znajduje kuprol zastosowanie jako środek ściągający i zlekką drażniący wszędzie tam, gdzie należy użyć siarczynu miedzi; więc w chronicznych zapaleniach łącznicy przy jaglicy; w ostatniej Snell stosował kuprol *per se* pod postacią proszku wtrząpkiwanego na łącznicę. Sposób ten nie jest bolesny, chorzy łatwo go znoszą i mogą nawet natychmiast po użyciu środka oddawać się swym zwykłym zajęciom, czego dokonać nie mogą po zastosowaniu siarczynu miedzi.

S. Cetnarowicz.

159. D-r von Hymen. **Jodypina w okulistyce.** (La clinique ophtalmologique Nr. 1 1902).

Od czasu kiedy Pagenstecher zwrócił uwagę, iż, chcąc osiągnąć pożądaną skutek leczniczy przy stosowaniu preparatów jodu, należy podawać je w dużych dawkach i, że często jodek potasu lub sodu nawet w takich ilościach, jak 20—25 gramów *pro die* łatwiej bywa znoszony przez chorych niż zwykle dotychczas podawane dawki, poczęto tu i owdzie przynajmniej w tych razach, gdy małe ilości jodu zawodziły, stosować tę radę larga manu.

Jednakże, pomijając przypadki idyosynkrazji jodowej, w wielu razach przy stosowaniu jodu przez czas dłuższy i w większych dawkach spostrzegamy to przykrą i uporeczywą wysypkę, to objawy niepożądane ze strony kanału pokarmowego, to wreszcie obrzęki powiek, zapalenie łącznicy i t. p. przypadłości, zniechęcające do użycia nadal preparatu tak chorego jako też i lekarza.

Dzięki pracom Winternitz'a nad przemianą połączeń tłuszczowych jodu w organizmie, puszczone w obieg preparat jodu—połączenie tegoż z obojętnymi tłuszczami pod nazwą jodypiny.

Jodypina nie drażni błony śluzowej żołądka, ulega zmianom dopiero w kiszkiach, gdzie się wsysa, w przeciwieństwie do jodku potasu, wydzielanego zwykle z ustroju w ciągu 24 godzin, pozostaje dłuższy czas w tkance tłuszczowej, zkad powoli i przez czas dłuższy wydziela się nazewnątr.

Z doświadczeń Winternitz'a na zwierzętach wynika, że jodypina, dostawszy się do ustroju bądź to przez przewód pokarmowy, bądź drogą podskórnych wstrzykiwań, rozmieszcza się w różnych organach (w szpiku kostnym, w wątrobie, mięśniach i t. d.) i, że



w 53 dni po ostatniej dawce jeszcze można było wykryć ślady jodu w moczu.

W przeciwstawieniu do jodku potasu, po zastrzyknięciu podskórnym jodypiny wykrywano jod w moczu dopiero w 2 lub 3 dni, po przyjęciu jodypiny *per os* wykrywano jod w moczu po 24 godzinach.

Własności lecznicze jodypiny tłoczą się należycie przez wolne jej wydzielanie się z organizmu bez najmniejszych objawów jodyzmu.

Do wewnątrz należy podawać preparat w roztworze 10% po 3 łyżki stołowe dziennie (2 grm. jodu dziennie). Nie podawać jodypiny na noc po jedzeniu, lepiej przed takowem, by przykry smak tłuszczu pokryć pokarmem, zresztą można stosować jodypinę w kapsułkach żelatynowych.

Najlepiej, jak zresztą wiele innych leków, stosować jodypinę podskórnie. Dziesięć wstrzyknięć 10—15 ctm. sześciennych 25% jodypiny odpowiada 2—3-miesięcznemu podawaniu tegoż środka *per os*; wstrzykiwania należy uskuteczniać co drugi, lub trzeci dzień; są one prawie bezbolesne, powikłań dotychczas nie spostrzegano.

Ra d e s t o c k z Drezna stosuje prócz wyżej wymienionych sposobów podawania środka trzeci, mianowicie wcierania jodypiny — jak szaruchy.

Zastosowanie, rzecz prosta, ma jodypina wszędzie tam, gdzie mamy wskazanie do użycia jodu, więc prócz spraw specyficznych, w cierpieniach oczu na tle skrofulicznym, w cierpieniach jagodówki, w zmetnieniach w ciele szklistem, głębokich sprawach zapalnych twardówki bez względu na etiologię cierpienia, w zmianach właściwych wysokim stopniom krótkowzroczności, wreszcie jako środek znakomicie przyspieszający wessanie się mas korowych przy rękoczynach na soczewce.

S. Cetnarowicz.

160. D-r E. Gallemaerts. **Leczenie zapaleń rogówki za pomocą elektrolizy.** (La clinique ophtalmologique Nr. 1. 1902).

Autor zachęcony dobrymi wynikami, otrzymywanymi stale przy leczeniu jaglicy i nacieczeń rogówki tegoż pochodzenia za pomocą elektrolizy, począł stosować tenże zabieg z dobrym skutkiem w innych cierpieniach błony rogowej, szczególniej zaś w zapaleniach rogówki na tle skrofulicznym, gdzie dłużej stosowane a cieszące się ogólnem uznaniem dotychczasowe leczenie zawodziło.

Stosować należy prąd nieprzewyższający 2 miliamper; elektrodę dodatnią umieszcza się na skroni lub w okolicy policzka, ujemną zaś stanowiącą zwykle widelki Wecker'a do elektrolizy ziaren jagliczych lub igłę platynową, jaką się posługujemy przy elektrolizie rzęs, przeprowadza się szybko po zmienionej tkance rogówkowej; w razie całego zajęcia rogówki (*pannus*) oprowadza się elektrodę naokoło rogówki (*peritomia*). Dotknięcia winny być powierzchowne i szybkie; w sprawach zajmujących całą rogówkę uciekać się winno do nar-

kozy chloroformowej, przy mniej rozległych sprawach dostatecznym jest znieczulenie miejscowe za pomocą kokainy. Używając widełek *W e c k e r'a*, wystarcza posilkować się tylko jedną nóżką takowych. Stosowanie lecznicze elektrody poprzedziły doświadczenia na zwierzętach, które autor przeprowadził bardzo skrupulatnie z uwzględnieniem siły prądu, czasu trwania działania prądu i badaniem drobnostwowem poddanych elektrolizie rogówek zwierzęcych.

*S. Cetnarowicz.*

161. *O. Schirmer*. **Leczenie ran drążących zakażonych gąłki ocznej.** (v. Graefe's Archiv. LIII).

Opierając się na dodatnich skutkach, osiągniętych przez leczenie za pomocą rżęci sympatycznego zapalenia oczu, autor takż metodę stosuje przy ciężkich powikłanych zakażeniem zranieniach gąłki ocznej, przyczem rżęc, jak w pierwszym razie, tak i tutaj ma znaczenie środka przeciwnielego i przeciwzapalnego. Dzięki takiemu leczeniu, więcej niż w połowie ciężkich zranień gąłki otrzymał *Schirmer* dobre wyniki z zachowaniem większej lub mniejszej ostrości wzroku: w 60% przypadków zapalenia jagodówki włóknikowego i w 65% przypadków zapalenia teje błony ropnego.

Działać należy energicznie i jaknajwcześniej, stosując wcierania rżęciowe; dla dorosłych mężczyzn 8 — 9-gramowe, dla kobiet 6 — 8, dla dzieci 3-gramowe. Wcierania winny być stosowane dwa razy dziennie rano i wieczorem; w przypadkach wymagających szybkiego działania, więc w przypadkach ropnego zapalenia jagodówki do wcierań można jeszcze dodawać wstrzykiwania wewnątrzmięśniowe rżęci.

Wcierania winny być przez czas dłuższy stosowane, przyczem dawki należy stopniowo zmniejszać, by odrazu nie przerywać leczenia i tem samem nie spowodzić ciężkich nawrotów cierpienia.

Miejscowo stosuje *Schirmer* atropinę, gorące okłady, opaskę, przyżeganie za pomocą galwanokauteru brzegów rany, paracentezę przedniej komórki, wstrzykiwania podłącznicowe początkowo sublimatu 1:2000, później chlorku sodu 2% i wprowadza do przedniej komórki laseczki jodoformowe. Wreszcie, radzi nie wcześniej niż w trzy miesiące po zupełnem uspokojeniu się sprawy ze względu na mogące nastąpić ciężkie powikłania, przedsiębrać zwykłe w tych razach, ostateczne, a mając, na celu pozyskanie największej ostrości widzenia, zabiegi operacyjne.

*S. Cetnarowicz.*

162. *W. Gortaloff*. **Leczenie jaglicy za pomocą ichtarganu.** (Medicinische Central Zeitung. Nr. 5. 1902).

Autor jednocześnie leczył jaglicę o jednakowym mniej więcej stopniu nasilenia za pomocą różnych używanych w tych razach środków, przyczem ichtargan dawał mu stale najlepsze wyniki, szczeół-

niej w przypadkach o obfitej wydzielinie. Stosował Gortaloff 1% roztwór ichtarganu pod postacią pędzlowań łącznicy za pomocą wacika nawiniętego na pałeczkę.

Skutki tak pomyślnego działania środka przypisuje autor połączoneму działaniu srebra i ichtyolu, skąd wynika działanie ściągające i przeciwgnilne.

*S. Cetnarowicz.*

163. D-r Gallus. **Leczenie opadnięcia siatkówki za pomocą metody Dor'a.** (Zeitschrift für Augenheilkunde. XII. 1901).

Metodę Dor'a stanowią połączone następujące zabiegi:

Wstrzykiwania podspojówkowe 30% roztworem chlorku sodu przyżegania odpowiednich miejsc twardówki za pomocą żegadła, stosowanie upustów krwi na skroni i sześciotygodniowe stałe przebywanie chorego w łóżku. Jest to sposób bardzo przykry dla chorego ze względu na konieczność długiego pozostawiania zkadinał zdrowego człowieka w łóżku, jednakże daje on bodaj najlepsze wyniki ze wszystkich innych sposobów leczenia tego ze wszech miar ciężkiego cierpienia oka. Wstrzykiwania podspojówkowe koncentrowanych roztworów soli kuchennej dzięki osmozie sprzyjają znikaniu wysięków podsiatkówkowych; przyżegania twardówki, rozmiękczejąc ostatnią, ułatwiają przesiąkanie płynów, wreszcie odciąganie krwi ze skroni sprowadza pewne, mało znane, lecz wpływające bądź co bądź korzystnie na wewnątrzgałkowe krążenie, zmiany.

W pięciu przypadkach na ośm otrzymał Gallus zupełne przyklejenie siatkówki, jakkolwiek nie na całej przestrzeni przyklejenia powróciła czynność fizyologiczna błony.

Sposób Dor'a zaleca autor tam wszędzie, gdzie się ma do czynienia z pierwotnym wysiękiem podsiatkówkowym, z pęknięciem siatkówki lub bez takowego. Im przypadek świeższy, tem więcej szans na szybkie i zupełne wyleczenie, nawet nawroty cierpienia mogą być skutecznie leczone za pomocą metody Dor'a.

*S. Cetnarowicz.*

## VI. Wiadomości terapeutyczne.

164. (jz). **Ascites.**

D-r Loustverk zaleca w otoku brzuszny pochodzenia sercowego i nerkowego pyoktaninę po 0,03 grm. dziennie w dawce po 0,01 grm. Z 11 chorych u 9 już po kilku dniach wystąpiła znaczna poprawa: działalność serca się

wzmogła, ilość płynu w otrzewnej zmniejszyła się. L. radzi podawać pyoktaninę w 3 godz po jedzeniu. (La Sem. méd. 14).

165. (T.B.) **Chloreton.**

Chloreton, jako środek nasenny, stosował z dobrym wynikiem Cappelletti u chorych umysłowych.

Ujemnego wpływu na tętno i oddechanie nie zauważył, za wyjątkiem starców z miażdżycą naczyń. Dawka: 1,0 — 2,5; dla starców i chorych na serce do 1,0.

(Rif. med. 1901. 4, p. 614).

166. (jz.) **Combustio.**

Karitonow zaleca stosowanie nadmanganianu potasu w oparzeniach wszystkich stopni, zwracając uwagę, że środek ten może być stosowany bez obaw na znacznych nawet powierzchniach i zmniejsza ból, znieczulając zakończenia nerwów.

(S. m. 13).

167. (jz.) **Hyperemesis gravidarum.**

Przeciw wymiotom u ciężarnych Castelli zaleca lawatywy o składzie następującym:

Rp. Natri chlorati 5,0  
Natri sulfurici 10,0  
Veratrinii 0,001  
Aquae dest. 1000,0

MD. Lawatywy powyższe robi co 2 godziny aż do zniknięcia bólów żołądka.

(S. m. 12).

168. (jz.) **Pruritus vulvae. Vaginitis.**

Simpson już 40 lat temu zalecał w tych cierpieniach reżymę n. pudendi interni: metodę tę

wznowił E. Taveli i zaleca ją gorąco w tych przypadkach, ostrzega tylko, aby oszczędzać gałzki rzeci.

(S. m. 8).

169. **Peritonitis tuberculosa.**

Baginsky ponownie przypomina stosowanie wcierań mydła szarego w peritonitis tbc. Świeżo stwierdził to u 3 dzieci. Nie jest on zdania, aby środek ten wykluczał laparotomię, radzi jednak zawsze próbować go przed zabiegiem chirurgicznym. (S. m. 6).

170. **Pruritus cutis.**

W swędzeniu skóry zalecają:

Rp. Mentholi 10,0  
Aeth. petrol. 5,0  
Glycerini 10,0  
Spir. vini 200,0  
Rp. Menth. 2,0  
Chloroformii 18,0  
Aeth. sulf. 30,0  
Rp. Epicarini 5,0  
Aeth. sulf. 25,0  
Spir. vini 200,0  
Rp. Chloral hydr.  
Acid. carbol. aa 0,5  
Ol. olivar. 50,0  
Rp. Icthyoli 10,0  
Spir. vini  
Aeth. sulf. aa 40,0  
(C. f. Ther. 2).

## V. Z towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 4 lutego 1902 r.

I. Sekretarz stały odczytał krótki nekrolog zmarłego prof. Axel. Key'a w Stokholmie.

II. Borzymowski przedstawił preparat pomyślnie wyjęty przez laparotomię z 30-letniej kobiety, stanowiący rzadkość kliniczną i anatomiczną, mianowicie *włókniak formy nerkowatej*, wielkości głowy dorosłego człowieka, pochodzący z włókien mięsnych, znajdujących się w więzach szerokich macicy. W literaturze francuskiej zanotowano dotąd 42, a w niemieckiej 49 guzów pochodzących z więzów szerokich.

III. Brudziński przedstawił chłopca lat 8 z *exostosis multiplex* (cały kościec usiany jest wyrosłami wielkości od ziarna grochu do dużych sopli).

IV. Kępiński M. przedstawił przypadek operacji plastycznej, wykonanej na gałce ocznej, gdzie brak twardówki pokryto kałkiem łącznicy.

V. Szteyner przedstawił 20-letniego młodzieńca, któremu przed 11-ma miesiącami dokonał operacji *przeszczepienia nerwu twarzowego do nerwu dodatkowego Willis'a*. Wskazaniem do operacji był zupełny bezwład nerwu twarzowego prawego, powstały na skutek dwukrotnego postrzału w przewód uszny zewnętrzny. Poprawa następowała bardzo powoli, i dopiero teraz po upływie 11-u miesięcy chory może zamykać oko, poruszać kątem ust, gwizdać i t. d.

VI. Ignacy Grundzach przedstawił *przyrząd do mięsienia brzucha* w postaci kawałka drzewa twardego, gładko obtoczonego tak, aby ręka mogła dobrze go ująć. W półkuliste wydrążenie tego kawałka drzewa wtłoczona jest kulka również z drzewa twardego, swobodnie obracająca się w owym wydrążeniu. Przyrząd ten zaleca się swoją lekkością i tem, że tarcie spowodowane jest do minimum.

W dyskusji R. Skowroński zaznacza, że, zdaniem jego, przyrząd ten celowi nie odpowiada i działać może na chorego tylko przez sugestję.

Pruszyński i Edw. Zieliński ostrzegają przed daniem przyrządu do masażu w ręce chorego.

W odpowiedzi Skowrońskiemu Grundzach zaznacza, że skuteczność działania nie polega na posuwaniu zawartości kiszki, lecz na tem, że wpływamy na naczynia, nerwy i zwoje nerwowe, jakoteż na warstwę mięsna kiszki.

Pruszyńskiemu i Edw. Zielińskiemu odpowiada G., że kula drzewniana nie może choremu wyrządzić żadnej krzywdy, że chory, prędko oswajając się z przyrządem, uczy się umiejętnie go używać, nie naprężając mięśni brzucha.

VII. Stanisław Kopczyński przedstawił szereg preparatów mikroskopowych z przypadku *meningo-myelitis lumbo-sacralis syphilitica* z niezwykle zaburzeniami odżywczemi.

VIII. Jan Borzymowski wypowiedział odczyt: „O nowym sposobie leczenia pooperacyjnego ostrego ropnego zapalenia stawu kolanowego“.

Przy terażniejszych sposobach leczenia ciężkich zapaleń ropnych kolana pozostają zazwyczaj zesztynienia i choremu często grozi amputacja, a nawet ogólne zakażenie. Główna przyczyna zlego leży, według B., w niedostatecznym odpływie ropy przez otwory artrotomiczne, dokonywane zwykle na przedniej ścianie torebki stawowej t. j. w miejscach najwyżej położonych względem innych części stawu—przy zwykłej leżącej pozycji chorego.

Przeciwotwór w dole kolanowym, zalecany przez König'a, nie rozstrzyga sprawy, gdyż robiony jest na zewnętrznej połowie

stawu i drenuje tylko jedną zewnętrzną jego połowę, bowiem staw kolanowy podzielony jest na dwie połowy więzami krzyżowymi. Nowy sposób, stosowany już w jednym przypadku przez B., polega na obracaniu chorego na brzuch w czasie leczenia po artrotomii. W tej pozycji otwory astrotomiczne zajmują najniższe miejsca względem wszystkich innych części stawu, przez co zatrzymanie się ropy staje się fizycznym niepodobieństwem. Ze względu na to jednak, że taka pozycja jest dla chorego męcząca, mówca zaleca ułożenie chorego ze zgiętym kręgosłupem i z pochyleniem tułowia na stronę zdrową. Zgięcie kręgosłupa osiąga się przez podłożenie wałka z poduszki pod brzuch i klatkę piersiową, pod głowę trzeba dać drugi wałek, a pomiędzy 1-m i 2-m zostawić miejsce na ręce.

Oprócz leczenia pooperacyjnego ropnego zapalenia kolana sposób ten może mieć zastosowanie w ranach zakażonych i ropniach otrzewny i osierdzia.

W dyskusji Krajewski zwraca uwagę prelegenta, że kwestya zatrzymywania się ropy w uchyłkach stawowych bardzo detalicznie była rozbierana w różnych monografiach. Metoda artrotomii, opisana dawno już przez Kołomnina, a polegająca na tem, że przeprowadza się gruby dren pomiędzy kłykcami kości udowej do dołu podkolanowego, dała K. bardzo dobre wyniki. Zresztą, ropne zapalenie stawu kolanowego, zależnie od jadowitości wywołujących je drobnoustrojów, przebiega bardzo rozmaicie i ustępuje przy stosowaniu najrozmaitszych zabiegów. W lżejszych przypadkach np. wystarcza opróżnienie stawu trójgrańcem raz lub kilkakrotnie lub najwyżej zastrzyknięcie jakiegoś środka przeciwnilnego; w cięższych należy zrobić rezekcyę stawu, w jeszcze cięższych amputacyę. Sądząc z opisu, przypadek mówcy należał do lżejszych i wystarczyłoby, zdaje się, opróżnienie trójgrańcem, połączone z przemyciem stawu bez uciekania się do nowego sposobu; wogóle, na podstawie tego jednego przypadku zalecać nowego sposobu leczenia nie należy. Dalej K. wyraża zdziwienie, że B. ani słówkiem nie wspomniał o rzeczy tak pierwszorzędnej wagi, jak ułożenie samej kończyny; ani o tem, czy chore kolano dotyka przednią powierzchnią pościeli, czy też jest zawieszane w powietrzu. Zdaniem K., ułożenie chorego na brzuchu po artrotomii przyniesie tylko bardzo wątpliwe korzyści, a stanie się źródłem wielkich męczarni dla chorego.

Sawicki zaznacza jeszcze raz skuteczność metody Kołomnina i twierdzi, że ujemne wyniki po artrotomii nie zależą wyłącznie, jak sądzi B., od niedostatecznego odpływu ropy z jamy stawowej, a przebieg ropnego zapalenia stawu kolanowego zależy głównie od rodzaju zakażenia. W jednym przypadku, pomimo wykonania artrotomii, pomimo najzupełniejszego odpływu ropy, pomimo po dwakroć dziennie dokonywanych przemywań i opatrunków, zakażenie wzmagalo się i należało wykonać amputacyę. W tego rodzaju przypadkach, oczywiście, ułożenie chorego na brzuchu nie może mieć żadnego znaczenia. S. sądzi zresztą że położenie takie sprawiałoby choremu znaczne bóle.

Szteyner zaznacza, że autor nie wspomina o tak ważnej metodzie Koenig'a, jak wycięcie rzepki, operacji wskazanej w najcięższych przypadkach. Drenowanie, według S., może być niebezpiecznym, ze względu na możliwość przy nieostrożności przedziurawienia tętnicy kolanowej.

Lapiński uzupełnia przemówienia poprzednich mówców, przypominając o operacji wycinania całkowitego lub częściowego torebki stawowej (Synoviectomia), która często w ciężkich przypadkach bywa źródłem zakażeń.

Borzymowski w odpowiedzi Krajewskiemu zaznacza, że mówiąc o leczeniu „pooperacyjnym“ resp. po artrotomicznym, tem samem nie wspominał o rozmaitych ogólnie znanych sposobach przedoperacyjnych lub operacyjnych, jako tematem jego nie objętych. Sposobu swego B. nie opiera na jednym swoim przypadku, a na teoretycznym rozumowaniu. Co do sposobu Kolonnina B. uważa go za nieracjonalny, bowiem drenuje tylko zewnętrzną połowę stawu, a wewnętrzną wcale nie; pozatem zaś wątpi, aby można było przesunąć gruby korcang pomiędzy mocno przylegającemi do siebie powierzchniami stawowemi. W położeniu na brzuchu noga nie zawiesza się, tylko unieruchamia dwoma bocznymi fornirami i podkłada się mała poduszka pod zgięcie golenio-skokowe. Dwa szerokie forniry i opatrunek w zupełności chronią kolano od opierania się na łóżko. Sawickiemu odpowiada, że stawia tylko gorączkę w zależności od zatrzymywania się wydzieliny ropnej, ale przez to nie chce identyfikować jednego z drugim. Szteynerowi B. odpowiada, że dlatego nie wspominał o sposobie rezekeji rzepki, bo o nim nie wiedział; gdyby jednak o nim wiedział, to takżeby nie wspominał, bowiem nie widzi, dlaczego miałby być skuteczniejszym od innych. Lapińskiemu B. odpowiada, że chociażby synoviectomia miała być dobrą, to wymaga jednak zrobienia b. poważnego urazu, jakiego unikamy przy omawianym sposobie. W odpowiedzi Krajewskiemu na wzmiankę jego, że można drenować obie połowy stawu przez zrobienie druciego przeciwotworu, B. zaznacza, że nigdy nie poważyłby się tego uczynić ze względu na przebiegające w tem miejscu duże pnie naczyniowe. Na zakończenie dyskusyi B., reasumując zarzuty, zaznacza, że koledzy-oponenci wcale nie krytykowali logiczności nowego sposobu, tylko chwalili obecne sposoby, którymi jednak niepodobna się zadowolnić, i przewidywali trudności znoszenia przez chorych ułożenia na brzuchu, czego dowieść może jedynie praktyka.

*Posiedzenie z d. 18. II 02 r.*

I. Biro przedstawił przypadek choroby Addisona, u 26-letniego mężczyzny. Chory skarżył się na ogólne osłabienie od roku i bóle tępe w lędźwiach i ponad niemi od 6 miesięcy; od 10 lat cera ściemniała.

II. Witold Żurakowski przedstawił chorą, 68-letnią praczkę, z niezwykłym pod względem, umiejscowienia i wyglądu nowotworem, który po zbadaniu wyciśniętej z niego zawartości (Dmochowski) okazał się rakiem. Nowotwór umiejscowił się na grzbie-

cie prawej ręki i przedstawia się w postaci zwiniętej w krąg kielbasy, grubości dużego palca ręki dorosłego człowieka, wśrodku zaś tego kręgu jest płaszczyna bliznowa, nieco chropowata; nowotwór odcina się wyraźnie od zdrowej, otaczającej skóry, jest suchy, nie krwawi, nie rozpada się i nie sprawia chorej żadnej dolegliwości, choć wymiary jego stale się powiększają.

III. Fl a t a u demonstrował preparaty drobnowidzowe z przypadku myastenii, obserwowanego przez Goldflama. Przypadek ten dotyczył 34-letniego służącego, u którego G. stwierdził myastenię już w r. 1891 (objawy paretyczne w górnych i dolnych kończynach, trudność w mówieniu i polykaniu, porażenie podniebienia miękkiego i gardzieli, mowa nosowa, osłabienie ruchów szczęki dolnej, szybkie męczenie się przy żuciu, obustronny lagophtalmus). Po 5-letnim okresie zdrowia, w r. 1897 nastąpił nawrót, a w r. 1900 śmierć. Poza objawami myastenicznymi znaleziono w 1899 r. stłumienie na klatce piersiowej, kaszel i duszenie się (tumorpulmonis dextri). *Badanie pośmiertne* wykazało lymphosarcomat prawego płuca. W układzie nerwowym makroskopowo stwierdzono jedynie przekrwienie piaie matris wraz ze zmętnieniem wzdłuż jej naczyn. Mikroskopowo przy stosowaniu metod Nissla, Weigert'a i Marchi'ego żadnych zmian ani w ośrodkowym, ani w obwodowym układzie nerwowym nie zdołano stwierdzić. Z mięśni zbadano: m. flexor antibrachii-dextri, m. biceps dexter, m. deltoideus sin, m. soleus sin, m. quadriceps sin. W mięśniach tych znaleziono rozsiane ogniska (nacieczenia drobnokomórkowe), których budowa odpowiadała zupełnie ogniskom, jakie stwierdził Goldflam w lewym mięśniu naramiennym, wyciętym jeszcze za życia chorego. Ogniska te składają się przeważnie z jednojądrowych komórek podobnych do ciałek limfatycznych. Jądra są przeważnie okrągłe. Ogniska mają wygląd gwiazd (na przecięciach poprzecznych) lub okrągłych, wrzezionowatych skupień (na przecięciach podłużnych) i leżą w istocie śródmiąższowej, przechodząc również na otaczającą tkankę mięśniową. Włókna mięśniowe wykazują w samych ogniskach zmiany zanikowe. Mówca sądzi, że zmiany wykryte w danym przypadku w mięśniach, a stanowiące, być może, analogicznie do przypadku Weigert'a i Lagner'a, przerzuty limfosarkomatu, nie wyjaśniają nam istoty cierpienia.

W dyskusyi D o w n a r o w i c z ó w n a zaznacza, że w kilku przypadkach myastenii znaleziono znaczne zmiany w naczyniach krwionośnych układu nerwowego (rozszerzenia aneuryzmatyczne, zgrubienia ścianek naczyniowych, wykroczyzny krwawe). W danym przypadku Goldflama znaleziono makroskopowo przekrwienie mózgowia i zmętnienie opony miękkiej w kierunku naczyń. Zmiany te mają znaczenie wobec istnienia przypuszczenia, że chorobę Erb'a, zdaniem niektórych, należy zaliczać do polioencephalitis sup. et. inf. chronica lub subacuta. Z 13 przypadków sekeyjnych do 1898 r. w 9 znaleziono większe lub mniejsze zmiany w naczyniach krwionośnych, a w 4-ch zaś prócz tego w elementach nerwowych: zwyrodnienia korzeni nerwowo-czaszkowych, zmiany w komórkach nerwowych.



Dejerine i Thomas znaleźli w zeszłym roku w przypadku myastenii zmiany w korze mózgowej i znaczne zwyrodnienie pęczków piramidalnych na przebiegu w pniu mózgowym. Takież zmiany w pęczkach piramidalnych znalezione były w przypadku, ogłoszonym przez D. w 1898 r. W przypadku Widal'a i Marinesco znaleziono zmiany w komórkach odpowiednich ośrodków nerwowych; klinicznie spostrzegano osłabienie w kończynach i tułowiu, a badanie pośmiertne wykryło zwyrodnienie pęczków piramidalnych.

Steinhaus zaznacza, że wobec braku preparatów z guza, rozpoznanego przez prof. Przewoskiego jako limfosarkomat, nie ma możności porównania nacieczeń mięśniowych z owym guzem i dlatego też nie można twierdzić z pewnością, że one są przerzutami limfosarkomatu; jednakże istnieje duże prawdopodobieństwo. Kiedy S. pierwszym razem widział te preparaty mięśniowe, wyraził już przypuszczenie, że są to przerzuty nowotworowe, nie wiedząc nic jeszcze o wyniku badania pośmiertnego płuc, bowiem wtedy wykluczyć można było z zupełną pewnością zarówno sprawę zapalnej, jak i leukemicznej natury. Sekcyja w danym przypadku i przypadek Weigert'a utwierdziły S. w przekonaniu co do nowotworowego pochodzenia nacieczeń. Jednakże kwestya anatomii patologicznej myastenii pozostaje nadal nierozwiązaną.

Obok nacieczeń wspomnianych znalazł S. w mięśniach inne jeszcze zmiany, o których Fla t a u nie wspomniał, mianowicie zmiany wsteczne, zanik włókien i zanikowe bujanie jąder mięśniowych dowodzące, że myastenia pozostawia jednak zmiany w mięśniach, które są siedliskiem objawów chorobowych.

Janowski Wł. zapytuje mówcę, jakiego rodzaju białe ciała krwi spostrzegał w ogniskach pośród mięśni. W niektórych przypadkach myastenii znajdowano mięsaki limfatyczne (lymphosarcomata) w płucach z przerzutami do różnych narządów. Dla takich nowotworów charakterystyczne są wyłącznie komórki jednojądrowe, t. zw. limfocyty. Gdyby więc limfocyty wchodziły w skład ognisk, spostrzeganych przez F., to przemawiałoby toza tem, że ogniska te są przerzutami nowotworu. Nie przesądzałoby to jednak patogenezy danego przypadku, a tem mniej patogenezy myastenii wogóle.

Fla t a u w odpowiedzi Downarowiczównie zaznacza, że przy terażniejszym stanie wiedzy o zmianach histopatologicznych w myastenii, niepodobna określić patogenezy tego cierpienia, gdyż zmiany dotychczas spostrzegane nie są ani stałe, ani jednolite. Steinhausowi F. odpowiada że, pomijając nieznaczne zmiany zanikowe w mięśniach, włókna mięśniowe zachowały swą budowę normalną. Janowskiemu F. odpowiada, że nacieczenia drobnowidzowe składały się przeważnie z komórek jednojądrowych; wobec braku badania drobnowidzowego znalezionej w tym przypadku nowotworu, niepodobna jednak twierdzić z całą pewnością, że ogniska w mięśniach stanowią przerzuty tego nowotworu.

IV. Stankiewicz Cz. przedstawia szereg preparatów anatomicznych i drobnowidzowych z zakresu *nephrectomii* i *instrumentarium kryoskopowe*, a więc ciepłomierz Beckm a n'a oraz bardzo

prosty przyrząd do zamrażania moczu pomysłu kol. Serkowskiego. W dyskusji Pruszyński zaznacza, że w pierwszym przypadku, omawianym przez S., należało przed operacją nephrectomiae, przy pomocy katetyrzacyimoczowodów zbadać stan drugiej nerki, a wtedy mógłby uniknąć przykrej niespodzianki zejścia śmiertelnego pacjentki z powodu niedostateczności drugiej nerki. Przed operacją wycięcia nerki należy zawsze zbadać moczu z każdej nerki oddzielnie. Z prób, przeprowadzanych w tym kierunku przez prelegenta, najcenniejsze wskazówki daje kryoskopia, a następnie próba florydzynowa. Próby barwnikowe, zwłaszcza przy zastosowaniu błękitu metylenowego, mogą być również przydatne zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie chodzi o wykazanie nieprzepuszczalności nerki przy t. zw. niedostateczności funkcjonalnej wzmożonej czynności nerek i różnych dotychczas klinicznie nieuchwytnych jeszcze objawów, chwilowej niedostateczności peryodycznej i t. d. Natomiast w przypadkach zapalenia nerek błękit metylenowy nie da wyników dokładnych, bowiem białko przy określaniu chromogenu (w postaci którego może wydzielać się błękit) strąca się przez utlenianie kwasem octowym i przy nagrzewaniu, pochłaniając barwnik. Potrzebne są nowe badania, które uwzględniłyby zachowanie się tego barwnika w cierpieniach innych narządów.

Wł. Janowski uważa za szczęśliwy zbieg okoliczności, że wyniki badania kryoskopowego oraz przy pomocy błękitu metylenowego dały prelegentowi przed operacją wnioski jednobrzmiące, bowiem sądzi na podstawie swego doświadczenia dotychczasowego, że metoda badania czynności nerek przy pomocy błękitu metylenowego daje wyniki niepewne. Wykonywanie prób z florydzyną jest zupełnie dla ustroju nieszkodliwe, bowiem cukromocz jest tutaj wyłącznie nerkowego pochodzenia (florydzyzna rozkłada się w ustroju na floretynę i florozę; ostatnia przechodzi w nerkach w dekstrozę i, jako taka, zostaje wydzieloną z moczem). W tych próbach nie występuje nigdy glikemia, więc niema niebezpieczeństwa zatrzymania się w ustroju produktów niedostatecznego spalania się węglowodanów. Pruszyńskim u J. powtarza, że wyniki doświadczeń z błękitem metylenowym są niedokładne, choć nie przesądza, od czego niedokładność owa zależy. Co do florydzyzny, to z doświadczeń Mehring'a wynika, że cukromocz musi być tem większy, im więcej florydzyzny wprowadzono do ustroju.

Prezes zaznacza doniosłość badań kryoskopowych wykazujących ciekawe fakty co do pracy zastępczej drugiej nerki. Opierając się na teorii Ludwiga-Koranyi'ego, można określić nietylko to, że jedna nerka gorzej funkcjonuje, ale i to—jakie jej części są dotknięte. Według tych autorów, woda wydziela się wraz z Cl w kłębkach, dalej w kanalikach krętych następuje dyfuzja tego rodzaju, że Cl przenika do komórek kanalików krętych, a stamtąd do moczu dostaje się mocznik i t. p. W przypadku S. punkt kryoskopowy jest bardzo niski, co dowodzi, że z kanalików pierwiastki moczu wcale prawie nie dyfundują.

Steinhauś zaznacza, że, jeżeliby istotnie w danym przy-

padku przy dużej stosunkowo zawartości soli mineralnych, a małej innych części składowych (moczniaka, moczanów i t. d.) kłębki okazały się zdrowymi, a przynajmniej zdrowszymi od kanalików krętych, mielibyśmy potwierdzenie teorii Ludwiga. Natomiast, przeglądając preparaty St., mówca zauważył szkliste zwyrodnienie wielkiej ilości kłębków, a więc zmiany w tej części nerki, które w myśl tej teorii powinny być zdrowe.

Stankiewicz w odpowiedzi Prezesowi zaznacza, że teoria Koranyi'ego znalazła potwierdzenie w pracy Bujniewicza (streszcz. w „Nowinach lekarskich“). Ilość chlorków w danym przypadku była określana b. dokładnie tak z przetoki, jak i ze zdrowej nerki. Ilość ta w obu razach była jednakowa. Pruszyński mu odpowiada, że operacja w 1-ym przypadku była wykonaną przed 5-u laty, kiedy jeszcze nie było wiadomo o dyagnostyce czynnościowej każdej nerki osobna. Z Janowskim zgadza się, że próba Aschard'a (z błękitem metylenowym) nie zawsze daje pewne wyniki; w danym jednak razie miała dobre zastosowanie, gdyż chodziło tylko o różnicę w czasie ukazania się barwnika przez jedną i przez drugą nerkę. Próbę florydzynową. S także stosował u swej pacjentki, ale, jak to wykazuje przypadek Schaut'y (brak cukromoczu przy zupełnie zdrowej nerce) i ta próba nie jest zupełnie pewną, choć zupełnie dla ustroju nieszkodliwą.

V. Józef Brudziński wygłosił odczyt p. t. „Przymiot dziedziczny u niemowląt, obarczonych tem cierpieniem.“

Przy rozpoznaniu przymiotu dziedzicznego następcząją się często poważne trudności, zwłaszcza wobec braku dokładniejszych wywiadów. Nawet wyraźne postaci, jak syphilis papulosa mogą wprowadzać w błąd. Jako dowód służyć może postać opisana przez Parrot'a pod nazwą *syphilide lenticulaire*, której późniejsi autorowie nie uznają za cierpienia przymiotowe (dermatitis posterosiva papulosa). B. zwraca uwagę na jeszcze jedną postać przymiotu dziedzicznego u niemowląt, uznaną za przymiotową przez Kozerskiego po dłuższej obserwacji odnośnych niemowląt w Domu Wychowawczym przy szpitalu Dzieciątka Jezus. Postać ta przedstawia się w ten sposób: na pośladkach czerwone, błyszczące nacieczenia, również czerwone, błyszczące pięty, niekiedy podeszwy; pozatem bardzo często niema żadnych innych objawów ani na skórze, ani na błonach śluzowych. Fakt, że niemowlęta takie zarażały niekiedy mamki, potęrdza przypuszczenie Kozerskiego, że jest to postać przymiotu dziedzicznego. I tu jednak możliwe są często błędy rozpoznawcze: niektórych niemowląt napotykamy takie same objawy, które znikają jednak po paru dniach nie tylko bez swojego leczenia, ale, wogóle, bez żadnego leczenia przy zachowaniu czystości, i mamki karmiące takie niemowlęta pozostają zdrowymi. Na dowód przytacza B. szereg historii chorób dzieci, obserwowanych przez 8—9 miesięcy.

Co do kwestyi karmienia niemowląt, obarczonych przymiotem dziedzicznym, kwestyi, która wobec ogromnej ich śmiertelności, nabiera szczególniejszego znaczenia, B. zaznacza, że, zgodnie ze zda-

niem większości autorów, jedynym ratunkiem dla takich dzieci byłoby karmienie piersią. Niektórzy, jak Walter Freund z kliniki Czerny'ego chwali natomiast wyniki, otrzymywane przy sztucznym karmieniu. Karmienie piersią dzieci syfilitycznych napotyka na poważne trudności. Starsi pedyatrycy, jak Henoch, Wederhofer i inni, sądzą że byłoby tylko przedzić mamkę o możliwości zarażenia się, można jej dać dziecko rodziców syfilitycznych, bowiem niebezpieczeństwo zarażenia się wobec braku objawów przymiotu na błonie śluzowej jamy ustnej jest względnie niewielkie. Jednak młodszy są ostrożniejsi i dopuszczają jedynie myśl karmienia niemowląt syfilitycznych przez mamki syfilityczne. B zwraca uwagę na tę kwestyę, bowiem tą drogą udałoby się uratować wiele niemowląt, inaczej skazanych niechybnie na śmierć.

B. pragnąłby, aby odczyt jego uważany był jedynie jako pobudka do dyskusji nad poruszonym tematem.

Dyskusyę nad odczytem Brudzińskiego postanowiono odłożyć do następnego posiedzenia.

M. Bornstein.

## VI. Listy z Paryża.

W marcu.

Polscy lekarze w Paryżu. — Uwieńczenie przez Akademię medyczną dzieła d-r Melanii Lipińskiej. — Mianowanie polaka nadzwyczajnym profesorem położnictwa na wszechnicy paryzkiej.

Polski świat lekarski może poszczycić się wyrazem uznania, który spłynął nań w ostatnich czasach z Francji.

Na zebraniu dorocznym Akademia medyczna, mając do wyznaczenia nagrodę imienia hrabiego Hugo (1000 franków i tytuł *lauréat de l'académie*), za najlepsze dzieło z historii medycyny, ogłoszone w języku francuzkim w ostatnich pięciu latach, przyznała ją polce pannie d-r Melanii Lipińskiej, za książkę pod tytułem: „*Histoire des femmes médecins depuis l'antiquité jusqu'à nos jours*“. (Historia lekarek od starożytności aż do naszych dni).

Postaram się scharakteryzować pokrótce uwieńczone tak chlubną nagrodą dzieło.

Powszechnie wiadomo, że sprawa dopuszczenia kobiet do zawodu lekarskiego należy do najbardziej roztrząsanych i dyskutowanych. Liczni przeciwnicy otworzenia podwojów medycyny kobiecie przytaczali na poparcie swoich wywodów najrozmaitsze argumenty, które jednak stopniowo nauka i fakty zbijały. Należało tu i twierdzenie, że lekarka jest wymysłem dziewiętnastego wieku, że przedtem nigdy podobna anomalia nie istniała i że skoro przez ten nieprzerwany szereg stuleci kobiety nie wydały z między siebie lekarek, to widocznie nie leży w ich naturze dążność ku owemu zawodowi.

Otóż pytanie to, jak zaznacza nasza rodaczka w przedmowie do swego dzieła, interesowało ją żywo, aż nareszcie zasiadła do ba-

dań w tym kierunku. Strawiła na nie pięć lat zmuśnej pracy w bibliotekach całej Europy, ale wynik zyskała chlubny. Sześćset stron liczący tom odkrył literalnie nowy świat. Spotkał się też z uznaniem ogólnem prasy francuzkiej, aż nareszcie akademia medyczna przypieczętowała swym wyrokiem sąd powszechny.

Autorka nasza sięga najpierw do czasów pierwotnych, dzisiejsze bowiem badania każą szukać początków wszelkiej działalności ducha ludzkiego w czasach egipskich i greckich. Otóż okazuje się, że ludy pierwotne nie odsadzają kobiety od wiedzy leczenia i tam, gdzie niewiasta cieszy się zaszczytnem stanowiskiem społecznem (aby być lekarką, potrzeba być już u nich jednostką uprzywilejowaną), jak na wyspach Australazji lub wśród indyan Ameryki północnej, mają i kobiety dostęp do lecznictwa.

Miały one podobny dostęp i w Grecji homerowskiej (panna Lipińska popiera to licznymi dowodami), a wskutek tego, gdy w Helladzie rozwinęła się wreszcie medycyna naukowa, na której cała dzisiejsza wiedza lekarska jeszcze się opiera, tradycya nie sprzeciwiała się wejściu niewiast w szeregi lekarskie. Na podstawie dzieł *Hipokratesa*, *Galena*, *Aecyusza*, *Censorinusa* i innych, rodaczka nasza dowodzi nie tylko istnienia lekarek w starożytności greckiej, ale podaje ich nazwiska, tudzież fragmenty ich dzieł, bo i te zdołała odszukać.

Rzym pod względem cywilizacyjnym był dzieckiem Hellady, w stosunku więc do lekarek zajmował greckie stanowisko. Przystudyowawszy pisarzy łacińskich lekarskich, tudzież olbrzymią literaturę archeologiczną, panna L. zebrała wysoce ciekawe dane.

Lekarki stanowiły w Rzymie poważny zastęp. Traktowano je na równi z lekarzami, koleżeński stosunek z lekarzami mężczyznami był dobry. We Włoszech, Francji, Hiszpanii, Portugalii i Małej Azji (tu lekarki były greczynkami) znaleziono nagrobki lekarek (*medicae*); później, gdy chrześcijaństwo rozszerzyło się w państwie rzymskiem, chrześcianki studyowały medycynę. Tekla z Seleucyi i Bazyle z Korykosu były chrześciankami, inna zaś, Teodozja z Rzymu, dała głowę pod miecz w czasie prześladowań Dyoklecjana.

Jedna ze szkół lekarskich rzymskich była słynna i przez długi czas jedyna w średniowiecznej Europie szkoła lekarska w Salerno. Tu, według dawnego zwyczaju, kształciło się wiele kobiet w omawianym zawodzie. Jak wiadomo, jedna z pomiędzy nich, Trotula (XI wiek), wykładała na uniwersytecie i zostawiła dzieła z zakresu chorób kobiecych, zażywające powagi przez bardzo długi czas.

Wpływy salernitańskie rozszerzyły się na całe Włochy. Ztąd też nieprzerwanie aż do XIX wieku spotykamy tam znakomite lekarki. Szczegółowy ich żywot i rozbiór działalności naukowej zajmuje parę rozdziałów omawianej pracy.

Ale Salerno oddziaływało do XV wieku i na resztę Europy. Równocześnie zaś, jak dr Lipińska dowodzi na podstawie ścisłych danych, kobieta średniowieczna cieszyła się położeniem społecznem o wiele lepszem, niż — w wiekach nowszych. Opinia publiczna

więc, ani nauka nie sprzeciwiała się istnieniu lekarek, pobierających swe wykształcenie zawodowe w ten sam zupełnie sposób, co lekarze.

Francya, Anglia, Niemcy średnich wieków mają lekarki biegłe, zdolne, fachowo wykształcone. Z pomiędzy ostatnich Hildegarda, kanonizowana potem przez kościół, zostawia dzieła medyczne, jak: *Liber simplicis medicinae*, *Liber compositae medicinae* i inne. Rozbiór ich znajdzie czytelnik w omawianej książce.

I Polska nie stała wówczas po za ogólnymi prądami. W Poznaniu żyła w r. 1278 *medica Johanna*, w Krakowie w r. 1371 *Catharina medica*. Siostra Kazimierza Wielkiego, Elżbieta zajmuje się naukami lekarskimi.

Od XVI wieku zaczyna się walka przeciw kobietom. Mimo to wydają one z pomiędzy siebie w tej dziedzinie poważne umysły. W Hiszpanii hrabina Chinchon odkrywa i wprowadza pierwsza w użycie nieocenioną w gorączkach korę chinową. Później nieco Oliwia Sabuco zostawia dzieło: *Nuova filosofia de la naturaleza del hombre*, które należy do najpiękniejszych pomników hiszpańskiej literatury lekarskiej. We Francyi panna Bihéron posuwa naprzód badania anatomiczne, pani d'Arconville dostarcza nowych danych chemii fizyologicznej, pani Necker zaś wprowadza higienę szpitalną na nowe tory. W Niemczech pani Erxleben, złożywszy w r. 1755 doktorat medycyny w Halli, zdobywa szeroki rozgłos.

Pomijam inne mniej słynne angielski, szwajcarki, niemki i francuzki.

Polska XVIII stulecia wydaje również lekarzkę: panią Salomeę z Rusieckich Halpirową. Życie jej nakreślone według niedrukowanego, wystudyowanego pamiętnika przez dr Lipińską, pamiętnika własnego, ukazuje nam kobietę rzadkiego hartu duszy, gorącej żądzy wiedzy i nieposzlakowanego charakteru. Przebywszy dziwne i ciężkie koleje życia, została w roku 1760 mianowana przyboczną lekarką rodziny sułtana Mustafy i w Stambule, zdaje się, zakończyła życie.

Zaznaczam lapidarnie niemal treść tego dzieła, napisanego nader treściwie, a zarazem z wielką przedmiotowością i z dużym talentem pisarskim.

Autorka przechodzi do XIX wieku, rozpatruje rolę rewolucyjno-francuzkiej w ruchu kobiecym, a potem kreśli historię dążeń kobiecych ku studjom lekarskim w poszczególnych krajach Europy, Ameryki i Azji, bo dziś i w Indyach i w Japonii spotyka się lekarke. Pierwszemi trzema lekarkami w XIX wieku były dwie angielski zamieszkałe w Ameryce: Elżbieta Blackwell i jej siostra Emilia, tudzież polka Marya Zakrzewska. Ostatnia, rodem z Poznańskiego, uzyskała w Berlinie stopień naczelniej akuszerki szpitala Charité, potem, nie mogąc być dopuszczoną do żadnego uniwersytetu w Niemczech, wyjechała do Ameryki w r. 1853 i doktoryzowała się w Cleveland.

Wszystkie trzy żyją do dziś.

Po Stanach Zjednoczonych, gdzie kobiety stoczyły zjadłą walkę o dostęp do uniwersytetów, otworzyły niewiastom podwoje fakul-

tetu lekarskiego najwcześniej Zurych (1865) i Paryż (1868). Za nimi poszły prawie wszystkie inne wszechnice, prócz austriackich, gdzie dopiero od 1897 roku, i niemieckich, gdzie ledwie od 1899 roku pozwolono kobietom studiować tajemnice Eskulapa.

Polska wzięła od początku bardzo żywy udział we wspomnianym ruchu. Wszystkie uniwersytety kontynentu mają słuchaczki polskie, lekarki zaś polskie, oprócz praktykujących w kraju, rozproszone są w Europie i na Wschodzie. Bośnia liczy ich kilka, a działalności pierwszej, oficjalnie przez rząd austriacki zamianowanej lekarki okręgowej, pani K r a j e w s k i e j, panna L i p i Ń s k a poświęca wyczerpujący rozbiór.

W Kairze praktykuje warszawianka panna M e n d e l s o n.

Zaznaczam zresztą, że część nowożytna (od 1789 do 1901 r.) dzieła liczy 300 stron, czytelnicy więc sami znajdują tam resztę nieukończenie licznych i ważnych szczegółów.

Na zakończenie dodam, że do konkursu stawało 35 kandydatów i że wśród nich znajdowali się docenci uniwersytetu paryzkiego.

Godzi się tu także wspomnieć o wyróżnieniu, jakie spotkało innego lekarza polskiej narodowości, urodzonego wprawdzie we Francji, ale bądź co bądź pochodzącego z krwi polskiej.

Jest nim doktor Jan P o t o c k i, zamianowany świeżo nadzwyczajnym profesorem (*professeur agrégé*) położnictwa przy paryzkim wydziale lekarskim.

D-r J. P o t o c k i, wnuk wychodźcy z roku 1830 urodził się w 1860 r. w Paryżu. Tu też odbył wszystkie swe studia, skończył w 1878 gimnazjum, zdał w 1880 egzamin na tak zwanego eksterna (słuchacz medycyny przywiązany do szpitala i mający zazwyczaj pół sali pod swoim zarządem), w 1884 na interna i już w czasie internatu (1884—1887) zapisał się dobrze w kołach zawodowych. W r. 1885 wyjechał bowiem w podróż naukową do Niemiec, chcąc zbadać interesującą go żywo kwestyę cięcia cesarskiego. Wówczas, jak wiadomo, S ä n g e r, docent w Lipsku, wystąpił gorliwie w obronie cięcia cesarskiego a, zmodyfikowawszy jego procedurę, zyskał mu istotnie uznanie.

P o t o c k i spędził jakiś czas we wspomnianem mieście, tudzież w innych klinikach niemieckich i wrócił pełen przekonania o wartości tej operacyi. Wystąpił też wnet ze swoim zdaniem, ogłaszając w *Annales de gynécologie* z 1886 r. długi i wyczerpujący memoriał o cięciu cesarskiem. Rozprawa wywarła swój skutek: metoda zalecana przez P o t o c k i e g o stała się w krótkim czasie powszechnie przyjętą we Francji w wypadkach wskazanych po temu.

W ciągu internatu zamieszczał od czasu do czasu wartościowe komunikaty w *Bulletins de la Société anatomique* (1886, 1887) i w *Progress médical* (1888), dokonał też wspólnie z profesorem T a r n i e r kilku prac.

W 1888 dla uzyskania stopnia doktora przedstawił rozprawę o embryotomii, uwieńczoną potem przez fakultet srebrnym medalem. Odtąd posuwał się szybko po szczeblach karyery naukowej. W roku 1890 mianowany został szefem kliniki położniczej, w roku 1896 po-

łożnikiem szpitalnym, w r. 1898 objął wraz z doktorem Porakiem kierownictwo szpitala Maternité, gdzie niegdyś był internem. W roku zaś 1901 uzyskał godność profesora uniwersytetu.

Wszystko to zdobyte zmusną pracą, bo we Francji stanowisko uniwersyteckie i szpitalne osiąga się tylko drogą naukowych zasług i konkursowych egzaminów, nie zaś za pomocą protekcji, jak bywa często gdzieindziej.

Z prac lekarskich Potockiego wymienię najważniejsze:

W roku 1889 rozpatrywał bliżej związek drgawek poporodowych z żółtaczką. Wtedy także podał myśl zastosowania w antyseptyce nadmanganianu potasu. Metodę jego, dającą możliwość skontrolowania de visu odkażenia, wprowadzono z pożytkiem w szpitalach paryżskich.

Wniósł wiele światła w kwestye techniczne, dotyczące jego zawodu. Kolegów, co chcieliby zapoznać się z jego główniejszymi rozprawami, odsyłam do *Annales de gynécologie* (1889—1890: *Technique de l'opération césarienne*, 1893 *Abaissement prophylactique du pied*.—Opuszczenie zapobiegawcze nózki). W roku 1892 opisał w rozprawie doktorskiej ucznia swego, niezauważone dotąd, powikłanie położnicze, mianowicie nienormalne przygnięcie dolnego bieguna (*adhérence anormale du pôle inférieur*). W r. 1899 niemiec Löhlein odkrył je na nowo...

W. Bugiel.

## Notatki bibliograficzne.

—jz— **Zasady higieny**, wskazówki popularne pielęgnowania zdrowia, wolny przekład oryg. wyd. przez Berliński urząd zdrowia D-ra J. Świętochowskiego. Warszawa, nakł. Gebethnera i Wolffa.

Brak dobrego i popularnego podręcznika higieny dawał się uczuć w naszym piśmiennictwie, książka przeto wyszła na czasie, dla czego jednak zamiast pracy oryginalnej, na którą zdobyć byśmy się mogli, wydano tłumaczenie—nie wiemy. Posiadamy dziś już tylu zdolnych popularyzatorów, którzy, niewątpliwie, podjęli by się zadania, że dziwić się należy wydawcy, iż wolał wydać tłumaczenie, niż nie-tłumaczenie. Skoro już jednak zdecydował się na to, przyznać należy, że wybór był dobry z małymi wyjątkami. Układ „zasad“ jest dobry. Po wstępie z anatomii i fizjologii następuje rozdział: potrzeby życiowe człowieka, następnie człowiek w stosunku do społeczeństwa, niebezpieczeństwa dla zdrowia wypł. z zewn. czynników, nieszczęśliwe wypadki oraz wskazówki pielęgnowania chorych. Nakreślono sobie więc zakres duży. Całość podzielono nadto na paragrafy, dając tym sposobem pracy układ podręcznika szkolnego. Ta całość obejmuje 200 stron małej ósemki, traktowana więc jest zbyt pobieżnie, a nadto, jako tłumaczenie, nie uwzględnia potrzeb miejscowych. Język tłumaczenia jest fatalny, cokolwiek spotykamy się z rusycyzmami i germanizmami w najgorszym gatunku, czego szczególnie w pracach popularnych unikać by stanowczo należało.



—*js*— D-r Wł. Tołwiński. **Rozwój fizyczny ludności powiatu lubartowskiego.** Warszawa 1902.

O pracy tej, której wyniki autor przedstawił w tow. lek. lubelskiem oraz na wystawie lubelskiej, pisaliśmy już dawniej, dziś zaznaczamy jej wyjście tem skwapliwiej, że jest ona ważnym przyczynkiem do t. zw. zwyradniania rasy, co dzięki badaniom T. okazało się niesłusznem.

—*js*— D-r J. Goldbaum. **Kilka uwag krytycznych w sprawie rozpoznawania raka żołądka.** Warsz. 1901.

Jest to artykuł więcej polemiczny, autor przestrzega przeciw wysnuwaniu wniosków na podstawie badań Ehret'a przy znajdowaniu w treści żołądka *bacillus filiformis* i dla ilustracyi swój podaje przypadek.

—*z*— Prof. B. Wicherkiewicz. **Uwagi nad etyologią odczepienia siatkówki.** Kraków 1902.

—*z*— Obzor dalszemu rozwitju woprosa o biologiczeskom znac. prepar. żeleza.

—*js*— A. Zawadzki. **Aseptyczny aspirator, injektor i przemycacz i Tenże: Przyrząd do aseptycznego płukania pęcherza.**

Opisy przyrządów opartych na pompie ssącołoczającej o wentylach kulkowych.

(*js*) Jessner. **Dermatologische Heilmittel.** Würzburg. 1902.

W szeregu wydawnictw z dermatologii d-r Jessner daje zeszyt 8, w którym, jak wskazuje nagłówek, podaje środki farmakologiczne stosowane w dermatologii, środki te dzieli na oczyszczające i odtłuszczające skórę, tłuszcze i środki ochraniające, anestetyczne, przeciwpotne, przeciwojtokowe, przeciwłuszczycowe, rozpuszczające naskórek i t. p. Na końcu umieszczono spis alfabetyczny środków używanych w dermatologii, Dla praktyków jest to bardzo pożądanym, ze względu na swój układ, podręcznik.

—*js*— Bayer Carl. **Zur Pathologie und Therapie der Darmstenose.** Würzburg. Abhand. II, 6. 1902.

Autor rozpatruje zwężenia kiszki najrozmaitszego rodzaju i pracę swą ilustruje licznymi rysunkami. Rzecz tę streścimy w dziale referatów.

—*js*— Winterberg J. **Die chronischen Erkrankungen der Gelenke und ihre Behandlung.** Urban. Berlin. 1901.

Autor rozpatruje przewlekłe zapalenia stawów wszelkiego rodzaju na zasadzie prac ostatniej doby i na zasadzie badań licznych autorów i własnych zaleca jako najskuteczniejszy środek kąpiele borowinowe, wyrabiane przez Mattoniego.

—*js*— Blumenthal F. M. **Obszczestwiennaja borba z tuberkuliozom.** Cz. I. Moskwa. 1901.

—*js*— Ph. Blumenthal. **Le Mouvement antituberculeux en France et en Belgique.** Paris. 1902.

—*js*— Ph. Blumenthal. **Lettre de Russie.** Leipzig.

Trzy prace powyższe omówimy razem w najbliższym czasie.

Czasopisma polskie w marcu<sup>1)</sup>.

**Fizyologia.** Joteyko. Siedlisko znużenia. P. L. 9. Zięcia-kiewicz. O powstawaniu barwy głosu u śpiewaków. G. L. 9.

**Anatomia patologiczna, chem. lek., patologia ogólna.** Browicz. Kilka uwag o komórce wątrobowej. P. L. 12. Horodyński. O zawartości amoniaku we krwi i narządach fizjol. i patol. G. L. 10, 11. Rzętkowski. O cytotoksynach. G. L. 12, 13. Sieber-Szumowa. O zaczynach utleniających. G. L. 11.

**Choroby wewnętrzne.** Berger. O stosowaniu lecniczem żelatyny w krwotokach i tętniakach. P. L. 10, 11, 12. Bronowski. Kilka myśli w kwestyi uleczalności gruźlicy u dzieci. M. 11, 12. Brudziński. Signe du sou M. 9, 10. Cybulski. O użyciu żelatyny jako środka hemostatycznego. G. L. 12. Eichler. Przypadek pierwotnego zapalenia opon mózgowych. K. L. 6. Wokz. Przycz. do terapii skazy moczanowej. P. L. 13.

**Choroby ukł. nerwowego.** Dydyński. O porażeniu Landry. N. 3. Goldflam. Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem. M. 9, 10, 11, 12. Flatau. Budowa rdzenia. K. L. 5. Koelichen. Przycz. do badań nad syryngo i hydromyelią G. L. 13. Rencki. O myastenii. P. L. 9. Szuman. O wrodzonym rozwoju wadliwym narządów płciowych męzkich powikłanym histeryą. P. L. 13. Zanietowski. Zarys i zadania elektropatologii. N. 3.

**Chirurgia.** Głiński. O polipowatych nowotworach przełyku. P. L. 11, 12. Herman. O przedoperacyjnem badaniu nerek P. L. 11, 12, 13. Pechkranz. O przewl. unieruch. zap. kregostupa. G. L. 9, 10. Pieniążek. Uwagi nad wyd. ciał obcych z przełyku. P. L. 10. Trzebicky. W sprawie wyd. ciał obcych z przełyku. P. L. 10.

**Choroby skóry.** Kopytowski. Dwa przypadki niezw. rozl. cierpienia skóry. K. L. 5.

**Choroby oczu.** Cetnarowicz. Obecny stan nauki o chorobach oczu. N. 3. Noiszewski. Znaczenie pochłaniania i złamania w powietrzni promieni słonecznych dla objawu Purkinje. P. O. IV. Szulistański. Margo-kantho-plastica. P. O. IV.

**Akuszeria.** Endelman. Dwa przyp. cięcia cesarskiego. M. 13. Gaszyński. Kilka słów o lecz. drgawek połóg. M. 13. Mieczyński. W sprawie dokonywania embryotomii. G. L. 12.

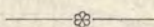
**Medycyna sądowa.** Wachholz i Lemberger. Przyczyny doświadczone od otrucia tlenkiem węgla. N. 3. Wachholz. Samobójstwo przez zaccadzenie P. L. 9.

**Higiena.** Bądryński. O składzie wódek w Galicji. P. H. 3. Puławski. Sprawozdanie za r. 1901 z Naęczowa. Zd. 3. Rut-

<sup>1)</sup> *Skrócenia:* A. L.—Archiwum Lekarskie. G. L.—Gazeta Lekarska. Kr. L.—Krytyka Lekarska. K. L.—Kronika Lekarska. M.—Medycyna. N.—Nowiny Lekarskie. P. L.—Przegląd Lekarski. P. H.—Przegląd Hygieniczny. P. O.—Postęp Okulistyczny. Z.—Zdrowie.

kowski. Odżywianie służby dworskiej w pow. Płońskim. Zd. 3.  
Sulikowski. Stan zdrowia robotników kesonowych. C. L. 3.

## KRONIKA BIEŻĄCA.



—s— Jak corocznie, 15 i 15 lipca odbędzie się zjazd chirurgów polskich w Krakowie. Zgłaszać odczyty należy do prezesa zjazdów prof. Rydygiera (Lwów).

—s— Jak donoszą Nowiny Lekarskie, druk słownika lekarskiego rozpocznie się niebawem w 1500 egzemplarzach.

—z— Otrzymaliśmy sprawozdanie z działalności kolonii letnich. Ze sprawozdania widzimy, iż majątek T-wa wynosi 310003 rb. 80 kop. Wysłano 3185 dzieci (55,1% chłopców i 44,9% dziewcząt).

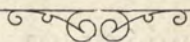
—z— W Paryżu będzie otwarty instytut dla badań graficznych im. Marey'a. Izba deputowanych przeznaczyła na ten cel 25000 fr.

—s— W Brukseli 1—6 września r. b. odbędzie się zjazd dla walki z syfilisem. Postawiono następujące kwestye: 1) jakie prawa wydać należy dla walki z syfilisem; 2) czy zarażenie przymiotem uważać za przestępstwo i czy karać je należy; 3) jak popularyzować wiadomości o przymocie; 4) w jaki sposób przeprowadzić środki zabezpieczające osobiste; 5) zasady statystyki i rejestracji syfilisu.

—z— W Cherbourgu przy oglądaniu nowozaciężnych stwierdzono u młodego dobrze zbudowanego popisowego rozwinięte sutki zawierające mleko.

—s— W Niemczech rozpoczęto walkę z t. zw. Naturärzte i t. p. szarlatanami na drodze urzędowej. Ministerjum wydał orozporządzenie, wzbraniające im wykładów, reklam i t. p.

—z— Liczba studentów na wydziałach lekarskich we Francyi wynosi 7882.



*Sprostowanie.* W Z. VI zamiast Wiktor powinno być Witold Eichler Na str. 213 w w. 4 i 11 zamiast meningitis — maningismus.

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

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

**Kąpiele borowinowe w każdej porze roku.**

Jedyny

Naturalny produkt

DO  
**KĄPIELI**

borowinowych  
lecznicych.



**MATTONIEGO**

sól borowinowa  
(suchy wyciąg)  
w paczkach po 1 kilo

**MATTONIEGO**

ług borowinowy  
(płynny wyciąg)  
w butelkach po 2 kilo

**Heinrich Mattoni**, Francensbad, Karlsbad, Wiedeń, Glesszübl Sauerbrun, Budapest.

**KROWIANKA**

OSPA OCHRONNA

Daniłowiczowska № 8

**Instytut D-ra TCHÓRZNICKIEGO.**

**W Zakopanem**

(stacyi klimatycznej w Tatrach) od dwóch lat istniejący, cały rok otwarty

**Zakład naukowo-wychowawczy**

**DLA CHŁOPCÓW SŁABOWITYCH**

pensjonat z nauką gimnazjalną lub realną, do szkół galicyjskich albo też do szkół z językiem wykładowym rosyjskim; język niemiecki, francuski i muzyka. Pedagogiczna i lekarska opieka, higieniczne utrzymanie, po każdej godzinie nauki pauzy, zabawy i ćwiczenia fizyczne—wszystko do celu zakładu zastosowane.

Młodzież przyjmuje się w każdym czasie, oraz na czas wakacyj.

**Adres: LUDWIK SZWEJGIER, Zakopane ul. Chałubińskiego 21.**