

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. D-r *Czesław Otto*. Kryoskopia i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek (dokończ.)—str. 815. II. D-r *Mieczysław Themerson*. Przypadek odmy podskórnej ex aspiratione (emphysema subcutaneum) po silnem stłuczeniu klatki piersiowej—str. 829.

III. **Dział sprawozdawczy:** I. *Chirurgia*. 341. *Weber*. O leczeniu operacyjnem zwichnięć zastarzałych łokcia—str. 832. 342. *Thevenot*. O promienicy odbytu i kiszki stolcowej—str. 834. II. *Choroby kobiet i akuszerya*. 343. *Polano*. Nowa metoda leczenia wysięków zastarzałych w miednicy—str. 837. 344. *Kehrer*. Przyczynek do leczenia zastarzałych wysięków miednicy—str. 839. 345. *Dützmann*. Leczenie wysięków—str. 842. 346. *Polano*. W kwestyi stosowania powietrza ogrzanego w ginekologii—str. 843. 347. *Thomson*. Leczenie chorób kobiecych za pomocą powietrza ogrzanego—str. 846. III. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego—str. 847. IV. Z Towarzystw lekarsk. francuzkich—str. 850. V. *Bibliografia*—str. 857. *Kronika bieżąca*—str. 861. *Zmarli*—str. 862. *Ogłoszenia*.

Sommaire du Nr. 20. I. D-r *C. Otto*. La cryoscopie dans les maladies du coeur et des reins—p. 815. II. D-r *M. Themerson*. Un cas d'emphysema ex subcutaneum ex aspiratione après la contusion de la poitrine—p. 829.

I. Z Kliniki Terapeutycznej Szpitalnej prof. A. Szczerbakowa
w szpitalu Dz. Jezus.

KRYOSKOPIA

i zastosowanie jej

w chorobach serca i nerek.

Podał

D-r Czesław Otto.

Ordynator Kliniki Terapeutycznej Szpitalnej U. W.

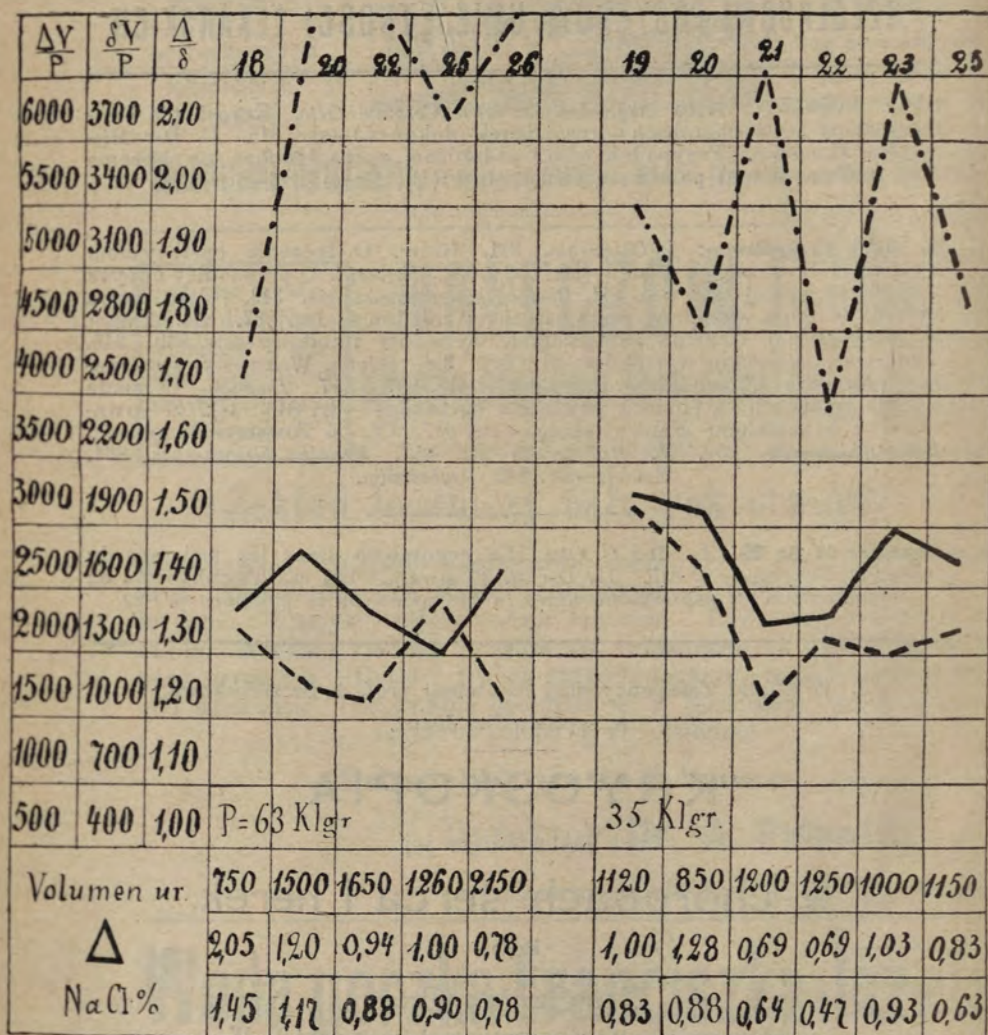
(*Dokończenie*).

Na tablicy fig. 13. I przedstawiłem krzywe kryoskopowe moczu chorego, który przed kilku laty przechodził ciężkie zapalenie nerek.

Stanisław G., wyrobnik, lat 41, średniej budowy, umiarkowanie odżywiony, przybył do kliniki 14 stycznia 1902 z silnymi bólami głowy. Oprócz rozedmy płuc w średnim stopniu, wzmożenia 2-go

Styczeń

Marzec 1902 r.



I

II

Fig. 13.

tonu tętnicy głównej, tętna napiętego, nie znaleziono żadnych zmian patologicznych ze strony narządów wewnętrznych. Mocz białka i walków nie zawierał. Dnia 20 stycznia 1902 przy tychże objawach

pojawiły się ślady białka i wałki ziarniste w moczu; 22-go znów znikła białko i wałki; te ostatnie pokazują się jeszcze 26-go. W dalszym przebiegu choroby żadnych zmian patologicznych w moczu nie zauważono przy niskim ciężarze gatunkowym. Bóle głowy trwały przez cały ciąg spostrzeżenia. Ostatecznie chory wypisał się, kiedy kryoskopia moczu wykazała dostateczną przepuszczalność nerek, która w pierwszym okresie spostrzeżenia była bardzo upośledzoną. Nabłonek kanalików moczowych nie funkcjonuje odpowiednio: $\frac{\delta V}{P}$ zawsze na niskich cyfrach, przy stosunkowo nieznacznym upośledzeniu czynności kłębków. I w tym przypadku badania kryoskopowe zgadzają się z rozpoznaniem klinicznym śródmiąższowego zapalenia nerek, chociaż objawy kliniczne tego cierpienia były mniej wybitne, niż w dwóch poprzednich przypadkach. Jeszcze mniej tych objawów w spostrzeżeniu następnym (tablica fig. 13. II). Katarzyna S., lat 40, drobnej budowy, odżywiana umiarkowanie, przybyła do kliniki z objawami niezżyty w szczycie prawego płuca. W wywiadach krwiopłucie przed kilku laty; chorej od dość dawna dokucza suchy kaszel, który skłonił ją do zapisania się na klinikę, gdzie stwierdzono stłumienie w prawym szczycie, dźwięczne rżenia, oddech oskrzelowy i ogólną rozedmę; ze strony serca wzmożenie 2-go tonu tętnicy głównej i płucnej, tętno napięte; w pozostałych narządach niema zmian żadnych. Mocz białka i wałków nie zawiera; dnia 21 i 22 marca 1902 zauważono wałki w moczu, których ani przedtem ani potem nie znajdowano. Ilość moczu w granicach normy przy ciężarze gatunkowym 1012. W danym przypadku tylko w ciągu dwu dni zjawiły się kliniczne objawy śródmiąższowego zapalenia nerek, gdy tymczasem badanie kryoskopowe moczu już na trzy dni przedtem wykazuje znaczną niedostateczność nerek: przy dostatecznej czynności kłębków ($\frac{V\Delta}{P} > 3000$) nabłonek kanalików nie wydziela odpowiedniej ilości cząsteczek toksycznych na 1 kilogram wagi ($\frac{\delta V}{P}$ zaledwie = 1600), a wysokie znaczenie $\frac{\Delta}{\delta}$ wykazuje, że czynność ta jest w znacznym stopniu upośledzoną. Ta niedostateczna czynność nerek była spostrzegana przez cały czas bytności chorej w klinice.

W następnych dwóch spostrzeżeniach śródmiąższowego zapalenia nerek brak było wszelkich objawów klinicznych tego cierpienia. Pierwszy z chorych, Marjan K., wyrobnik, lat 36, wciąż kaszlał; płwociny nie wypluwał prawie wcale. Chory budowy dobrej, umiar-

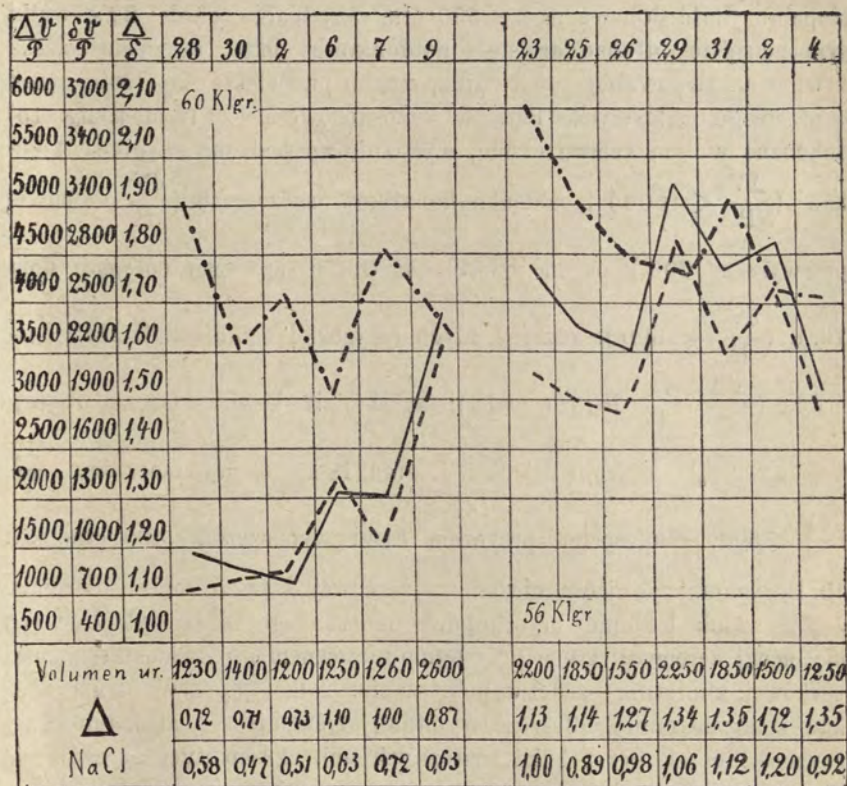
kowanie odżywiany, dotychczas był zawsze zdrow, do szpitala przybył po raz pierwszy, skarżąc się na bóle głowy od dość dawna; żonaty, ma dwoje dzieci; abusus in Baccho; przymiotu nie przechodził. Stwierdzono rozedniętą płuc i suchy nieżyt przewlekły oskrzeli, powiększenie i stwardnienie wątroby, miażdżycę naczyń z nieznacznym przerostem lewej komory serca, wzmożenie 2-go tonu tętnicy głównej i płucnej, nieznaczne obrzmienie w okolicy obu kostek; w moczu białka ani wałków nie znajdowano przez cały czas pobytu chorego w klinice. Podejrzewano zapalenie nerek, lecz klinicznie dowieść go nie można było dla braku najważniejszych objawów ze strony moczu. Natomiast wyniki badań kryoskopowych na drugi dzień po przyjeździe chorego do kliniki (tablica fig. 14 I) wykazują niedostateczną czynność nerek: $\frac{V\Delta}{P}$ nie dosięga nawet 1500, a $\frac{\delta V}{P} = 700$; duże znaczenie $\frac{\Delta}{\delta}$ wykazuje niedostateczną czynność nabłonka w stosunku do $\frac{V\Delta}{P}$. Z pewnemi wahaniami stan ten trwa do 9. III, gdzie widać pewną choć nie całkowitą przepuszczalność nerek: $\frac{V\Delta}{P} > 3500$, $\frac{\Delta\delta}{P} = 2200$, $\frac{\Delta}{\delta}$ nie odpowiada normie, wykazując stosunkową niedostateczność czynności nabłonka kanalików moczowych. Bóle głowy niepokoją chorego chociaż już nie w tym stopniu, co w pierwszych dniach po przybyciu do szpitala, nawet przy normalnej ilości cząsteczek toksycznych na 1 kilo wagi. Objasnienia należy tu szukać prawdopodobnie w zmianach w wątrobie, która będąc w stanie patologicznym, nie jest w możności dostatecznie zubożać nieprawidłowych wytworów przemiany materii; u innych chorych przy daleko niższem znaczeniu $\frac{\delta V}{P}$ i normalnym stanie wątroby, bólów głowy nie bywało.

Prawie też sameobjawy zatrucia były spostrzegane u chorego Bernarda B., lat 28, kamieniarza, budowy umiarkowanej, odżywiania średniego; w wywiadach przymiot dobrze leczony i abusus in Baccho. Chory przybył do kliniki ze skargami na bóle głowy. Stwierdzono powiększenie wątroby, przerost mięśnia sercowego, wzmożenie 2-go tonu tętnicy głównej i napięte dość twarde tętno. Ze strony moczu żadnych cech właściwych zapaleniu nerek przez cały ciąg spostrzeżenia nie zauważono. Natomiast kryskopia moczu (tablica fig. 14. II) wykazuje, że przy dostatecznej ogólnej diurezie cząsteczkowej $\frac{V\Delta}{P} > 4000$ i nawet normalnej diurezie toksycznej ($\frac{\delta V}{P} = 1900$), ta ostatnia jest niedostate-

$\frac{\Delta}{\delta}$ dosięga cyfr nienormalnie wysokich, wskazując na niedostateczną stosunkowo czynność nabłonka kanalików moczowych; dnia 29. III bezwzględna przepuszczalność nerek, potem znów niedostateczna czynność i znów przepuszczalność całkowita. Te wahania w czynności nerek spostrzegąłem przez całe 3 tygodnie pobytu chorego w klinice,

Luty.

Marzec 1902.



I

II

Fig. 14.

na podstawie danych kryoskopowych, gdy tymczasem dotąd stosowane sposoby badania nie dawały żadnych wskazówek na cierpienie nerek. Bóle głowy ustały na kilka dni przed wypisaniem ze szpitala przy prawidłowej czynności nerek. I w tym przypadku bóle głowy przy diurezie toksycznej nawet prawidłowej można sobie objaśnić poniekąd cierpieniem wątroby.

Ciekawe wyniki kryoskopowe otrzymujemy w napadach *mocznic* w przebiegu zapalenia nerek śródmiąższowego; jeden z takich

wyników tu przytoczę. Władysław B., stolarz, lat 28, zbudowany dobrze i dobrze odżywiany, przybył do kliniki 14 stycznia 1902 z obrzękami nóg i silnymi bólami głowy; w wywiadach abusus in Baccho i niewątpliwie ostre zapalenie nerek przed kilku laty. Przedmiotowe badanie wykryło: drobne wilgotne rzeżenia w dolnych płacach obu płuc, powiększenie granic serca w wymiarze poprzecznym, wzmoczenie 2-go tonu tętnic głównej i płucnej, tętno twarde prawidłowe, równe, nieznaczny ascites i obrzęki kończyn dolnych w średnim stopniu. Ilość dobowa moczu 550 ctm. sz., białka około 2%, wałki gruboziarniste, drobnoziarniste i nabłonkowe obfite, czerwone ciała krwi w umiarkowanej ilości. Rozpoznano przewlekłe zapalenie nerek o przebiegu podostrym. Badanie kryoskopowe moczu (tablica fig. 15) dokonane w tym samym czasie, wykazuje upośledzoną czynność kłębków ($\frac{\Delta V}{P} < 1500$) i nabłonka kanalików moczowych ($\frac{\delta V}{P}$ zaledwie przewyższa 700); czynność nabłonka trochę się nawet polepsza dnia 16. I. ($\frac{\delta V}{P} = 1600$); lecz już 17-go i kłębki i nabłonek działają normalnie ($\frac{V\Delta}{P}$ i $\frac{\delta V}{P}$ bardzo małe); tegoż dnia krwi w moczu więcej, a białka 3%; na drugi dzień, t. j. dnia 18-go napad mocznicy: $\frac{V\Delta}{P}$ i $\frac{\delta V}{P} < 500$; venaesectio, przeczem krwi wypuszczono 400 ctm. sz.; 19. I. występują objawy niedomogi sercowej i tętno małe, nierówne z przerwami; badanie kryoskopowe moczu tegoż dnia wykazuje typ niedomogi sercowej; 20-go przy tętnie nierównym typ niedostateczności nerkowej; klinicznie—znaczne polepszenie: białka 1%, krwi niema, wałków znacznie mniej. Jeszcze wybitniej występuje typ niedostatecznej czynności nerek przez kilka następnych dni. 28-go stycznia czynność kłębków i nabłonka w granicach normy, lecz $\frac{\Delta}{\delta}$ wykazuje, że czynność nabłonka jeszcze nie jest dostateczną; prawidłowa przepuszczalność nerek powraca dopiero 1 lutego i trwa do wypisania się chorego z kliniki, w moczu tymczasem już 28 stycznia nie znaleziono ani białka ani elementów nerkowych.

Jeżeli zestawimy wszystkie wyniki badań kryoskopowych moczu śródmiąższowego zapalenia nerek z wynikiem badań dotąd stosowanych w klinice, to łatwo zauważyć, o ile je kryoskopia przewyższa. Gdzie klinika nie daje żadnych wskazówek na cierpienie nerek, kryo-

skopia odrywa je bardzo wybitnie. Objawy kliniczne cierpienia nerek znikają często wcześniej, niż następuje rzeczywiście całkowita ich przepuszczalność, i wywołują błędne rozpoznanie, — kryoskopia strzeże nas od tego rodzaju omyłek. Bóle głowy często niezrozumiałe dla nas znajdują w kryoskopii objaśnienie; przebieg zapalenia nerek z mocznicą jest więcej zrozumiały, niż dawniej; rokowanie można po-

Styczeń 1902 r.

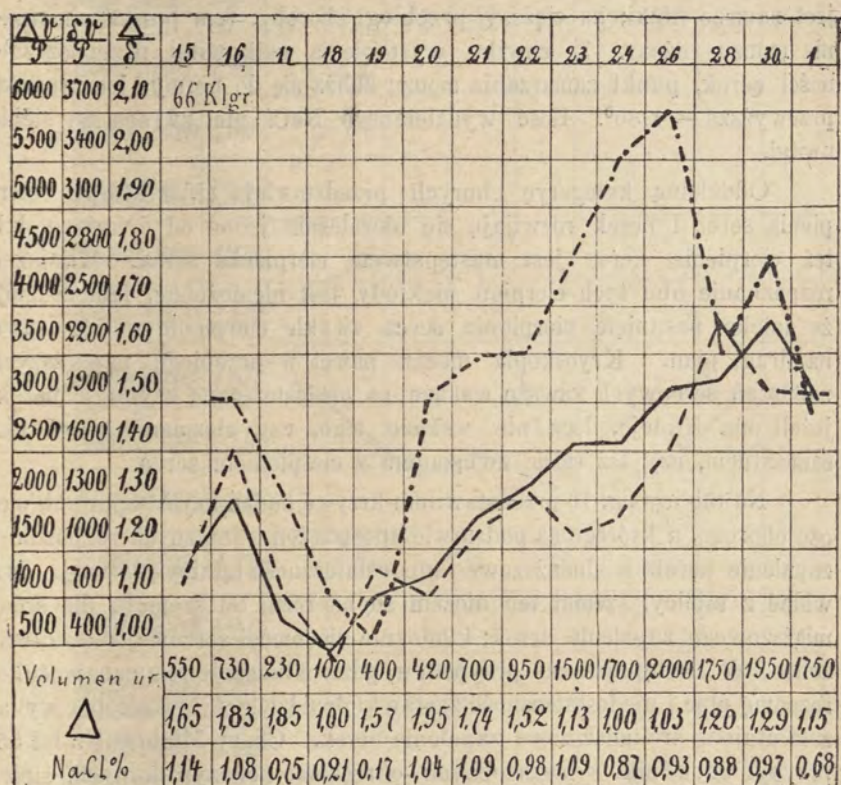


Fig. 15.

stawić pewniejsze w każdym pojedynczym przypadku. Jeżeli porównamy z sobą wyniki badań kryoskopowych moczu w śródmiąższowych zapaleniach nerek za pomocą krzywych, to już przy pierwszym spojszeniu zauważyć można pewien porządek w położeniu krzywych, właściwy

tej chorobie: krzywa odnosząca się do $\frac{\Delta}{\delta}$ zajmuje zawsze położenie *najwyższe*, krzywa oznaczająca $\frac{\Delta}{P}$

α_p —krzywa dla cząsteczek t_{ok} zajmuje położenie *średnie*, a najniższe—krzywe dla cząsteczek toksycznych. Tak przedstawia się szemat

ogólny. Bywają i tu wahania: im sprawa dalej posunięta, tem wyższa jest krzywa dla $\frac{\Delta}{\delta}$, a niższa dla $\frac{V\delta}{P}$; przy pewnym udziale kłębków krzywa dla $\frac{\Delta V}{P}$ także się obniża. Zjawienie się niedostatecznej czynności serca zmienia pozycję krzywych, jak to spostrzegliśmy w mocznicy. Punkt zamarzania moczu w cierpieniach tych jest zawsze niski; im cięższy przebieg choroby, tem punkt zamarzania moczu niższy. Z chwilą wystąpienia całkowitej przepuszczalności nerek, punkt zamarzania moczu zbliża się do normy, lecz rzadko przewyższa — 1,30°. Ilość wydzielanego NaCl nie zwraca na siebie uwagi.

Oddzielną kategorię chorych przedstawiają ci, u których cierpienia serca i nerek rozwijają się niezależnie jedno od drugiego, lub też cierpienie nerek jest następstwem cierpienia serca. Kliniczne rozpoznanie obu tych cierpień niekiedy jest niemożliwe, tembardziej, że daleko posunięte cierpienie serca zwykle cierpienie nerek usuwa na drugi plan. Kryoskopia moczu nawet w przebiegu najcięższych zaburzeń sercowych zawsze wskaże na niedostateczną czynność nerek, jeżeli ona istnieje, lecz nie wskaże tego, czy cierpienie nerek jest samoistnem, czy też ściśle związane z cierpieniem serca.

Na tablicy fig. 16 przedstawiłem krzywe badań kryoskopowych moczu chorego, u którego na podstawie spostrzeżeń klinicznych rozpoznano zapalenie nerek śródmiąższowe i niedostateczność tętnicy głównej. Jak widać z tablicy, szemat ten niczem się nie różni od szematu dla śródmiąższowego zapalenia nerek; klinicznie niedomogi sercowej nie zauważono. W następnym zaś przypadku, gdzie klinicznie rozpoznano tylko rozedmę płuc i niedostateczność zastawki dwudzielnej, kryoskopia wykazała utajone śródmiąższowe zapalenie nerek. Chory Mikołaj N., lat 55, przybył do kliniki z nieznacznymi obrzękami kończyn dolnych, sinicą twarzy i rąk; dotychczas był zdrowy; w wywiadach żadnych chorób; *abusum in Baccho negat*. Klinicznie stwierdzono rozedmę płuc z przewlekłym nieżytem oskrzeli, niedostateczność zastawki dwudzielnej niedomogę serca, miażdżycę naczyń, nieznaczne powiększenie wątroby i niewielki obrzęk nóg; w moczu ślady białka. Na trzeci dzień po przybyciu chorego do kliniki przy obecności zaburzeń sercowych (przerwy, tętno nieprawidłowe, nierówne) kryoskopia wykazuje niedostateczną czynność nabłonka kanalików moczowych: $\frac{\Delta}{\delta} = 1,90$, zamiast 1,40, które przy zdrowych nerkach odpowiadałoby znaczeniu

$\frac{V\Delta}{P}$; znaczenie $\frac{\delta V}{P}$, niższe niż norma, prawdopodobnie znajduje się w związku z niedostateczną czynnością serca. Dnia 22. XII, jak widać z tablicy, czynność nerek jest niedostateczną nawet przy nor-

Grudzień 1901 r.

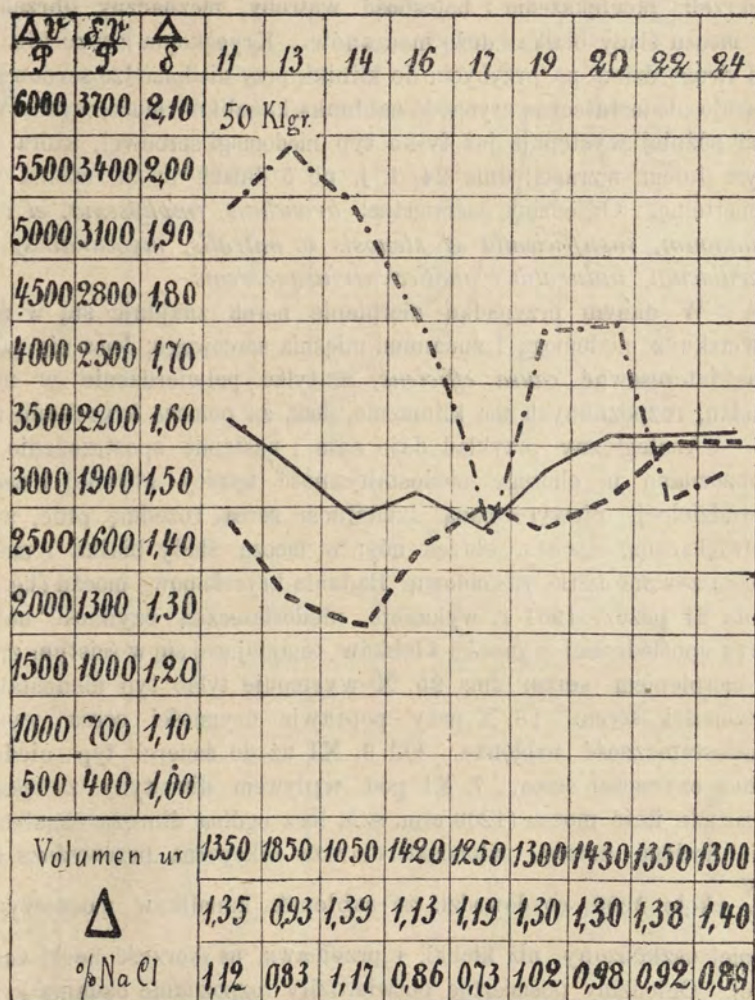


Fig. 16.

malnej czynności serca potwierdzonej klinicznie. Wszystko to razem wzięte przemawia przy niedomodze sercowej za zapaleniem nerek, którego bez zastosowania kryoskopii nie można było odkryć.

Dwa następne przypadki tem więcej zasługują na uwagę, że

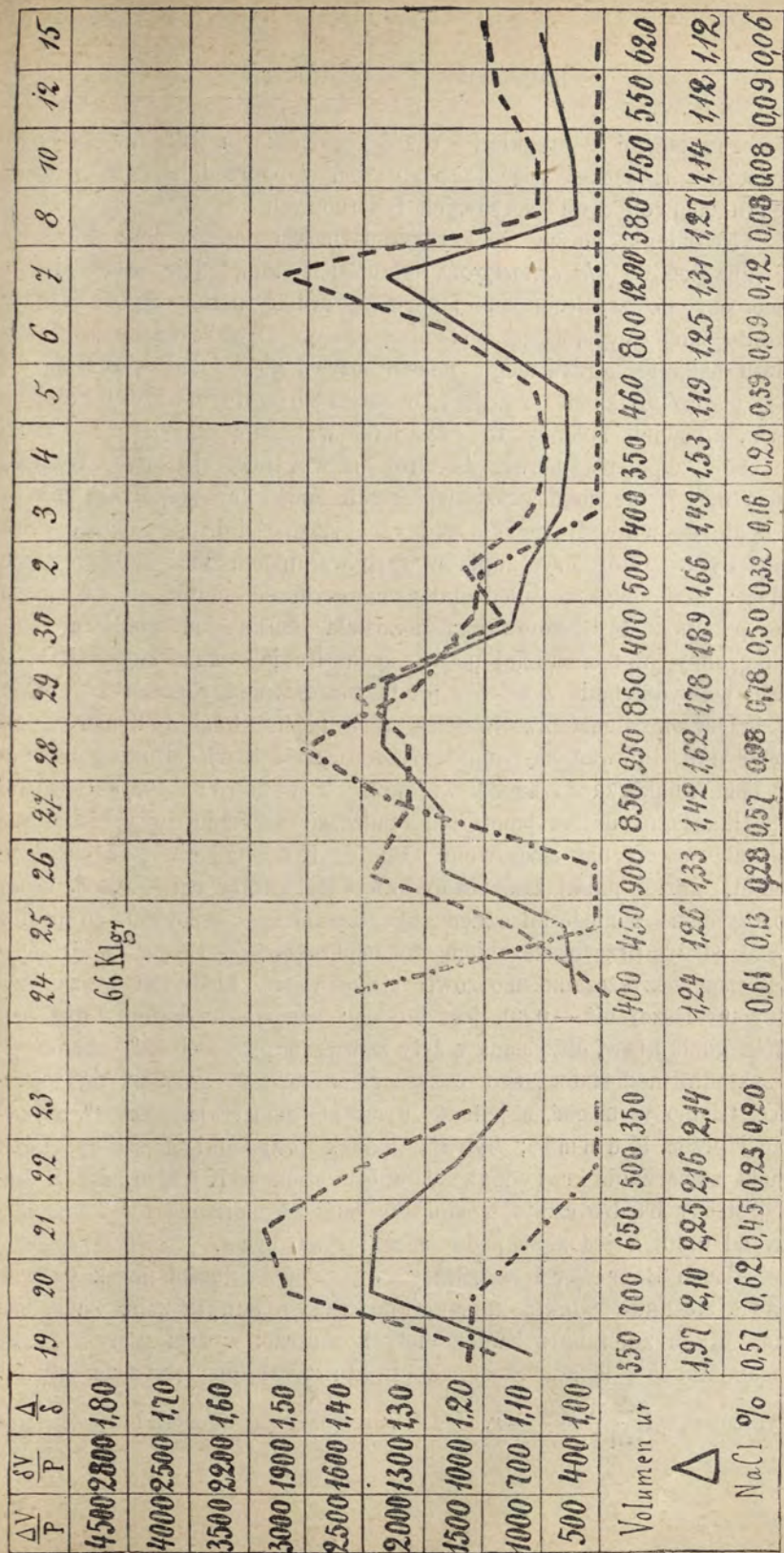
ogłędziny pośmiertne potwierdziły rozpoznanie badania kryoskopowego moczu.

Chory P. K., lat 48, stolarz, przybył ze skargami na duszność, kaszel i ból w okolicy serca; w wywiadach ostry gościec stawowy; klinicznie rozpoznano zwężenie i niedostateczność zastawki dwudzielnej, niedomogę mięśnia sercowego, rozedmę płuc, przewlekły nieżyt oskrzeli, powiększenie i bolesność wątroby, nieznaczny obrzęk stóp; w moczu ślady białka i dużo moczanów. Kryoskopia moczu (fig. 17. I). na drugi dzień po przybyciu do kliniki, przy niedomodze sercowej, wykazuje niedostateczną czynność nabłonka kanalików moczowych. W dwa dni później występuje już tylko typ niedomogi sercowej, która z każdym dniem wzrasta; dnia 24, t. j. po 5 dniach spostrzeżenia zejście śmiertelne. Ogłędziny pośmiertne: *bronchitis, emphysema, et oedema pulmoum, insufficientia et stenosis v. mitralis, myocarditis, hepar cardiacum, induratio cyanotica utriusque renis.*

W danym przypadku cierpienie nerek znajduje się w ścisłym związku z niedomogą i zmianami mięśnia sercowego; lecz nie powinna nas interesować *causa efficiens*, a tylko potwierdzenie w nerkach zmian, rozpoznanych nie klinicznie, lecz za pomocą kryoskopii moczu.

Analogiczny przykład daje nam i następne spostrzeżenie, gdzie rozpoznano u chorego niedostateczność tętnicy głównej i zastawki dwudzielnej, niewyrównaną działalność serca, rozedmę płuc, wątrobę powiększoną, ascites, obrzęk nóg; w moczu ślady białka i moczan; podejrzewano nerkę zastoinową. Badanie kryoskopowe moczu (fig. 17 II) dnia 24 paźdz. 1901 r. wykazuje niedostateczną czynność nabłonka przy upośledzonej czynności kłębków, znajdującej się w ścisłym związku z cierpieniem serca; dnia 25. X występuje tylko typ niedostatecznej czynności serca. 28. X przy poprawie czynności serca występuje niedostateczność nabłonka. Od 3. XI aż do śmierci typ niedostatecznej czynności serca. 7. XI pod wpływem diuretyny zwiększa się znacznie ilość moczu (1200 ctm. sz.), lecz ogólna diureza cząsteczkowa nie osiąga normy, natomiast diureza toksyczna przewyższa normę; $\frac{\partial V}{P}$ około 2200, co dowodzi, że nabłonek kanalików moczowych jest mniej uszkodzony, niż kłębki, i przemawia na korzyść nerki zastoinowej. Ogłędziny pośmiertne potwierdziły rozpoznanie badania kryoskopowego moczu.

Pozostałe wyniki badań kryoskopowych moczu u sercowo-nerkowych chorych, których miałem możność obserwować, nie różnią się w zasadzie od wyżej przytoczonych przykładów i różnica może zachodzić tylko w wahaniu cyfr.



II

Fig. 17.

I

Przytaczać te przykłady byłoby zbyt, jak uważałem za zbyt przytaczać więcej spostrzeżeń w poprzednich dwóch działach u chorych czysto sercowych i nerkowych.

Nadmienić muszę, że kryskopia moczu posiada jeszcze doniosłe znaczenie i dla chirurgów, mianowicie tam, gdzie zachodzi pytanie, czy po wycięciu jednej nerki pozostała nerka będzie działać dostatecznie, wypełniając podwójną pracę. Cewnikowanie moczowodów i badanie otrzymanego moczu używanymi dotąd sposobami nie daje jeszcze całkowitego pojęcia o stanie zdrowotnym każdej z osobna nerki, albowiem sposoby te często nie wykazują utajonego śródmiąższowego zapalenia nerek, jak to już wyżej widzieliśmy. Wycinać jedną nerkę, nie dokonawszy wprawdzie badania kryoskopowego moczu, t. j. nie upewniwszy się o dostatecznej czynności drugiej nerki, niema racji bytu. Otóż kryskopia w tych warunkach może oddać ważne usługi: jeżeli wykaże niedostateczną czynność nerek, nephrektomia nie powinna być stosowana; pozostała nerka już niedostatecznie funkcjonująca, tembardziej po wycięciu drugiej okaże się niedostateczną do wydzielania z ustroju produktów przemiany materii.

Dla określenia przeciwskazania do nephrektomii K ü m m e l proponował posilkować się punktem zamarzania krwi. Podług K o r a n y i'ego punkt zamarzania krwi ludzi zdrowych równa się $-0,56^{\circ}$ i podług tegoż autora punkt ten obniża się znacznie przy niedostatecznym oczyszczeniu moczowem. Podług K ü m m l a w każdym przypadku, gdzie punkt zamarzania krwi jest niższy niż $-0,60^{\circ}$, mamy do czynienia z niedostatecznym oczyszczeniem moczowem, co podług niego służy przeciwskazaniem do nephrektomii. Przyznawać niedostateczne oczyszczenie moczowe tylko wtedy, kiedy krew zamarza przy t° niższej niż $-0,60$, jest błędem: sam spostrzegałem kilka mocznicy, gdzie krew, otrzymana z żyły zamarzała przy $-0,58^{\circ}$. Lepszego przykładu niedostatecznego oczyszczenia moczowego krwi nad mocznicę, trudno wymagać, a jednak krew nie zamarzała przy t° , wymaganej przez K ü m m l a; bywają jednak przypadki mocznicy, gdzie punkt zamarzania krwi odpowiada spostrzeżeniom K ü m m l a. Z drugiej strony bardzo często w sinicach punkt zamarzania krwi jest niższy od $0,60$, a jednak napadu mocznicy nie bywa.

Leon B e r n a r d określał stan przepuszczalności nerek na podstawie stosunku punktu zamarzania krwi do punktu zamarzania moczu. Krew zbierano z baniek ciętych naczezo; w tym samym czasie badano także i moc. Stosunek punktu zamarzania obu tych płynów wyrażony był $\frac{\Delta \text{mocz}}{\Delta_1 \text{ krwi}} = r$. Jeżeli r równa się jednostce lub tylko tro-

cję ją przewyższa, to oznacza nieprzepuszczalność nerek—twierdzenie błędne, jeżeli weźmiemy pod uwagę choćby tylko ludzi oddających dużo moczu. U wszystkich ludzi z obfitą diurezą punkt zamarzania moczu zawsze przybliży się do 0, a punkt zamarzania krwi pozostaje bez zmiany a więc— $0^{\circ},56$. Twierdzić, że $r=1$ oznacza nieprzepuszczalność nerek, znaczyłoby przyznawać ją u wszystkich osobników z obfitą diurezą; wniosek to zbyt ryzykowny, albowiem w pracach Claude'a i Balthazarda, równiaż jak i w pracach Bousquet'a znajdujemy wiele faktów, objaśniających, że nasycenie cząsteczkowe moczu i krwi nie zależy li tylko od przepuszczalności nerek. Bardzo jest dużo chorych nerkowych, u których $r > 1,5$ a nawet $= 2$, również jak bywają osobniki ze zdrowymi nerkami, u których stosunek ten jest mniejszy od 1,5, a nawet $= 1$.

Streszczając się, mogę powiedzieć, że wszystkie te sposoby określania nieprzepuszczalności nerek można zarzucić, jako nie mające dostatecznej podstawy, a zatrzymać tylko badania kryoskopowe moczu podług Claude'a i Balthazarda, jako najracjonalniejsze.

Na zakończenie niniejszej pracy przytoczę ostateczne *wyniki kryoskopii moczu*, do jakich doszedłem na podstawie przeszło 80 spostrzeżeń.

W chorobach serca w okresie całkowitego wyrównania działalności wyniki kryoskopii moczu niezem się nie różnią od wyników otrzymanych u ludzi zdrowych. Przy znacznym przeroście mięśnia sercowego, miażdżycy naczyń, lub pod działaniem leków nasercowych, ogólna cząsteczkowa diureza niekiedy znacznie się wzmacnia ponad normę, natomiast inne własności moczu pozostają bez widocznej zmiany.

W niedomodze sercowej ogólna diureza cząsteczkowa znacznie się obniża, a diureza toksyczna dość często pozostaje w granicach normy, lub też nieznacznie się zmniejsza, lecz nie osiąga takich minimalnych cyfr jak przy zapaleniu nerek; stosunek ogólnej diurezy do diurezy toksycznej zawsze bardzo mały. Punkt zamarzania moczu po większej części leży poniżej -2° ; ilość chloru znacznie zmniejszona. W miarę polepszenia wszystkie te własności moczu zbliżają się mniej więcej do normy. Najważniejszy jednak wynik kryoskopii moczu w dziedzinie chorób sercowych ten, że w każdym pojedynczym przypadku możemy osądzić, czy praca fizyczna osobnika odpowiada działalności serca.

W zapaleniu nerek kryoskopia moczu nie daje wskazówek, na mocy których moglibyśmy odróżnić ostre zapalenie nerek od przewlekłego, miąższowe od śródmiaższowego. Możemy tylko na podstawie badań kryoskopowych wnioskować, jaka część nerek więcej zajęta: kłębki, czy też nabłonek kanalików moczowych. W zależności od umiejscowienia sprawy otrzymujemy także różną ogólną diurezę, diurezę toksyczną i wzajemny ich stosunek. Jeżeli zajęte tylko lub przeważnie kłębki, ogólna czasteczkowa diureza znacznie się obniża, diureza toksyczna mało co mniejsza od normy, a stosunek ogólnej diurezy do diurezy toksycznej wyrazi się większą lub mniejszą cyfrą, zależnie od czynności nabłonka kanalików moczowych wynik odwrotny otrzymamy, jeżeli zajęty będzie przeważnie nabłonek kanalików moczowych, a kłębki w stopniu nieznacznym.

Punkt zamarzania moczu, wogóle można powiedzieć waha się pomiędzy 0 i $-1,0^{\circ}$; nie daje cech właściwych miąższowemu lub też śródmiaższowemu zapaleniu nerek. Spostrzegałem miąższowe zapalenie nerek, gdzie Δ u jednych chorych wahał się pomiędzy $-1,0^{\circ}$ — $-0,046^{\circ}$, a u drugich pomiędzy $-1,0^{\circ}$ i $-2,0^{\circ}$; tych ostatnich spotykałem więcej. Przy śródmiaższowym zapaleniu nerek Δ wahał się po większej części pomiędzy $-1,0^{\circ}$ i $-0,56^{\circ}$. Nie widziałem jednak zapalenia nerek, gdzieby Δ moczu był znacznie wyższy od $-0,56^{\circ}$. W miarę poprawy Δ zbliża się do normy. Ilość wydzielanego chloru sodu nie przedstawia żadnych osobliwości.

Przepuszczalność nerek w okresie trwania choroby jest rozmaita: w jednych przypadkach przepuszczalność mniejsza, w innych prawidłowa, niekiedy znów zwiększona, co naprowadza na myśl, że mamy do czynienia z przerostem zastępczym zdrowych części nerek. Co się tyczy rokowania, to tam, gdzie w przebiegu choroby przez kilka dni z rzędu diureza toksyczna jest niższa od 700, jest ono prawie zawsze złe, toż samo można powiedzieć o diurezie ogólnej u chorych sercowych i sercowo-nerkowych; wyjątki są tu rzadkie. Oprócz tego należy zauważyć, że tam, gdzie zwykłe badanie kliniczne nie daje żadnych wskazówek na cierpienie nerek, kryoskopia odkrywa je bardzo wybitnie; kliniczne objawy cierpienia nerek znikają często wcześniej, niż następuje rzeczywiście całkowita ich przepuszczalność i są powodem błędnego rozpoznania; kryoskopia strzeże nas od tego rodzaju omyłek.

W powikłaniach ze strony chorób gorączkowych cechy kryoskopowe moczu właściwe nefrytykom schodzą na drugi plan, ustępując miejsca cechom więcej właściwym niedomodze serca.

Dłutrwające powikłania ze strony serca dają wyniki takie, jak przy niedomodze serca. Nieznaczne powikłania nie wywierają często

żadnego wpływu. W okresie ciężkich powikłań ze strony serca bywają jednak chwile, kiedy czynność serca polepsza się i wtedy kryoskopia moczu wysuwa na pierwszy plan niedostateczną czynność

Co się tyczy wyników u chorych *sercowo-nerkowych*, to spotykałem tutaj wszystkie osobliwości właściwe chorym sercowym i nerkowym; jednak w ostatecznym okresie choroby zawsze występuje typ niedomogi sercowej.

L i t e r a t u r a.

Zeitschrift für klinische Medicin 33 und 34 Band. Physiologische und klinische Untersuchungen über den osmotischen Druck thierischer Flüssigkeiten: Von Alexander v. Korányi.

Sur la Crioscopie des urines par Claude A. Balthazard.

1889. v. Limbeck. Ueber die diuretische Wirkung der Salze. Archiv für experim. Pathol. u. Pharmacol. S. 64.

Massart. Sensibilité des organismes à la concentration des solution salins. Arch. de Biologie p. 515.

Dresler. Ueber Diurese. Archiv für exper. Pathol. u. Pharmacol. S. 303.

Korányi u. A. Fisch. Zur Physiologie der Harnabsonderung. Centralblatt für die med. Wissenschaften № 26.

Korányi. Zur Theorie der Harnabsonderung. Centralblatt für Phys. 3 November.

Hamburger. Ueber die Bestimmung der osmotischen Spaukraft von physiologischen und pathologischen serösen Flüssigkeiten mittelst Gefrierpunkts-erniedrigung. Centralblatt f. Physiologie. H. 24.

Vinter. Sur la concentration moléculaire des liquides de l'organisme. Arch. de Physiologie 1896. Janvier.

— ❖ — ❖ — ❖ — ❖ — ❖ —

Spostrzeżenie z praktyki.

II. Przypadek odmy podskórnej ex aspiratione (emphysema subcutaneum) po silnem stłuczeniu klatki piersiowej.

Nie wdając się w szczegółowe rozpatrywanie literatury danego przedmiotu, pragnę jedynie opisać nadzwyczaj ciekawy — ze względu

na powstanie i zupełne wyzdrowienie — przypadek, jaki miałem sposobność obserwować w swej praktyce w Lipnie w początku roku bieżącego. Niejaki W., woźnica, idąc koło woza podczas wjazdu w bramę, dostał się nieszczęśliwie między słup i wóz tak, że zrobił obrót cały z mocno przygniecioną klatką piersiową, nie stracił przytem przytomności, tylko poczuł od razu mocny ból, skoncentrowany w okolicy prawego łuku żebrowego, a po chwili zauważył, że twarz cała mu puchnie i szyja grubieje. Wezwany zostałem do chorego do domu, dokąd go przywieziono w pół godziny po tem zdarzeniu, zastałem go w łóżku mocno stękającego, narzekającego na znaczny ból w prawym boku, szczególnie przy wdechu głębokim, oraz silną duszność. Już na pierwszy rzut oka widocznem było dla mnie, że stało się tu coś niezwykłego. Ogromna głowa, poduszki zamiast powiek, twarz obrzmiała niezmiernie, rozdęta szyja, wszystkie wgłębienia zatuszowane, zatarte kontury klatki piersiowej i daje się zauważyć, jak stopniowo obrzęk coraz niżej i niżej się spuszcza i po kilkunastu minutach dochodzi już do pasa; górne kończyny, z początku (obserwacyi) zupełnie wolne od obrzęku, grubieją i nadymają się; okolice łopatek do tego stopnia wzdęte, że tworzą jakby dwie poduszki gumowe. Macając ręką miejsca obrzmiałe, czuję i słyszę wyraźny szmer trzeszczący; opukiwanie daje odgłos jasny tympaniczny.

Na powiekach bardzo uwidocznia się, jak przesuwały się tuż pod skórą oddzielne pęcherzyki powietrza i przechodzą pod naciskiem palca z górnej powieki do dolnej i naodwrot. Rzecz naturalna, iż mamy do czynienia z przedostaniem się powietrza do tkanki łącznej podskórnej, z t. zw. emphysema subcutaneum, co łatwo rozpoznać na zasadzie następujących objawów: 1) obrzmienie przy omacywaniu miękkie, sprężyste, 2) po ucisku nie pozostaje ślad w postaci dołka, 3) szmer trzeszczący przy macaniu, 4) odgłos tympaniczny przy opukiwaniu i, wreszcie, 5) szybkie powstanie i takż rozwój obrzęku z jednej i lokalizacya z drugiej strony.

Zachodzi pytanie, jaką drogą przedostało się w tym przypadku powietrze do klatki łącznej podskórnej. Na skórze niema najmniejszego śladu zranienia, lekkie zdrapanie na nosie roli tu grać nie może; osobnik, dotychczas zupełnie zdrowy, bez cierpienia płuc, przełyku, krtani, tchawicy, żołądka lub kiszki, bez żadnego owrzodzenia gdziekolwiek w tych organach; pęknięcie przełyku stanowczo jest wykluczone; istnieje tu jednak jeden tylko objaw, który rozjaśnia sprawę całą, mianowicie ból dotkliwy w okolicy żeber z prawej strony i, jakkolwiek, wymacać żeber wskutek obrzmienia nie można i namacalnie skonstatować złamania jednego lub kilku żeber, jednak

domysł najprawdopodobniejszy, że nastąpiło złamanie żebra, rozdarcie opłucny i płuca w pewnym miejscu — skąd powietrze ma drogę otwartą do tkanki podskórnej; zastanawia tylko brak objawów rozdarcia płuca w postaci haemoptoe lub mocnego podrażnienia kaszlowego, co jednakże można wytłumaczyć, być może, małym rozmiarem rozdarcia i słabym krwawieniem.

Choremu, rzecz naturalna, groziło niebezpieczeństwo, bo śmierć mogła nastąpić wskutek uduszenia (Tillmans); duszność w danym przypadku wciąż się wzmagała, ucisk mocny na krtań, tchawicę, naczynia szyjowe powiększały niebezpieczeństwo, co zmusiło do czynnego wystąpienia. W okolicy łopatek zapuściłem w kilku miejscach troakar (n. b. po ściślejsz dezynfekcyi skóry) i powietrze wyrwało się przez rurkę ze świstem i nawet po usunięciu rurki otwór został tej samej wielkości i powietrze wciąż się wydobywało; zachęcony ulgą, jaką chory poczuł, ze względu na sinicę, postawiłem bańki cięte na plecy, na przednią powierzchnię klatki piersiowej, tuż pod obojczykami; krew wychodziła zmieszana z powietrzem, w niektórych zaś miejscach bańki ciągnęły samo tylko powietrze. Po tem wszystkim objawy duszności zmniejszyły się, oddech polepszył się, chory był spokojniejszy. Naza-jutrz odwiedziłem chorego i znalazłem już obrzmienie dolnych kończyn — chory robił wrażenie bezcki. Biorąc pod uwagę złe warunki higieniczno-sanitarne, w których chory się znajdował, odesłałem go do szpitala powiatowego, gdzie i powietrze dobre i należyta opieka są na miejscu, — tam zaczął się poprawiać, powietrze powoli, ale stopniowo wehlaniało się i po kilku tygodniach chory wrócił do zupełnego zdrowia.

O ile wiem, odma podskórna i w takim stopniu rozlana, jak w danym razie, nie należy do zjawisk zbyt częstych, dlatego też pozwoliłem sobie opisać ten przypadek. Na jeden jeszcze szczegół pragnę zwrócić uwagę: na nadzwyczajną sprężystość i wytrzymałość skóry, która pod wpływem tak mocnego ciśnienia — rozdęcia na łopatkach szczególnie — nie pękła.

D-r Mieczysław Themerson.

Płock.

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

341. F. K. Weber. **O leczeniu operacyjnym zwichnięć zastarzałych łokcia.** (Russk. chirurg. archiw. Tom. 4. 1902.)

Praca oparta została na dwóch przypadkach, z których w drugim autor operował sam. Rzecz dotyczyła 46-letniej włościanki z kończyną górną, wyprostowaną w łokciu prawie zupełnie. Zwichnięcie kości przedramienia ku tyłowi i zewnątrz miało tu miejsce przed 14 miesiącami; podczas badania znaleziono, co następuje: ruchy czynne w łokciu niemożliwe, zeszywnienia kostnego niema jeszcze, zanik mięśni kończyny bardzo wydatny, ostatnia zwiesza się ku dołowi bezwładnie, ruch odsiebny w stawie ramieniowym nie sięgał dalej 20°, nadto istnieje złamanie kości promieniowej w dolnej trzeciej części z wgłobieniem (gomphosis) odłamów. Ruchów w stawie napięstkowym i członeczkowych brak zupełny, palce wyprostowane i sztywne.

Po zachloroformowaniu chorej poprowadzono cięcie sposobem Kocher'a po powierzchni zewnętrznej dolnej części ramienia przez nadkłykieć (epicondylus) boczny pionowo do główki kości promieniowej i na 2 ctm. poniżej tejże, poczem poprowadzono skalpel łukowato na wewnątrz, zakończywszy cięcie na wysokości grzebienia kości przętowej (crista ulnae), t. j. na 6 ctm. ku dołowi od wyrostka łokciowego (olecranon). Celem utworzenia sobie wygodnego do stawu dostępu rozpoczęto cięcie owo na 10 ctm. powyżej nadkłykcia, dochodząc do kości pomiędzy mięśniem trójgłowym od tyłu a mięśniami: brachioradialis i supinator longus od przodu. Oddzieliwszy mięśnie od nadkłykcia zewnętrznego z zachowaniem okostny, nadgłówna radii otwarto torebkę i w jamie stawowej znaleziono nader obfitą ilość przegródek łącznotkankowych. Ponieważ podczas prób wykonywania zgięcia kłykieć zewnętrzny uległ nadłamaniu, odłuszczone część zewnętrzną mocno napiętego mięśnia trójgłowego od zewnętrznego brzegu i szczytu olecrani, poczem udało się dość łatwo zgiąć rękę w łokciu i w stawie rozejrzeć się dokładnie. Teraz przekonano się, że chrząstki kości przedramiennych utraciły swój połysk i uległy przeistoczeniu włóknistemu; obfite zrosty łącznotkankowe spajały kość ramieniową z przedramieniem, torebka, wreszcie, była zapalnie zmienioną. Po rozcięciu zrostów i usunięciu bocznego nadkłykcia przedramię dało się nastawić z łatwością, poczem ruchy stały się zupełnie wolne. Ponieważ utrzymany został związek m. tricipitis z powierzchnią wewnętrzną wyrostka łokciowego, można było rachować na powrót dobrej funkcji. Do stawu założono pasek gazy, resztę rany zasztyt i unieruchomiono kończynę. Rana zagoiła się per primam; po upływie 3½ tygodni rozpoczęto ruchy bierne, masaż i elektryzację pozosta-

jących w stanie zaniku mięśni. Wynik dwumiesięcznej dalszej kuracji był bardzo dodatni: ruchy bierne różniły się od normy nieznacznie, kończynę można było zginać do 75°, wyprostowywać prawie zupełnie; ruchy czynne były mniej rozległe, nawrotne i wywrotne—zachowane w granicach niemal prawidłowych, ruchów bocznych niema wcale. Siła mięśniowa powiększyła się znacznie i operowana może utrzymać w wyciągniętem ręku lewem do 3 kilo.

Na mocy obserwacji powyższej, przeglądu krytycznego istniejących metod operacyjnych i doświadczeń na trupach autor usiłuje rozstrzygnąć pytanie, w jakich przypadkach zastarzanych zwichnięć łokcia należy wykonywać rezekeję, w jakich zaś tylko artrotomię; jakiego rodzaju wyniki otrzymujemy po jednej i drugiej, jak, wreszcie, prowadzić cięcie, by staw otworzyć szeroko bez uszkodzenia koniecznych dla sprawności późniejszej części.

W swych pracach klasycznych pouczył Ollier, że otwarcie stawu za pomocą cięcia en bajonette bez uszkodzenia okalających tenże włókien mięsnych, że wyłuszczenie kości całkiem subperyostalnie nie stanowi, bynajmniej, przeszkód do odbudowania drogą regeneracji końców stawowych, do otrzymania następczo zadowalniających wyników czynnościowych; z tej racji chirurg francuzki odcinał nieraz, z dolnego, zwłaszcza, końca kości ramieniowej kawałki 5 do 6 ctm. długie. Operacja taka udawała się najlepiej u osobników młodych, w wieku 15—25 lat, w tym bowiem okresie zdolność twórcza okostny znajduje się w pełni rozkwitu. Istotnie, wyniki czynnościowe operacji Ollier'a były niekiedy świetne; otrzymano staw mocny, bez ruchów bocznych, z rozgięciem i zginaniem niemal prawidłowem, z dostateczną siłą mięśniową kończyny. Wyniki te jednak nie stanowiły prawidła i sam ich twórca wygłaszał zdanie, że rezekeja ta w obec zwichnięć stawu nie może być uważaną za rękoczyn doskonały, zbyt bowiem wiele poświęca się zdrowej nieraz kości i że bardziej uzasadnionem wydaje mu się otwarcie stawu, t. j. artrotomia, zwana przezeń syndesmotomie' et myomotomie periarticulaire.

Z postępowaniem aseptyki ostatnia ta operacja uzyskała, w Niemczech zwłaszcza, wyłączone niemal prawo obywatelstwa i stąd też przeważnie otrzymaliśmy szereg metod, torujących do stawu łokciowego drogę (Albert, Nicoladoni, v. Eiselsberg, Trendelenburg, Tiling, Kraske i inni). Najodpowiedniejszym autorowi wydaje się cięcie Kocher'a i sposobu tego, jak wspomnieliśmy, trzymał się też w swoim przypadku. W przypadkach cięższych, w których cięcie to nie wystarcza do wykonania nastawienia, autor radzi oddzielać w ciągu dalszym mięsień aż do olecranon. Tu napotykamy napięty silnie mięsień trójgłowy, którego połowę zewnętrzną przeciąć można śmiało aż do szczytu, wiadomo bowiem, że, jeżeli druga połowa mięśnia tego pozostanie w ścisłym z kością związku, sprawność tegoż wyrówna się potem zupełnie. Jeżeli teraz zegnijemy przedramię ku przodowi i na wewnątrz, możemy łatwo staw obnażyć, a, po przecięciu naprężającej części torebki i pousuwaniu odłamów lub rozrostów kostnych, dokonać nastawienia. Jeżeli przeszkadza jeszcze napięty

mocno lub oderwany i umocowany w niewłaściwym miejscu wiąz wewnętrzny, tenże nadcina się ostrożnie od wewnątrz. Autor uważa, że za pomocą operacji Kocher'a i owego uzupełniającego podcięcia m. tricipitis udać się powinno nastawienie w każdym przypadku.

Nie dające się łatwo nastawić zwiechnięcia w łokciu wklajają się w znacznej większości razy złamaniami lub oderwaniem końców stawowych. Części odłamane należy zawsze podczas operacji usunąć, na przyrośnięcie ich bowiem liczyć niepodobna. Na skutek późniejszego wzrostu okostny pozostawione w ranie kawałeczki nadkłykcia, nadbłoczek (epitrochlea) lub oderwanych nasad powstać mogą nieprawidłowe narośla kostne (osteofity), które odbijają się niekorzystnie na wyniku czynnościowym. Tu jednak zachować sobie trzeba w pamięci fakt następujący: odłamany kłykieć zewnętrzny daje się bezkarnie usunąć nawet z okostną, gdyż, bądź co bądź, pozostaje nam jeszcze nietkniętą rozległa grupa mięśniowa, biorąca początek od kłykcia wewnętrznego i cały mochny wiąz wewnętrzno-boczny. Lecz, jeżeli ciężcem wewnętrznym obnażymy ostatni ten kłykieć i wyłuszczymy, choć niewielką, część błoczka (trochlea), staw rozluźnia się natychmiast, jak łatwo przekonać się o tem można na trupach. Condylus internus humeri posiada zatem wagę wielką w zakresie funkcji stawu łokciowego: zachowanie kłykcia tego wraz z przyczepiającymi się doń mięśniami i więzaniem jest warunkiem dla artrotomii udatnej niezbędną. Dla tego też, gdy zwiechnięcie wklaj się odłamaniem condyli int. na przestrzeni znacznej, operacja otwarcia stawu nie zawsze da wyniki dobre, bo zmieszczony ku tyłowi kłykieć utrudnia ruchy zgięcia i wyprostowania, usuniętym zaś być nie może dla powyższej wyłuszczonej względów. W takich też razach zabiegiem jedynie racjonalnym pozostanie rezekcya Ollier'a.

Co do wyników ostatecznych, artrotomia posiada niezaprzeczoną nad rezekcją wyższość. Fakt ten nie wyda nam się dziwnym, gdy uprzytomnimy sobie, że artrotomia nie zmienia, bynajmniej, prawidłowych stosunków anatomicznych, gdy po rezekcji należy czekać dopiero na nowe tworzenie się kości, zdarzające się rzadko i tylko po operacji, dokonanej ręką mistrza. Wczesne rozpoczęcie leczenia następczego w okresie pooperacyjnym (mięśnienie, gimnastyka i t. p.) odgrywa również rolę nader ważną w szeregu usiłowań, zapewniających kończynie sprawność dostateczną. *K. Niedzielski.*

342. D-r L. Thevenot. **O promienicy odbytu i kiszki stołcowej.**
(Revue de chirurgie. Nr 8. Août.)

Promienicy odbytu i kiszki stołcowej nie napotyka się często, choć, sądząc z pozorów, części te ustroju powinny być dla niej nader wygodnym siedliskiem. Illich i Grill w kazuistyce swej, obejmującej 107 przypadków promienicy żołądka i kiszki, przytaczają 7 zaledwie spostrzeżeń, w których omawiana sprawa swoista zagnie-

ździła się w okolicy odbytu; Delacroix zebrał 13 takich przypadków, a dołączając do nich swój czternasty, przyczem zaznacza, że za każdym razem badanie drobnowidzowe potwierdziło w zupełności dyagnozę kliniczną.

Zakażenie promienią odbytu i odbytnicy może być *pierwotnem* lub *wtórnyem*. W promienicy pierwotnej rozróżniamy a) postać zstępującą i b) wstępującą. Pierwsza z nich bywa wtedy, gdy pasorzyt toruje sobie drogę do ustroju przez jamę ustną; w ostatniej zatrzymuje się, mówiąc nawiasem, na stałe bardzo chętnie. W zółtku często niszczy go sok tego narządu, to też zaważone przez infekcję zmiany okołozłazkowe należą do spraw rzadszych; w dalszym ciągu pasorzyt przedostaje się do kiszki, przyczem obiera sobie siedlisko bardzo często w jelicie ślepem, dzięki zwykłej tu zastoinie mas kałowych, wreszcie przybywa do odbytnicy, osiedlając się tamże na nowo. Grzybek promienicy znajduje tu niekiedy śluzówkę chorobowo zmienioną przez owrzodzenia, hemoriody, dziurawiące ją ciała obce i t. p. Uszkodzenia te śluzówki autor uważa za niezbędny dla powstawania zakażeń warunek, jakkolwiek w chwili badania ranki lub owrzodzenia mogą być bardzo powierzchowne, a nawet zaciągnięte blizną.

Z pierwotną postacią wstępującą mamy do czynienia wtedy, gdy zaszczepienie grzybka swoistego odbywa się drogą skałeczonych powłok okolicy odbytu. Obecność pasorzyta wywołuje wówczas w podskórnych częściach miękkich, podczas gdy warstwy głębokie długo mogą być nietknięte. Sprawa chorobowa szerzy się tu naodwrot w porównaniu z postacią zstępującą.

W przypadkach zajęcia wtórnego zakażenie przechodzi na odbytnicę z narządów sąsiednich; ognisko pierwotne gnieździć się może w wyrostku robaczkowym, w jajowodzie lub w pęcherzu moczowym, do którego pasorzyt wtargnął wraz z ciałem obcym np. Zdarza się nieraz, że owo przejście infekcji z pęcherza na kiszki stołcową dochodzi do skutku bez żadnych objawów ze strony dróg moczowych. Z przytoczonej w pracy d-r. T. obserwacji Poncetta, dotyczącej 58-letniego mężczyzny, dowiadujemy się, że osobnik ten przed 20 laty wsadził sobie do pęcherza przez cewkę kłosa żyta; promienica, posuwając się od ściany przedniej pęcherza, zwyrodniała stopniowo jelito stołcowe, tkanki przylegające doń, gruczoł krokowy i skórę dookoła odbytu. Pasorzyt odbywa niekiedy dłuższą jeszcze drogę, szerząc się z umiejscowionego w dwunastnicy lub w lędźwiach pierwotnego ogniska.

Odróżnić klinicznie pierwotną postać wstępującą od zstępującej można tylko we wczesnym okresie cierpienia; w przypadku pierwszym widzimy, że w powłokach zewnętrznych zmiany swoiste są całkiem wyraźne, gdy jama odbytniczo-kulszowa (cavum ischio-rectale) zajęta jest mało; zstępująca da nam objawy odwrotne. W okresach późniejszych sinawa skóra bywa zgrubiała i twarda, później jeszcze miękkie i ostatecznie owrzadza się; widzimy wówczas wydatnie sterczące nietypowe rozrosty, podobne do mas nowotworowych lub zapalnych, które mało krwawią i wydzielają ciecz surowiczo-ropną. Prócz do-

chodzących niekiedy do znacznych wymiarów owrzodzeń, istnieją stale w rozmaitej ilości przetoki z ujściem zewnętrznym bądź dokoła odbytu, bądź w rowku międzypośladowym lub, wreszcie, na samym pośladku. Ujście to, zakryte niekiedy zupełnie przez rozrosty, prowadzi drogą krętą do odbytnicy przez tkanki dokoła tejże leżące, w których właśnie pasorzyt rozmnaża się bez przeszkody. Sprawa swoista dosięga często ku przodowi podstawy członka, może zwyrodniać ciała jamiste nawet; przedarłszy się przez rozciągnęto otrzewno-krokowe ogarnia w rzadszych przypadkach gruczoł krokowy i pęcherz, zamykać może zupełnie zagłębienie Douglasa'a, tworząc ostatecznie zbitą masę zrostów, zespalających jelito stolcowe z pęcherzem, dołem biodrowym i pętlami kiszek cienkich.

Zmiany, dotyczące odbytnicy samej, są różne, zależnie od okresu cierpienia. Z początku ta okolona jest tylko przez złogi promienicze, które zwązają, rzecz prosta, światło jelita; w niedługim czasie, w następstwie ustawicznego drażnienia, śluzówka recti zaczyna dawać wydzielinę obfitą, a jednocześnie z coraz znaczniejszym powiększaniem się nacieku ścian narządu powstają przedziurawienia skóry, przetoki, istniejące niekiedy nawet w powłokach brzusznych od przodu. Dla lekarza jest to wówczas prawdziwy casus inoperabilis et incurabilis. Histologicznie odnajdujemy tu tkankę zarodkową z licznymi ziarenkami barwy żółtej, dostępnymi dla gołego oka; w niektórych miejscach tkanka ta organizuje się, tworząc włókniste masy bliznowate. Pod względem bakteriologicznym zaznaczyć wypadnie, że stwierdzano tu nieraz, prócz grzybka swoistego, obecność paciorkowców lub gronkowców, co pogarsza, i tak już mało pomyślną, prognozę.

Postać wtórna różni się tylko co do swego źródła i rozwoju; zmiany chorobowe widzimy te same, co wyżej. Objawy, trudnej do rozpoznania, promienicy pierwotnej redukują się przedewszystkiem do wcześniej występującej biegunki. Później mamy objawy zwążenia, wreszcie, przetoki i ropnie. Promienica wtórna daje się rozpoznać daleko łatwiej. W przypadkach wątpliwych (gruźlica, przymiot, dyzenterya i t. p.) rozstrzyga wynik badania na drobnoustroje.

Rokowanie staje się pomyślnem wtedy tylko, gdy chirurgowi uda się opanować rzecz całą na początku; w okresie późniejszym, gdy promienica szerzy się już po miednicy małej, gdy na widownię wystąpi zakażenie wtórne, przy jednoczesnem zlutowaniu się trzewów, o wyleczeniu nie może być mowy. Ogólnie rzecz biorąc, promienica odbytu i кишки stolcowej jest jednym z najbardziej niebezpiecznych umiejscowień pasorzyta w ustroju.

Metoda lecznicza zasadza się na połączeniu zabiegów chirurgicznych z terapią; z czynników ostatniej najpotężniejszym jest jodek potasu, który w przypadkach, niepowikłanych infekcją wtórna, może doprowadzić do zmian wstecznych. Pożytecznymi być mogą w razie ograniczenia sprawy pędzlowania jodyną i zastrzykiwania wewnątrztkankowe bądź sublimatu, bądź lapisu.

Dalej, ogniska rozcina się szeroko lub wycina zupełnie, poczem okolicę chorą wyskrobać należy łyżką i wypalić żegadłem wszystkie podejrzane miejsca. W razie potrzeby wycina się część odbytnicy.

Gdy zmiany są bardzo rozległe z wtórnem trzewów sąsiednich zajęciem, interwencya chirurga nie może być skuteczną; stosujemy wówczas stale jod. I w tych razach ropnie otwiera się, unikać jednak należy zabiegów bardziej doszczętnych, jak wyskrobywanie, évidement i t. p., na skutek bowiem osiąganego drogą tą podrażnienia ospały przebieg sprawy chorobowej zaostrza się tylko i rozwiązanie fatalne przyspiesza.

K. Niedzielski.

II. Choroby kobiet i akuszerya.

343. D-r Oskar P o l a n o. **Nowa metoda leczenia wysięków zastarzałych w miednicy.** (Centralblatt für Gynäkol. 1901, № 30).

Zachęcony wynikami dobrymi, osiągniętymi przez prof. B i e r'a w leczeniu dolegliwości chronicznych stawów za pomocą „powietrza ogrzanego“ (Heisslufttherapie), P o l a n o zaczął stosować powyższą metodę w analogicznych chorobach kobiecych. Pomimo nielicznych obserwacji autor, zachwycony wyśmienitymi rezultatami, podaje niniejszy referat krótki w tym celu, aby zachęcić innych do wypróbowania tej metody. Do tej metody leczenia nadają się przedewszystkim zastarzałe wysięki w miednicy; wykluczyć należy świeże stany zapalne.

W jednym przypadku, leczonym za pomocą powietrza ogrzanego, wysięk duży i twardy jak kamień znikł zupełnie po 20 posiedzeniach. Taki sam skutek osiągnął autor przy infiltracyi powłok brzusznych, powstałej po laparotomii, dokonanej przed 6 miesiącami. Po 14 posiedzeniach znikł guz wielkości jabłka, wrażliwy na ucisk; pozostało tylko nieznaczne zgrubienie jako wyraz nowo powstałej tkanki łącznej.

Jeżeli obok wysięku przymacicznego mamy jeszcze daleko posunięte zapalenie przymacieza (pyosalpinx), to ostatnie się nie rezorbuje. W jednym takim przypadku rozpoznanie zostało dopiero wyjaśnione za pomocą powyższej metody. Po stosowaniu powietrza nagrzanego w miejsce dużego guza można było wyraźnie wyczuć salpinx w postaci kielbasy. Przymacieze, które było mocno naciezione przed leczeniem, zupełnie wróciło do stanu normalnego. Nawet po dokonanej przez powłoki brzuszne ineyzyi ropnia, można chorą poddać leczeniu powietrzem nagrzanem w celu usunięcia pozostałego wysięku, jakkolwiek rana się jeszcze nie zagoiła. Należy tylko zupełnie wysuszyć ranę za pomocą proszku jodoformowego, aby sekrecya rany, nagrzana przez powietrze suche, nie parzyła. Nie należy również usuwać pęcherzyków powstałych na skórze wskutek odparzenia; pęcherzyki te bowiem same zasychają przy dalszem nagrzewaniu i nie powodują bolesności.

W 3 przypadkach autor stosował powietrze ogrzane z powodu rozmaitych wskazań. Raz kilkakrotnie poddawał leczeniu ciężarną, będącą w X miesiącu ciąży, wskutek obrzęku warg; wynik był zadowolniający, a ciąża nie została przerwana. Innym razem poddał temu

leczeniu histeryczkę, u której genitalia były w stanie prawidłowym, lecz chora żądała operacji; próba pozostała bez skutku. Wreszcie ostatni przypadek dotyczył aktynomikozy u kobiety, która zgłosiła się z recydywą po dokonaniem nacięcia i wyskrobaniu infiltrowanych powłok brzusznych; recydywa była w tem samym miejscu. Rozpoznanie potwierdzone zostało za pomocą drobnowidza. Już po 7 posiedzeniach infiltrat twardy znikł w okolicy ponad spojeniem łonowem. Sama chora zeznała, że już nie czuje ucisku dokuczliwego na pęcherz. Po 12 posiedzeniach uwidoczniło się chębotanie w głębi powłok brzusznych. Po dokonaniu szerokiego cięcia i wypuszczeniu ropy autor stosował w dalszym ciągu swoją kurację, pomimo iż rana była otwartą. Po 14 następnych posiedzeniach rana zupełnie się zabiłniła. Nie można już było więcej wyczuć nacieczenia powłok brzusznych.

Oprócz polepszenia miejscowego, które możemy stwierdzić przez badanie, przy tej metodzie leczenia ustępuje przedewszystkiem wszelkie subiektywne uczucie bólu. Chore, które nie mogły się same poruszać i były noszone do aparatu, już po kilku posiedzeniach były w stanie o własnych siłach wejść do aparatu i wykonywać różne ruchy (nachylić się i podnieść z ziemi jakiś przedmiot). Żadnych ujemnych działań autor nie spostrzegł; w jednym tylko przypadku powstały na udzie pęcherze (bąble) wskutek oparzenia; była to wina wadliwie urządzonego aparatu pierwotnego. Podczas seansu można wymierzyć zmiany temperatury ciała za pomocą zwyczajnego termometru, osadzonego w rogowie etui.

Następnie autor opisuje swój aparat (skrzynię), który kosztuje 35 Mrk. u F. Haack'a (Greifswald, Langestrasse). Na skrzyni znajduje się otwór dla wstawienia termometru, wskazującego 150° C. W przypadkach wysięków macicznych autor wstawia do pochwy wziernik cylindryczny rogowy, aby ciepło działało bezpośrednio przez sklepienie na wysięk. Pierwszego dnia chora siedzi w aparacie 20 minut przy temperaturze 120° C.; powyższą temperaturę osiąga się już po 4—5 minutach. Temperaturę i czas trwania posiedzenia stopniowo się podwyższa. Już po 8 dniach najgrymasniejsze chore znoszą temperaturę 135—150° C. przez 3 kwadransy. Działanie powietrza ogrzanego na skórę jest kolosalne. Kobiety tęgie pocą się bardzo. Części ciała, znajdujące się w aparacie, są rakowato czerwone z odcieniem marmuru. Z szyi macicznej przez wziernik wstawiony leje się obficie sekrecya.

Ponieważ chore doznają uczucia palenia, autor każe zwilżać ciało ręcznikiem wilgotnym. Ponieważ po skończonym seansie następuje stopniowe ostudzenie ciała w ciągu 5 minut, chore zostają do sucha wytarte i dostają opaskę brzuszną z ręcznika i waty i pozostają w łóżku godzinę. Kuracya wymaga dużo czasu, gdyż na każdą chorą przypada $\frac{3}{4}$ do 1 godziny. Przy pewnem doświadczeniu wystarcza tylko kontrola lekarza, reszty dokona wyuczona posługaczka. Dla pewności chora dostaje do ręki dzwonek, aby mogła w razie potrzeby alarmować doktora.

Przytoczone spostrzeżenia pouczają nas, że leczenie powietrzem ogrzanem (Heisslufttherapie) prędko i skutecznie powoduje wessanie wysięków.

M. Warszawski.

344. D-r E. K e h r e r. **Przyczynę do leczenia zastarzałych wysięków miednicy.** (Centralbl. für Gynäk. 1901, № 52).

Z dawien dawna wysięki zastarzałe leczone były konserwatywnie. W ostatnich jednak czasach uwidocznił się zwrot ku leczeniu chirurgicznemu: nożem otwierano nie tylko zbliżone do powierzchni ciała ropnie, lecz starano się dojść do głęboko ukrytych w miednicy wysięków przez odpowiednie sklepienie. Fakt jednak, że 95% wysięków przymacicznych kończy się wessaniem, zwrócił na siebie w ostatnich czasach uwagę ginekologów i zachęcił ich do szukania sposobu, za pomocą którego można byłoby przyspieszyć wessanie (95%) wysięków przymacicznych i prędzej chorobę wyleczyć.

Posiadamy cały arsenał środków, powodujących przekrwienie organów miednicowych: i lekarskie, i wodolecznicze, i termiczne. Oprócz środków ogólnie wzmacniających organizm przez odpowiednie dobre pożywienie, mieszkanie higieniczne, sztuczne środki pożywne, tran, kwas fosforowy etc. stosujemy jeszcze zabiegi lecznicze rezorbcyjne.

Do ostatnich należą tampony z gliceryny, a zwłaszcza zalecane przez H. W. F r e u n d'a i innych tampony, maczane w ichtyolglicerynie (5—20%). Ichtyolowi przypisują własności znieczulające, odkażające i wysuszające, przez co przyspiesza się wessanie wysięków w bliżkości pochwy położonych. W przypadkach wysięków bardzo bolesnych stosujemy 6% roztwór chloral-gliceryny w tamponach, obok tego czopki z makowca i belladonny lub osławionej kodeiny.

W celu przyspieszenia wessania wysięku stosujemy również jod, smarując powłoki brzuszne lub sklepienie pochwy tra jodi lub jodwazogenem, lub też kładziemy do pochwy tampony, zmoczone w jodkaliglicerynie. Unguentum cinereum lub masę srebrną C r e d e g'o wcierymy w skórę poprzednio wymytą, w okolicy wysięku.

W leczeniu wysięków zastarzałych hydroterapia, umiejętnie stosowana, znajduje wdzięczne pole, powodując prawdopodobnie wzmoczoną przemianę materii i ułatwiając wessanie mas zapalnych.

Następnie gorące irygacje pochwowe, stosowane z dobrym skutkiem w różnych cierpieniach kobiecych, w subinwolucji macicy poporodowej, w zastarzałym metrycie, w celu rozmięczenia blizn i rozluźnienia zrostów otrzewnowych, mają wdzięczne zastosowanie w sprawach wysiękowych przymacicznych. Tutaj również wspomnieć należy o irygacjach pochwowych stałych o temperaturze wysokiej przy pomocy aparatu Hasse'go (gruszka szklana z przyplływającą i odpływającą rurką), służące do wywoływania przekrwienia organów płciowych. Kąpiele nasiadowe i jednoczesne irygacje pochwowe zwiększają stopień przekrwienia. Po kąpieli staramy się utrzymać przekrwienie organów brzusznych za pomocą ciepłych kompresów na ścianę brzuszną w ciągu 1—2 godzin, zmieniając je od 2 do 4 razy przez ten czas.

Następnie rozporządzamy jeszcze terapią uciskową (Freund, Anvard, Funke, Selanta i Halban) w przypadkach wysięków przymacicznych; jest to kolpeurynter, wypełniony rtęcią. W nowszych czasach cieszył się uznaniem kolpeurynter, wypełniony rtęcią i powietrzem (Pincusa); ma on tę zaletę, że można w nim dozować siłę ucisku. Działanie ciężarów na zmniejszenie wysięków jest bardzo powolne, przyczem chore doznają podczas ucisku silnego bólu. W miejscu ucisku występuje anemia, która po zdjęciu ciężarów ustępuje miejsca przekrwieniu. Jest to działanie wprost przeciwne hydroterapii, przy której występuje przedewszystkiem przekrwienie, a potem anemia organów miednicy. Przez występujące na przemian przekrwienie i niedokrewność przyspiesza się wessanie wysięku.

Daleko większe (niż przy stosowaniu hydroterapii) przekrwienie organów, w miednicy położonych, można osiągnąć za pomocą metody (Heisslufttherapie) Polano, podanej w celu leczenia chronicznych wysięków przymacicznych. Wytknąwszy strony ujemne aparatu używanego przez Polano, autor podaje opis aparatu elektrycznego, używanego w klinice w Bonn. Aparat posiada 4 lampki Edisona o sile 110 wolt. Ciepłota produkowana sięga 100° C. na skórę brzucha. Podczas stosowania tego aparatu leje się z chorej pot strumieniem. Pomimo obfitej transpiracji chore przybierają na wadze, apetyt się wzmacnia, a wygląd zewnętrzny znakomicie się poprawia. Autor zaczyna od 15 minut i z każdym dniem następnym podwyższa temperaturę aparatu i przedłuża czas trwania seansu, dochodząc aż do 60 minut. Po usunięciu aparatu i (obsuszeniu) wytarciu ciała, chorą zawijano w kołdrę wełnianą; niekiedy nawet przykładano kataplazm na ścianę brzuszną. W każdym przypadku kontrolowano uczucie subiektywne i obiektywne chorej; co 3 dzień badano stan chorej przy opróżnionej odbytnicy i opróżnionym pęcherzu i porównywano ze stanem poprzednim. Jednocześnie podawano chorym dobre pożywienie z dodatkiem niewielkiej ilości alkoholu.

Autor potwierdza zdanie Polano, że przedewszystkiem nadają się do tego sposobu leczenia zastarzałe wysięki miednicy. Następnie autor akcentuje fakt, że za pomocą tej metody można dojść do prawdziwego rozpoznania w przypadkach więcej zawikłanych, mianowicie, kiedy wysięk maskuje guz lub stan zapalny przymacicza (pyosalpinx, sactosalpinx); ergo - metoda powyższa może służyć jednocześnie aktem przygotowawczym do właściwej operacji. Dla lustracji autor podaje następujący przypadek.

U 27-letniej wielorodki po ostatnim porodzie przedwczesnym (w VII miesiącu) wytworzył się wysięk po stronie lewej macicy; wysięk ten zajmował całe lewe sklepienie i przechodził na stronę lewą miednicy. Przymacicza lewego nie można było wcale wyczuć. Oprócz tego poza szyją macicy wmurowanej znajdował się również guz (wysięk), obejmujący odbytnicę i przechodzący na prawy więz szeroki. Ani tampony ichtyolowe, ani nasiadówki, ani irygacje stałe, ani terapia uciskowa na włos nie zmniejszyły wysięku. Już po 12 dniowym stosowaniu powietrza ogrzanego macica stała się ruchomą; wysięk znacznie się zmniejszył.

Chora na własne żądanie została nieco przedwcześnie wypisana z kliniki. Innym razem autor stosował aparat w przypadku przetoki brzuszno-ściennej, która powstała po laparotomii próbnej przy peritonitis tuberculosa. Z przetoki wydobywał się płyn ropiasty i pomimo wszelkiej terapii (pałeczki z jodoformu, 25% H_2O_2 , 10% sublimatalkohol, skrobania, Arg. nitrici.) przetoka nie mogła się zagoić. Dopiero powietrze nagrzone spowodowało zagojenie przetoki. Na uwagę zasługuje fakt, że chora ta, mając nacieczenie lewego wierzchołka płuc, silnie pocila się w nocy. Obfite poty nocne, które z trudnością ustępowały pod wpływem agarycyny, zupełnie znikły w nocy przy stosowaniu powietrza ogrzanego, występując tylko w lekkim stopniu w dzień.

Autor wypróbował powyższą metodę w przypadkach parametritidis posterioris i przyszedł do przekonania, że bóle ustąpiły natychmiastowo. Wreszcie, zapewnia autor, jeżeli Heisslufttherapie nie działa bezpośrednio na sprawę chorobową, to w każdym razie umożliwi masaż (czyni niebolesnym), potrzebny do wyleczenia tej choroby.

Oprócz wysięków przymacicznych stosowano powietrze nagrzone przy perimetritis i pelveoperitonitis; bóle, towarzyszące tym sprawom chorobowym, prędko znikają.

Następnie, powietrze ogrzane może mieć zastosowanie u chorych, które przebyły cięcie brzuszne długotrwałe z utratą znaczną krwi, w celu rozgrzania całego organizmu w kilka minut. Powietrze ogrzane będzie w stanie goić przetoki brzuszno-ścienne, czyto tuberkuliczne, czy też powstałe po laparotomii wskutek ropienia szwów. Przekrwienie może przyspieszyć eliminację szwów.

Powietrze ogrzane, być może, rozluźnia zrosty perytonealne, które przykuwają macię do tylnej ściany miednicy. Wtedy można łatwiej rozciągnąć i rozerwać zrosty sposobem Schultze'go i, proponowana przez Bröse'go, ventrofixatio macicy będzie mogła z łatwością być zastąpiona przez operację Alexander-Adms'a. Aplikacja powietrza ogrzanego byłaby również z dobrodziejstwem stosowana przeciw bólom, powstałym wskutek zrostów sieci po laparotomii.

W końcu autor wypowiada nadzieję, że ta nowa metoda bezwątpienia znajdzie zastosowanie w pewnej kategorii chorób kobiecych, które uchodziły dotychczas za nieuleczalne, jako to niedorozwoju organów płciowych (genitalia infantilia). Wszelka, dotychczas stosowana, terapia w większości przypadków okazała się płonną.

Według zdania autora, w ostatniej chorobie oprócz środków wzmacniających organizm należałoby dbać o wzmoczony przyływ krwi zdrowej do organów płciowych. Tego może dokonać aparat rozgrzewający w połączeniu ze środkami dotychczas stosowanymi. Przyszłość pokaże, o ile ta nadzieja jest słuszną i nie przekracza granic optymizmu.

Możemy tymczasem się cieszyć, że w nowej tej metodzie, którą zawdzięczamy Polano, znaleźliśmy środek, który o wiele lepiej, niż

dotychczas znane środki, przyspiesza resorbeyę wysięków, podnosząc przemianę materyi w tkankach.

Autor jednak nie uważa tej metody wyłącznie za specificum przeciw zastarzałym sprawom zapalnym tkanki łącznej miednicy, lecz radzi stosować nową metodę w połączeniu z niektórymi starymi aplikacyami. Dla przykładu opowiada, jak u pewnej chorej stosowano rano i wieczór o godzinie 7-ej nasiadówkę ciepłą z irygacją ciągłą. Pomiędzy godziną 9 a 11 i 2 a 5-ą aparat rozgrzewający w ciągu godziny, po czym chora, wytarta do sucha, dostawała jeszcze kompres rozgrzewający na brzuch. Jednocześnie autor leczył u tej chorej upławy za pomocą drożdży sterylizowanych i cukru według Albert'a; tampon zmoczony w drożdżach rozpuszczonych w wodzie cukrowej autor wstawiał do pochwy aż do części pochwowej, w położeniu bocz-nem chorej o godzinie 8-ej wieczór i usuwał go nazajutrz pomiędzy 6 a 7-ą rano. Wreszcie, autor zwraca uwagę na wygodę i czystość aparatu. W ciągu pół minuty można aparat wprowadzić w ruch i zagasić.

M. Warszawski.

345. D-r D ü t z m a n n. **Leczenie wysięków.** (Monatschrift für Geb. und Gynäk. 1902, Bd. XVI, Hft. I, str. 71).

Od czasu, kiedy w klinice Greifswaldzkiej zaczęto stosować w celach leczniczych powietrze ogrzane, autor obserwował znakomite wyniki zarówno w przypadkach starych twardych wysięków, jak i w świeżych ropnych; w wyjątkowych tylko razach, kiedy stan ogólny, wada sercowa lub stan gorączkowy stanęły na przeszkodzie, stosowano tampony z ichtyolu i kataplazmy.

Autor dzieli wysięki na 2 kategorie: 1) na świeże ropne wysięki i 2) na stare resztki wysiękowe. Ostatnie powodują zaburzenia wskutek skurczu blizny i zrostów, a pierwsze przez obecność w ustroju ropnia. W pierwszym przypadku chcielibyśmy wyleczyć organizm przez wessanie, a w drugim przez usunięcie ropnia już dojrzałego.

W jaki sposób powietrze gorące działa w obu przypadkach jednakowo zbawiennie, autor objaśnia w ten sposób: organizm silnie reaguje na ciepłość 150° C. Tętno wskazuje 150 uderzeń w minutę, skóra silnie się czerwieni, pot obficie się leje; jest to dowód, że gorą o sprowadza przekrwienie czynne, żywszą przemianę materyi, która powoduje wessanie szybsze wysięku.

Podwyższenie ciepłoty ciała w odbytnicy o 0,2—0,4 wskazuje, że powietrze nagrzane działa i na organy wewnętrzne. Niejednokrotnie autor obserwował, jak po 3—4 aplikacyach twardej, jak kamień guz zapalny zropiał i można było przez ineyzyę ropę wypuścić, a przy zastarzałych wysiękach następowało znaczne polepszenie subiektywne.

Przez zmianę nagłą temperatury (gdyż chore po suchej gorącej kąpieli dostawały zimne obmywania) apetyt się wzmagał, przez co stan ogólny chorej się poprawia.

Dla lustracyi autor przytacza następujący obraz chorobowy: 35-letnia pacyentka miała wysięk zastarzały w lewem przymaciczu

wielkości pięści, który powstał po porodzie. Chora z ledwością się poruszała i nie była w stanie pracować. Już po kilku kąpielach suchych gorących chora mogła się wyprostować i swobodnie się ruszać. Apatyczna przedtem kobieta stała się żywszą i raźniejszą. Chora wzięła wszystkiego 22 kąpiele, poczem guz znikł; tylko w prawem przymaciaczu można było wyczuć twardą, niebolesną, bliźnę (Strang).

W świeżych ostrych przypadkach przebieg był następujący: 40-letnia chora zauważyła po porodzie guz, powiększający się po stronie prawej; bolesność nadzwyczajna i dreszcze. Chodzenie i nachylenie były niemożliwe. Przy badaniu znaleziono twardy guz, miejscami chęłboczący, długości 25 ctm. i szerokości 12 ctm. Temperatura była normalna.

Po 3 kąpielach suchych guz zmiażdżył. Ineyzya i wypuszczenie ogromnej ilości ropy; wysięk znacznie się zmniejszył. Po następnych kąpielach wysięk zupełnie znikł, pozostała tylko szeroka, nieczuła bliźna.

W trzecim przypadku chodziło również o poporodowy wysięk lewostronny, długości 21 ctm. i 13 ctm. szerokości. Ani śladu chęłbotania. Guz był równomiernie twardy i bolesny. Badanie krwi wykazało wzmózoną ilość leukocytów, a mianowicie 17300. (O znaczeniu wzmózonej ilości leukocytów zobacz referat mój z pracy Dützmanna w № 18, Kroniki str. 750.)

Po 5 kąpielach suchych guz znikł i w kilku miejscach można było skonstatować chęłbotanie. W miarę powiększania się ropienia, leukocytów wzrastała, a po przecięciu i wypuszczeniu ropy ilość wróciła do normy. I w tym przypadku pozostała tylko bliźna szeroka i niebolesna. Przytoczone przypadki dostatecznie świadczą o dokładności nowej metody leczenia wysięków.

M. Warszawski.

346. D-r Oskar Polano. **W kwestyi stosowania powietrza ogrzanego (Heisslufttherapie) w ginekologii.** Centralblatt für Gynäkologie 1902, № 37).

W pracy niniejszej autor podaje ostateczne wyniki i doświadczenie, jakiego nabral po jednorocznem stosowaniu swej metody.

Autor chwali używany przez siebie aparat d-ra Klapp'a, lecz dodaje, że zamiast palnika Bunsena można również z dobrym skutkiem posilkować się lampką spirytusową. Ze względu na bezpieczeństwo i czystość oddaje pierwszeństwo aparatowi opisanemu przez Kehrera. W niektórych przypadkach należałoby wybrać taką skrzynię, w której powietrze gorące działałoby równomiernie i na kręgosłup; aparat więc nie koniecznie musi być zastosowany w łóżku.

Pierwotnie stosowaną temperaturę (150°) autor obniżył do 120—125°. Lecz ponieważ i przy tej temperaturze autor obserwował kilka przypadków oparzenia skóry, rozpoczął więc posiedzenia od 115° i stopniowo przechodził do 120—125°C. Jeżeli chore podczas poce-

nia się skarżą się na palenie (przeważnie w okolicy spinae super. lub na wewnętrznej powierzchni ud), gdy kłapa od komina była otwarta, a pokrywa skrzyni mocno przylegała, to w żaden sposób nie wolno zostawiać temperatury na tej samej wysokości. Nawet środki profilaktyczne u tych wrażliwych, przeważnie szczupłych, chorych w postaci pudrowania lub smarowania tłuszczem ciała lub też zwilżenia brzucha nie zwiększają wytrzymałości na wysokie temperatury. Dalej autor uważa za zbyt uczulone pocenie się dłuższe nad pół godziny. Przez powyższe ustępstwa unika się objawów ujemnych, natomiast osiąga się pożądane skutki. Wprowadzenie wziernika rogowego lub drewnianego do pochwy podczas aplikacji nadaje się dla tych przypadków, gdzie wysięk ściśle przylega do sklepienia pochwy, lub też gdy chcemy, aby temperatura gorąca bezpośrednio działała na macicę. Po obfitych potach zawiązuje się chorą w kołdrę wełnianą, położywszy poprzednio na brzuch opaskę z waty lub kataplazm. W miejsce ciepłych okładów, Dü tz m a n n stosuje zimne obmywanie ciała chorej. Autor radzi dla dobrej chorej oprócz metody powyższej stosować zabiegi hydroterapeutyczne i środki lekarskie (ichtyol, etc.) po przeprowadzonej kuracji; według Polano, wystarcza od 10 do 14 suchych kąpielii, aby chorą uważać za prawie wyleczoną.

Następnie autor podnosi kwestyę wskazań do tej metody leczniczej. Główne wskazanie stanowią zastarzałe twarde wysięki, które nie ustępują pod wpływem żadnej innej kuracji; mogą te wysięki się znajdować głęboko w przestrzeni Douglas'a lub też wysoko w podbrzuszu. Następną metodą ta, jako akt przygotowawczy, może być stosowana w przypadkach tych wysięków, które podlegają ropieniu.

Suche gorące kąpiele o wiele prędzej przyspieszają dojrzewanie ropnia, niż gorące kataplazmy; należy tylko kontrolować, aby w porę ropę wypuścić. W jednym przeoczonym przypadku ropa nagle utworzyła sobie drogę nazewnątrz przez okolicę pępkową i przez pęcherz moczowy. Następnie gorące suche kąpiele cudownie goją rany otwarte, powstałe po przecięciu ropni.

Co się tyczy peritonitis adhaesiva w jamie miednicy, a w szczególności parametritis posterior, to autor dla przykładu cytuje 2 przypadki, gdzie macica była na szerokiej przestrzeni przyrośnięta do kości krzyżowej; oba przypadki leczone były powyższą metodą. U obu chorych stwierdzono „przejściowe polepszenie subiektywne“ wskutek usunięcia bólów. Lecz nie skonstatowano zmian obiektywnych i długotrwałego polepszenia (braku bólów), tak, iż autor ze szczerością wypowiada swoje zdanie, że dla tych przypadków racjonalniejszą jest inna terapia (kolpeurynter do kiszki stolcowej, vaginae lub ventrofixatio).

Na uwagę zasługuje, według autora, propozycja K e h r e r'a—stosowanie tej metody przy infantilizmie organów płciowych kobiecych, ponieważ suche i gorące powietrze sprowadza silne puchnięcie organów płciowych. Również należałoby wypróbować powyższą w przypadkach długotrwałej amenorrhoeae. Autor opiera swoje zdanie na faście, który obserwował, a mianowicie, że przy stosowaniu gorąca i jednoczesnym wprowadzeniu wziernika do pochwy, powstaje tak silne

puchnienie wewnętrznej i mięśniowej warstw macicy, że peryody zjawiały się co tydzień lub co 2 tygodnie u chorej, która do tej pory prawidłowo miesiączkowała. Z tego powodu endometritis pod żadnym względem nie nadaje się do leczenia tą metodą, gdyż wypływ maciczny, czy to surowiczy, czy też krwawy mógłby się powiększyć.

Dobre usługi oddaje również aparat u chorych po długotrwałej operacji, gdzie chodzi o prędkie i równomierne rozgrzanie całego organizmu w miejsce dotychczas używanych butelek z wodą gorącą, które często powodują oparzenia.

Wreszcie, autor przytacza jeszcze trzy oddzielne obserwacje, gdzie metoda ta dała znakomite rezultaty. Przedewszystkiem przytoczony przez autora w pierwszej pracy przypadek aktywności powłok brzusznych, następnie opisany przez K e h r r e r'a wyleczony przypadek przetoki brzuszno ściennej, powstałej po laparotomii próbnej przy peritonitis tuberculosa przy jednoczesnym polepszeniu stanu ogólnego (usunięcie potów nocnych). Teoretycznie rozumując stosowanie suchego nagrzanego powietrza we wszystkich postaciach suchej peritonitis tuberculosae powinno być uwieńczone dobrym skutkiem. Doświadczenia w tym kierunku prowadzone mogą dać w przyszłości należyte wyjaśnienie.

W końcu autor przytacza historię choroby jednego przypadku, gdzie stosował suche ogrzane powietrze na życzenie prof. P f a n n e n s t i e l'a z dobrym skutkiem.

10 marca 1902 chora odbyła w klinice dziesiąty poród (placenta praevia, połów prawidłowy, raz jeden T^o 37,9) i została wypisaną zupełnie zdrową; organy płciowe były w stanie normalnym. Po powrocie do domu została zarażoną przez męża tryprem i po 2 tygodniach wróciła do kliniki, skarżąc się na pieczenie przy urynowaniu, bóle w podbrzuszu, ból głowy, uczucie dreszczy i odpływ ropiasty.

Badanie wykazało: wypływ ropny z pochwy. Macica w anteflexio, po bokach macicy znajdują się 2 guzy wielkości jabłka. Obecność gonokoków w wydzielinie cewki, szyi macicznej i ujścia gruczołów Bartholini'ego.

Rozpoznanie brzmiało: Urethritis, Bartholinitis, Endometritis gonorrhoeica, Pyosalpinx duplex gonorrhoeica.

Na 7 dzień po przyjęciu chora pomimo kuracji Priesnitzowskiej uskarżała się na bóle; guzy cokolwiek się zmniejszyły. Chorą wsadzono do aparatu, zaraz po pierwszym posiedzeniu bóle ustąpiły. Chora dostała wszystkiego 12 kąpiel suchych z przerwą 6-ciodniową, spowodowaną przez przyspieszoną miesiączkę. Chora widocznie się poprawiła na zdrowiu. Ani przyspieszenia tętna, ani podwyższenia temperatury nie spostrzegano. Po 6 ej kąpeli przedsięwzięto badanie, które wykazało wyraźne zmniejszenie się obu guzów. Po 4 tygodniach chora została wypisaną w stanie następującym: macica in anteflexio, nieznacznie powiększona po stronie prawej ani śladu guza lub nacieczenia; a po stronie lewej rezystencya w postaci taśmy szerokiej, nie bolesna. Można dokładnie wymacać przymacicza. Zaordynowano chorej irrygacje pochwy ze soli kuchennej i nasiadówki ze solą.

Z powyższego okazuje się, że gonorrhoea przymacicza może być

usunęta przez powyższą metodę; ten fakt powinien być stwierdzonym przez dalsze obserwacje; dotychczasowa terapia w tych przypadkach redukowala się do zera. Absolutnem przeciwwskazaniem do stosowania tej metody jest gorączka.

M. Warszawski.

347. H. Thomson. **Leczenie chorób kobiecych za pomocą powietrza ogrzanego.** (Centralbl. f. Gynäk. 1901, № 52, p. 1418).

Autor już od wielu lat stosuje powietrze nagrzane w leczeniu chorób kobiecych. W roku 1896 Thomson ogłosił pracę (Petersburger med. Wochenschrift № 23), w której się chwali dobrymi wynikami, otrzymanymi w cierpieniach kobiecych przez stosowanie „aparatu potnego“ (Schwitzapparat), jaki stosuje Dehio (Petersb. med. Wochenschrift 1895, № 44) w reumatyzmie, nephritis etc.

Aparat ten, prosty, tani i dający się z łatwością zastosować w praktyce prywatnej, składa się z pustego cylindra przedziurawionego w kilku miejscach, objętości 50 ctm. i długości 80 ctm. Ściany tego cylindra zrobione są z papy przesiąkniętej szkłem wodnem, a powierzchnia zewnętrzna pokryta jest suknem. Cylinder ten kładzie się do łóżka chorej pomiędzy kończyny dolne i przymocowywa się dokola łóżka obręczami drewnianymi jakoteż brzuch chorej aż do klatki piersiowej; na obręcze kładzie się kołdrami wełnianymi. Z cylindra powyższego odchodzi rura blaszana, dochodząca pod potrzebnym kątem do ziemi i kończy się rodzajem piecyka, w który się wstawia lampkę spirytusową lub naftową. Aparat potny stosuje się codziennie przez godzinę. Temperatura w aparacie dochodzi do 50°—60° C. i więcej. Obserwowano podwyższenie ciepłoty pod pachą do 38° C., a w pochwie i odbytnicy o wiele więcej niż 38° C., obfite poty, wzmożoną częstość pulsu i oddechu. Z dobrym skutkiem stosował autor wówczas, jak i obecnie, aparat napotny w stanach zapalnych (wyjawszy „ostre“) przymacicza i w pelveoperitonitis. W wysiękach, nawet podostrych, działanie było zadziwiające. Endometritis, metritis, zanik macicy sub lactatione i obrzęki kończyn dolnych sześciu ustępowały przy tym sposobie leczenia. Wogóle chore dobrze znoszą kurację „potną“. Przeciwwskazanie do stosowania tej metody stanowią daleko posunięte wady sercowe lub choroba ciężka systemu naczyniowego. Bóle zaraz ustępowały; polepszenie subiektywne i obiektywne nie dały długo na siebie czekać. Czynność organów trawienia i czysta niedokrewność znakomicie się poprawiały. Autor miał wrażenie, że nawet osłabione pacjentki lepiej znosiły ten sposób leczenia, który był skuteczniejszym, niż kąpiele. W powyższej pracy swojej autor gorąco zalecał kurację potną w zastarzałych sprawach zapalnych kobiecych jako środek, który nie tylko zbawiennie wpływa na cierpienie miejscowe, lecz uzdrawia cały organizm przez wzmożoną przemianę materji.

M. Warszawski.

III. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie d. 24 czerwca 1902 r.

I. K o p e z y Ń s k i Stanisław przedstawia przypadek *syryngomyelii* z wybitnymi zmianami odżywczymi na palcach obu rąk, bólami ściągającymi w lewym ramieniu i skrzywieniem kręgosłupa, zaś poza-tem z typowymi zmianami czucia i zwężeniem obu szpar ocznych i źrenic.

W dyskusyi Prezes zapytuje, czy obecność bólów nie przemawiałaby przeciwko rozpoznaniu syryngomyelii, na co K o p e z y Ń s k i odpowiada, że bóle i różne parestezye bynajmniej nie należą do rzadkich objawów w syryngomyelii, co daje się łatwo objaśnić w ten sposób, że nowotworzenie się tkanki gębowatej może drażnić biegnące obok w rdzeniu przewodniki bólowe i wywoływać odpowiednie sensacje.

II. Zdzisław Dobrowolski przedstawił 2-ch chorych ze szpitala dziecięcego: jednego z pierwotną gruźlicą nosa, drugiego z gruźlicą nosa i krtani.

Pierwszy dotyczył 12-letniego chłopca z guzami ziarnistymi, które wypełniały całkowicie oba nozdrza, wychodząc z przegrody nosa i z prawej dolnej muszli; na skórze grzbietu nosa była przetoka, wypełniona granulacjami, prowadząca do przegrody nosowej; gruczolę podszczękowe limfatyczne powiększone, jeden z nich zropiał; w innych narządach żadnych zmian nie wykryto. Część guza zba-dał kol. Steinhaus i znalazł gruzełki z komórkami nabłonkowatemi i olbrzymiemi oraz nielicznymi lasecznikami gruźliczymi. Po usunięciu wszystkich guzów i wyjęciu gruczolów chłonnych (kol. Gruźewski), chory w 3 tygodnie wyzdrowiał. Po roku nastąpił nawrót: zjawily się nowe guziki, znowu powstała przetoka obok grzbietu nosa i t. d. i powtórna operacja znowu sprowadziła wyleczenie. Jest to bardzo rzadki przypadek pierwotnej gruźlicy nosa, którą Chiari opisał pod nazwą *tuberculoma nasi*. Drugi przypadek dotyczył 8-letniego chłopca z zajętymi wierzchołkami płuc i gruźlicą nosa i krtani; zajęcie gruźlicze krtani u dzieci jest zjawiskiem niezmiernie rzadkiem.

III. S t e i n h a u s przedstawił preparaty drobnowidzowe z przypadku, rozpoznanego za życia jako *lymphosarcomatosis s. pseudo-leukaemia*, zaś badanie drobnowidzowe wykazało, że była to ta postać gruźlicy, którą P a l t a u f nazwał „szczególną postacią gruźlicy aparatu chłonnego“, która klinicznie do złudzenia naśladuje pseudoleukemię. Guzy składały się z tkanki łącznej, miejscami naciezionej limfocytami, miejscami zaś w szczylinach limfatycznych rozsiane były wybitnie wielkie, przeważnie jednojądrowe komórki. W wątrobie i śledzionie S. zaalazł gruzełki prosówkowe, zaś w niektórych guzach udało się wykazać obecność laseczników gruźliczych.

W dyskusyi J a n o w s k i przytacza spostrzegany przez siebie przypadek, dotyczący chorego ze zmianami gruźliczemi w płucach

i z olbrzymimi gruczołami pachowymi i pachwinowymi. Po jednorazowym zbadaniu krwi, które nie wykazało nic anormalnego, J. skłonny był do przypuszczenia, że mamy do czynienia albo z gruźliczem cierpieniem gruczołów chłonnych, albo też z t. zw. pseudoleukemią, istniejącą obok gruźlicy płuc, i pozostawił rozpoznanie stanoweze w zawieszeniu. Badanie drobnowidzowe gruczołu, wycięto za zgodą chorego w parę dni potem, nie wykazało żadnych zmian gruźliczych. Po paru tygodniach chory zaczął nagle gorączkować i nastąpił znaczny upadek sił, zaś jednocześnie wszystkie gruczoły zaczęły gwałtownie się zmniejszać i w ciągu dni 10-u zmalały do $\frac{1}{5}$ prawie pierwotnej objętości; powtórne badanie krwi, przedsięwzięte w parę dni po wystąpieniu gorączki, wykazało wybitną limfemię (stosunek limfocytów do czerwonych krążków krwi = 1:13); wobec tego J. postawił rozpoznanie gruźlicy płuc i ostrej białaczki. Z powodu tego przypadku J. zwraca uwagę, że tylko kilkakrotne badanie krwi może w przypadkach wątpliwych uchronić od pomyłki w rozpoznaniu, a przedewszystkiem od przeoczenia ostrej białaczki, w którą czasami przechodzi t. z. pseudoleukemia. Co do gruczołów w danym przypadku, badanie drobnowidzowe, dokonane przez prof. Przewoskiego, pozwala przypuszczać, że mieliśmy do czynienia z limfosarkomatami.

Prezes Dunin wypowiada kilka uwag, mających znaczenie kliniczne. Pseudoleukemia, zdaniem jego, jest to pojęcie zbiorowe, które dopiero zacznie się rozszczepiać. Przypadek Janowskiego, zdaniem Dunina, był, być może, gruźlicą. We wszystkich przypadkach gruźlicy znajdujemy, zwłaszcza w wysiękach, dużo limfocytów, a gruczoły zajęte gruźlicą to lymphomata. Rozpoznanie kliniczne w przypadkach podobnych, jaki spostrzegał Steinhauś, jest bardzo trudne; w każdym razie, podniesienie się ciepłoty powinno skierować uwagę na gruźlicę.

Steinhauś odpowiada, że w ciągu ostatnich lat z badań klinicznych i anatomopatologicznych wyniósł to przekonanie, że pseudoleukemia jest pojęciem zbiorowym; rzadko przebiega ona do końca w tym charakterze: albo rozwijają się z niej lymphosarcomata, albo przechodzi w białaczkę, albo nie jest niczem innym, jak gruźlicą.

Janowski w odpowiedzi Prezesowi zaznacza, że gruźlica w jego przypadku musi być bezwarunkowo wykluczoną na podstawie badania drobnowidzowego skrawków wyciętego gruczołu. Pozatem uważa J. za niemożliwe, ażeby limfocytoza 1:13 mogła zależeć od sprawy zakaźnej; w ostatnim razie mamy zwykle do czynienia z ogólną leukocytozą, a nie z limfemią; zaś na twierdzenie Prezesa, że była to limfemia, a nie leukemia, J. odpowiada, że we wszystkich, znanych dotąd przypadkach leukemii, znajdowano wyłącznie limfocytozę.

IV. Rzętkowski odczytał rzecz p. t.: *Wyniki i najnowsze metody leczenia suchot płucnych w sanatoryach.*

Na zasadzie danych statystycznych z wielu sanatoryów zagranicznych ludowych i prywatnych, oraz otwockiego, R. dochodzi do wniosku, że metoda leczenia gruźlicy płuc w sanatoryach ludowych daje 18,3% całkowitych wyleczeń oraz bardzo znaczną odsetkę od-

zyskania całkowitej sprawności zarobkowej. Na tej zasadzie R. bardzo wysoko podnosi zalety sanatoryjnego leczenia suchot płucnych. Dalej R. rozpatruje metody leczenia w sanatoryjach, jako to: leczenie świeżem powietrzem, spokojem, ruchem, hydroterapią, wreszcie odżywianiem.

W dyskusyi Hewelke zaznacza, że nie można twierdzić, ażeby jedynie warunki życia w uzdrowiskach mogły wpływać dodatnio na przebieg suchot płucnych, bowiem wiadomo, jak często stwierdzić można przy badaniu zwłok ograniczenie się spraw gruźliczych u ludzi, którzy nigdy w sanatoryjach nie byli. Dla sanatoryów są właściwe pożądane przypadki dwóch pierwszych okresów gruźlicy, kiedy łaseczniki gruźlicze umiejscowione są w naczyniach limfatycznych (okres pierwszy) i gdy drogą naczyń przedostają się do tkanek (płuca) i tam się umiejscowiają (okres drugi). Dalej, należało, według Hewelkego, zwrócić uwagę na kwestyę stosowania w sanatoryjach tuberkuliny Kocha.

Rzętkowski w odpowiedzi Hewelkemu zaznacza, że nigdzie nie twierdził, iżby metoda sanatoryjnego leczenia była czemś jedynem i wszystkim. Być może, że w przyszłości inne, nowe metody dadzą lepsze rezultaty. Co dotyczy stosowania tuberkuliny, jako środka leczniczego, to wobec conajmniej niepewnych wyników R. nie uważał za właściwe kłaść na tę kwestyę takiego nacisku, jak na inne metody. Co dotyczy podziału gruźlicy płuca na okresy, to podział Turbana jest podziałem klinicznym, zaś wszelkie inne podziały, polegające na dzieleniu na okresy tego, czego się nie widzi, nie może i nie powinno obowiązywać klinicysty.

Prezes Dunin podnosi w końcu główną rolę czystego powietrza, jaką ono odgrywa w leczeniu suchot płucnych, a forsowne odżywianie stawia na drugim planie.

Posiedzenie d. 2 września 1902 r.

I. Kopczyński Stanisław przedstawił chłopca z rzadką chorobą nerwową, bezładem dziedzicznym czyli *chorobą Friedreicha*.

II. Brudziński odczytał rzecz p. t. „*Najnowsze teorie krzywicy i najnowsze próby jej leczenia*“.

Mówca omówił w krótkości wszystkie dawniejsze teorie krzywicy, jak: teorie niedostatecznego i wadliwego odżywiania, teorie chemiczne i toksyczne; przeszedł następnie do teorii nowszych, nad którymi zatrzymuje się dłużej. Teoria drobnoustrojowa nie utrzymała się. Teoria wpływu nadnercza, wygłoszona przez Stoeltzner'a i teoria wpływu grasicy Mendel'a waleczą pomiędzy sobą o prawo wyłączności, choć i teoria swoistej intoksykacji (osteitis toxica rachitica) również nie ustępuje jeszcz ze szranek.

Zarówno Stoeltzner, jak i Mendel, chcąc drogą pośrednią sprawdzić swoje hipotezy, podawali chorym na krzywicę substancję nadnercza i grasicy, i zarówno pierwszy, jak i drugi otrzymali wyniki dość pomyślne, szczególnie co dotyczy objawów ogólnych.

W dyskusyi Rzętkowski zwraca uwagę na pobieżnie

omówioną przez prelegenta ciekawą sprawę przemiany materii w krzywicy—zwłaszcza w kierunku soli wapiennych. Badania nad przemianą materii u dzieci krzywicowych wykazały w tym kierunku zupełnie prawidłowe stosunki: wchłanianie soli Ca odbywało się prawidłowo; wykazano przytem, że wszystkie narządy dzieci rachitycznych zawierają więcej soli wapiennych z wyjątkiem kości, które zawierają ich o 60% mniej. Doświadczenia nad wywoływaniem zmian rachitycznych przy pomocy kwasu mlecznego nie mają żadnego praktycznego znaczenia, bowiem autorowie podawali tak kolosalne dawki kw. mlecznego, o jakich w warunkach fizyologicznych może być nie może. Co dotyczy diety chorych na krzywicę, R. przytacza dane o odżywianiu dzieci we włoskich instytutach dla rachitycznych, gdzie prócz mięsa i ryżu lub makaronu podają dzieciom do lat 10-u po 100—125 ccm. wina pro die. Wreszcie R. zapytuje prelegenta, czy doświadczenia nad wpływem nadnercza lub grasicy na powstawanie grasicy robione były na zwierzętach już dorosłych, czy też rozwijających się.

Wacław Łapiński zwraca uwagę na nader cenną, jego zdaniem, książkę *Zweiffela* o krzywicy, w której autor występuje, jako zwolennik teorii, upatrującej przyczynę powstawania krzywicy w niedostatecznym przyswajaniu soli wapnia z pokarmów (osadzenie się tych soli w skrzepach mleka pod wpływem labfermentu).

W odpowiedzi *Rzetskowskiego* *Brudziński* zaznacza, że doświadczenia robiono na zwierzętach młodych i tylko takich, które mogą ulegać krzywicy.

Łapińskiemu *B.* odpowiada, że pracy *Zweiffela* nie uwzględnił dla tego, że *Zweiffel* nie wspomina o teoriach najnowszych krzywicy, a wskrzesza dawne—chemiczne.

M. Borstein.

IV. Z Towarzystw lekarskich francuzkich.

1) *Robin.* *Niebezpieczeństwo, wynikające z użycia preparatów rtęci w przypadkach duru.* Poddana energicznej kuracyi rtęciowej syfilityczka dostała tyfusu o przebiegu nader ciężkim. Po upływie trzech tygodni chora zmarła wśród objawów infekcyi ogólnej, takich, jak wyrzuty pęcherzycowe (pemphigus); plamy krwotoczne, owrzodzenia, phlegmasia alba dolens i t. p. Pośmiertne badanie chemiczne narządów wykryło obecność obfitych złogów rtęci w śledzionie i wątrobie. Przypadek poucza, że nasycenie ustroju preparatami merkurjalnymi nie upośledza, bynajmniej, żywotności laseczników *Ebertha* i stosowaniem być nie może w charakterze zasadniczej terapii w przypadkach duru, leczenie bowiem takie zaostrzyć może tylko naturę cierpienia. (*Académie de médecine*; z d. 15 kwietnia r. b.)

2) *Merklen.* *Rozległe rozszerzenie serca, nieprawidłowa działalność napaśtnicy i rytm dwubitny.* Dwubitność działalności

serca, występująca nagle, przy jednoczesnej tego narządu rozstrzeni, jest nieraz wprost następstwem nieprawidłowej akcyi napastrnicy, mówiąc inaczej, wynikiem zwolnienia bicia serca przy braku diurezy. M. przytacza irzy tego rodzaju spostrzeżenia, w których objaw ten występował bardzo wyraźnie. Chodziło o zastarzałe wady zastawek na tle gościcowem. Schemat tępości serca, jednakowy u wszystkich 3-ch chorych, wyróżniał się wymiarem nader znacznym, przyczem uszko prawe sięgało na 5 ctm. po za brzeg mostka, w jamie zaś pachowej wyczuwało się tęnienie donośne, o usunięciu dylatacyi nie mogło być mowy, przeciwnie ostatnia powiększyła się tylko od dawek napastrnicy na skutek osłabienia skurczów; przy zupełnym braku diurezy lek ów zdawał się działać odwrotnie, nie opróżniał bowiem jam serca, lecz prowadził do ich przepelnienia. Stwierdzoną jedno cześnie dwubitność tętna autor tłumaczy w ten sposób: na skutek rozszerzenia i bezwładu ścian uszka, ostatnie opróżniają się niezupełnie w okresie przedskurczu; z drugiej zaś strony, dopływ krwi, który otrzymują narządy te podczas skurczu komórek, przy jednoczesnej zastawek niedostateczności, prowadząc do nadmiaru ciśnienia, pobudza znów ściany uszek do akcyi. W rezultacie jednak powstaje skurcz poroniony, tem bardziej, że w chwili tej pobudliwość mięśnia znajduje się jeszcze w stadium wyczerpania. Ow skurcz nadatkowy (extra—systole), występujący bezzwłocznie po prawidłowym skurczu, jest właśnie źródłem dwubitności. Przyczyny tak nadmiernego rozszerzenia serca bywają różne; w dwóch przypadkach autor uważa za takowe zapalenie osierdzia i nerek. Dwóch chorych takich zmarło w krótkich odstępach czasu: jeden po upływie dni dziesięciu od zaaplikowania 0,001 sproszkowanej digitaliny, drugi—w godzin dwanaście po wyżyciu $\frac{1}{4}$ miligram. tego leku. Spostrzeżenia powyższe wraz z przypadkami H u e h a r d'a dowodzą wyraźnie, że napastrnica, w obec wielkiej dylatacyi serca, może być szkodliwą i że w razach tych pożytecznemi są tylko: miejscowy upust krwi, środki moczopędne, czyszczące, wreszcie usuwanie obrzęków drogą chirurgiczną.

3) H i r t z. *Dwustronne porażenie kurczowe (paraplegia spastica), zależne od ucisku rdzenia przez srodbłoniak.* 28-letnia kobieta, zaczęła przed ośmiu miesiącami doświadczać drętwienia w obu kończynach dolnych; po jakimś czasie chora nie mogła ani stać, ani chodzić. W szpitalu stwierdzono całkowite obustronne porażenie kurczowe, wzmoczenie odruchów rzepkowych, objaw paluchowy, drgawki rzekomo-padaczkowej natury, nieznaczne osłabienie czucia w połowie dolnej ciała. Ucisk na rdzeń nie był jednak wcale bolesny i zwieracze pozostały nietknięte. Po wykluczeniu histeryi, zatrucia wyskokiem i zakażenia toksycznego postawiono rozpoznanie uciskającego na rdzeń guza niezłośliwego. Dokonana niebawem laminektomia nie doprowadziła do wyników żadnych i ostatecznie chora umarła wśród objawów charlaetwa. Na oględzinach jednak pośmiertnych znaleziono nowotwór na powierzchni tylnej grzbietowej części rdzenia, cienkiego w miejscu tem, jak tasiemeczka; guz ów jajowaty dałby się usunąć łatwo, gdyby operacya wykonana została nieco wyżej. (Société méd. des hopitaux; z d. 11 kwietnia r. b.)

4) G. Carrière (z Lille). *Tran z lecytyną w przypadkach krzywicy*. Autor wypróbował działanie tranu u 5 chorych na krzywicę dzieci, nie mających jeszcze dwóch lat wieku. Małym tym pacjentom dawano codzień do obiadu 1—4 łyżek stołowych białego tranu z dorsza, zawierającego nadto domieszkę 4 pro mille lecytyny (z jaja). Preparat ten działał skutecznie we wszystkich przypadkach pięciu, wyzdrowienie otrzymywano z upływem 4 do 6 miesięcy i dotąd (rok przeszło) żedne z dzieci tych nie dostało nawrotu. (Académie des sciences; z d. 14 kwietnia r. b.)

5) Anglade i Chocreaux (z Alençon). *Zaraźliwość wypróżnień gruźliczych*. Już w roku ubiegłym autorzy wygłosili pogląd, że laseczniki Koch'a mogą znajdować się w wypróżnieniach osób, chorych na gruźlicę nawet w razie braku zmian swoistych w jelitach. Obecnie ciż badacze przekonali się, że, jeżeli zaszczerpić świnkom morskim $\frac{1}{2}$ ctm. sześciennego wody, którą zlewano zawierające laseczniki masy kałowe, otrzymuje się w każdym wypadku wynik dodatni. Należy zatem mniemać, że drobnoustroje te, po ich połknięciu, przesuwają się przez kanał pokarmowy, nie tracąc nic na swej jadowitości. Również było skutecznem zastrzykiwanie zwierzętom teje ilości wody, zbrukanej kałem rozpylonym, który otrzymano przez wysuszenie ostatniego na białiznie w ciągu trzech tygodni lub działanie zimna (0—10°). Należy więc przyjąć za zasadę, że wypróżnienia gruźlicze, w tymże, co i plwocina, zakresie szerzą zarazę.

6) Prüst. *Zaraza wśród szczurów odesskich*. Autor odczytał referat Gamalei z Odesy, dotyczący dżumy wśród szczurów domowych, zawleczonej z zawijających do portu okrętów jesienią r. z. Wypadki te były wyosobnione; wykryto jednak dżumę i między szczurami z kanałów. U ostatnich infekcyja odznaczała się ściśtem umiejscowieniem, co naprowadza na domysł, że lasecznik dżumy nie przenosi się z jednego szczura ściekowego na drugiego, lecz — drogą zakażonych produktów spożywczych. P. podnosi więc kwestyę, czy, w obec faktów takich, bezpieczeństwo stref naszych nie jest zależnem głównie od nieznacznej szczurów ściekowych wrażliwości i od tego, że ta, właśnie, rasa zwierząt tego gatunku przeważa dziś w Europie. (Académie de médecine; z d. 29 kwietnia).

7) Vaillard. *Gorączka nerwowa, symulująca napady błotnicy*. Spostrzeżenie dotyczy pewnej kobiety, która po dłuższym pobycie na Korsyce, potem zaś w błotnistym, pełnym komarów departamencie Var, nabyła przeświadczenia, że cierpi na malaryę. Jakoż chora ta miewała nieraz po dwa napady dziennie, rozpoczynające się od dreszczów i kończące na potach z podwyższeniem ciepłoty do 2°; napad trwał od 2—5 godz. Pomimo całej uporczywości napadów, w obec których chinina była zupełnie bezsilną, stan chorej ogólny pozostawał kwitnącym, bez śladu niedokrewności, bez powiększenia śledziony i z ujemnym stale wynikiem dokonywanych podczas paroksyzmów badań krwi. Rozpoznano wówczas gorączkę nerwową w następstwie auto-sugestyji. Przed chorą zafajono prawdę i oznajmiono jej nawet, że we krwi znaleziono osobliwszy rodzaj pasorzytów, który

zginąć może tylko pod działaniem siarczynu chininy, zaaplikowanego pod skórę. Jakoż dokonano kilku, mało zawierających chininy (0,005) iniekcji, a potem zastrzykiwano wprost wodę przegotowaną. Kobieta owa wyzdrowiała zupełnie.

8) Puche i Variot. *Porażenie łożyska, zależne od użycia trąbki z munsztukiem z łożyska.* Dziewięcioletni chłopiec dostał, bez widocznej przyczyny, niedowładu w kończynach dolnych wraz ze zniesieniem odruchów rzępkowych. W poszukiwaniu przyczyn lekarz zwrócił uwagę na trąbkę, na której grywał ów malec i której munsztuk miał prążki z kawałków łożyskowego papieru. Chłopcu zalecono jodek potasu, wanny siarczane, dyetę mleczną, porażoną kończynę zaczęto elektryzować. Po upływie 4-ch miesięcy chłopiec wyzdrowiał.

Papier zawierał 88% łożyska; chory ani przez chwilę nie miał na dźwięki charakterystycznej dla zatrucia metalem tym obłamówki.

9) Guillen. *Postać skurczowa syringomyelii.* Autor przedstawił trzech chorych, obarczonych niezwykle postacią syringomyelii, którą proponuje nazwać skurczową. Charakterystyczną jest poza, zachowywana przez pacjentów: ramiona ustawione wzdłuż tułowia, przedramiona zgięte, dłonie zwrócone ku przodowi. Mocno uniesione ku górze łopatki sterują wybitnie, głowę chorzy trzymają schyloną, zewnętrzny brzeg m. m. czworobokowatych (m. trapezius) tworzy bardzo wydatną wypukłość, doły podobojczykowe pogłębione znacznie; wszystko w ustawieniu się tych osobników zdradza wyraźną sztywność, jak gdyby „złutowanie“ członków. Trzy palce ostatnie obu rąk są stale zgięte, podczas gdy wskaziciel i paluch zachowały swą prawidłową ruchomość; ze strony kończyn dolnych zauważa się duże zaburzenia natury ruchowej, czyniące niemożliwym chód prawidłowy. Pochodzenia objawów tych szukać należy w skurczu, a nie w zaniku mięśniowym, gdyż badanie za pomocą elektryczności oraz badanie przedmiotowe przekonały o zadowalniającym, względnie, stanie mięśniów. Nadto stwierdzono u chorych wzmocnienie odruchów ścięgniowych, clonus stopy, wyprostowanie palucha tejsze, wreszcie, zaburzenia ze strony pęcherza, zależne od wrzodziejącej sprawy zapalnej (cystitis) ulcerosa.

Postać skurczowa syringomyelii powstaje i przebiega powoli, prowadząc do śmierci z wyniszczenia lub powikłań. W dwóch przypadkach autor znalazł na oględzinach pośmiertnych istnienie syringomyelii bez zmian w oponach mózgowych (pachymeningitis), wyróżniającej się głównie zniszczeniem części szyjowej, zwyrodnieniem otoczek (zonea pyramidales) sznurka bocznego na całej przestrzeni rdzenia. Zmian takich nie napotyka się w zwykłych przypadkach omawianego cierpienia. (Société méd. des hopitaux; z d. 25 kwietnia).

10) Demoulin. *Rana drążąca kręgosłupa, zadana bronią białą z obfitym wylewem cieczy mózgodzeniowej.* Przypadek dotyczy rany ciętej od noża; w 40 godz. po wypadku zauważono stały i obfity odpływ cieczy mózgodzeniowej z rany, a nadto niedowład prawej kończyny górnej wraz z podwyższeniem ciepoty, zwiększającym się w ciągu dni następnych. Po upływie dni kilku znaleziono

w ranie koniec noża, który wbitym był mocno w powierzchnię górną 7-go kręgu szyjowego i który wyciągnięto nie bez trudności. Objawy ze strony opon istniały przez kilka tygodni i niejednokrotnie stwierdzono tu związek pomiędzy nasileniem bólu głowy i zmniejszeniem się wypływu cieczy mózgo-rdzeniowej; ilość ostatniej jednakową zawsze nie była, wylało się zaś jej w ciągu pięciu tygodni do 30 litrów. Ostatecznie ranny wyzdrowiał, lecz okres rekonwalescencji trwał długo.

Autor mniema, że jakkolwiekbydź byłaby utrata omawianej cieczy, nigdy nie należy rany zaszywać. Podobnież na rzecz tę zapatrują się Giss i Mathieu, którzy zauważyli nader wydatne objawy chorobowe, zależne od zatrzymania odpływu.

W dyskusji zaznacza Routier, że w dwóch przypadkach wykonanej przezeń trepanacyi części grzbietowej kręgosłupa obaj operowani utracili wielkie ilości w mowie będącego płynu, pomimo zaszycia u jednego z nich rany opony twardej. Tillaux powołuje się na swoją obserwację, dotyczącą chorego, któremu w następstwie pęknięcia blaszki sitowej wyciekał bardzo obficie płyn mózgo-rdzeniowy, co, zresztą, nie wywierało żadnego wpływu na stan ogólny pacjenta. Na zakończenie Moty przytacza przypadek zapalenia opon mózgowych od pełnienia w nos bagnetem; M. wykonał trepanację i ranę zaopatrzył w dren, ułatwiając w ten sposób odpływ cieczy. Mniema również, że nie należy zaszywać ran takich. (Société de chirurgie. Posiedzenie z d. 9 kwietnia).

11) Richelot. *Guz złośliwy jajnika, leczony z powodzeniem zastrzykiwaniami surowicy.* Autor demonstruje chorą z nieoperacyjnym nowotworem jajnika, jak sam zawiązywał o tem wspólnie z Doyen'em przed dwoma laty. Chorej wykonano laparotomię próbną, a nadto wycięto kawałek guza celem zbadania. Wobec niemożliwości dokonania operacyi doszczętniej pacjentce zaczęto zastrzykiwać surowicę Wlaiev'a i po upływie pewnego okresu czasu w stanie ogólnym w mowie będącej kobiety, jak również w naciekach rakowatych miednicy zaszły tak wybitne na korzyść chorej zmiany, że dziś autor żywi niepłonną nadzieję skutecznienia radykalnej operacyi.

Pogląd ten Segond poddaje dość ostrej krytyce, a Legueu przytacza fakt następujący: lat temu kilka L. wykonał laparotomię próbną u pewnej niewiasty z rakiem miednicy; i tu zmiany wydawały się tak rozległe, że ekstypacyi zaniechano. Otóż w 18 miesięcy potem mówca widział kobietę ową, stan której poprawił się o tyle, że można było przedsięwziąć rękoczyn radykalny. Przez dwa lata po zabiegu pacjentka była na pozór zdrowa, obecnie nastąpił nawrót.

W przebiegu raków zauważa się nieraz poprawę samoistną; gdy w tymże okresie zastosuje się jakąś surowicę, skutek przypisuje się zaraz tej ostatniej. W tymże duchu wyraził się i Delorme, który wyciąganie wniózków z przypadków tak wątpliwych uważa wprost za niebezpieczne. (Soc. de chir. 16 kwietnia).

12) Quénu. *Zapalenie zgorzelinowe wyrostka robaczkowego.* Q. odróżnia w przypadkach tych zgorzel pierwotną i wtórną. W tych nawet razach, gdzie ogniska chorobowe otarbiają się od razu, rokowa-

nie stawia się bardzo poważne. W jednym ze spostrzeżeń takich nastąpiła śmierć pomimo rozległego cięcia, przedrenowania, przemycia, wreszcie, całkiem ograniczonego ropnia wodą utlenioną. Na seceji znaleziono gruczolę, zawierającą ropę posokowatą, taką samą, jak tę, którą opróżniono z ogniska.

Autor spostrzegł jeden tylko przypadek pierwotnej wyrostka robaczkowego zgorzeli, dotyczący siedmioletniego dziecka, chorego na appendicitis od kilku miesięcy. W nocy wystąpiły nagle bóle mocne w prawym dole biodrowym wraz z gorączką, przyczem bolesnym był ucisk smugi białej i nawet z lewej strony brzucha. Dnia następnego wykonano operację. Wycięty wyrostek robaczkowy zawierał cieczo o zapachu gnilnym, śluzówka zaś miejscami była zupełnie zniszczoną.

Ta, na rozlanej przestrzeni występująca, bolesność zawarunkowana być musi nie tylko przez główną tu sprawę chorobową, lecz i przez zajęcie gruczolów chłonnych w kącie, wytworzonym spotkaniem się kiszki biodrowej ze ślepą. Rozszerzenie się istot trujących w gruczolach, uwydatniające się w mnogości punktów bolesnych zaraz w początkowym okresie cierpienia, wpływa wybitnie na złośliwość sprawy chorobowej odrazu. Autor sądzi więc, że, dzięki zbadaniu starannemu, na jak dalekiej przestrzeni istnieje bolesność, można zawsze postawić rozpoznanie wczesne zgorzeli w wyrostku i, co idzie zatem, wykazać konieczność operacji bezzwłocznej. (Soc. de chir., z d. 7 Maja).

13) *Mignon*. *Nadwichnięcie kości łonowych i rozerwanie błoniastej części cewki*. Kawalerzysta spadł z konia, przyczem wystąpił krwiomocz. Podczas badania rozpoznano złamanie miednicy; rannemu założono zgłębnik à demeure. Nazajutrz autor stwierdził obecność wylewu w okolicy przedpęcherzowej i przystąpił do operacji, która pouczyła, że miano właściwie do czynienia z niezupełnym tylko zwichnięciem kości łonowych i z rozerwaniem części błoniastej cewki. W obec takiego stanu rzeczy wykonano katetyzującą wstępną, a ponieważ na skutek skurczu odcinka dolnego cewki zeszytanie obu końców nie było możliwym, pozostawiono zgłębnik à demeure, drenując pęcherz jednocześnie, przyczem zrobiono w międzykroczu mały otwór (boutonnière) dla ułatwienia wsunięcia cewnika. Po różnych powikłaniach okresu pooperacyjnego, które usuwano uzupełniającymi zabiegami, operowany wyzdrowiał zupełnie.

14) *Houzel* (z Boulogne-sur-Mer). *Podwiązanie dolnej żyły czczej z wynikiem dobrym*. 36 letnia kobieta w czas jakiś po dokonaniu operacji roponercza zapadła w stan, graniczący z charłactwem, w obec czego postanowiono wyciąć chorą nerkę. Mocne dokola narządu zrosty czyniły nader mozolną operację, w przebiegu której rozdarto żyłę na dług. 1 ctm. Ponieważ za pomocą zeszytania bocznego nie można było opanować krwawienia, nałożono powyżej i poniżej rany naczynia dwie koliste podwiązki z katgutem. Następstwa zabiegu tego ograniczyły się na nieznacznym tylko, przejściowym kończyn dolnych obrzmieniu. Od nefrektomii upłynął już rok cały: operowana czuje się zupełnie dobrze i ciężką pracą swą (rybołówstwo) wykonywa, jak dawniej. (Soc. de chir., z d. 14 Maja.)

15) Lejars. *Rękoczyn chirurgiczny w przypadku urazu podskórnego tętnicy udowej.* 34 letni konduktor od tramwajów został uderzony w nogę wagonem manewrującym. Uszkodzenie tętnicy udowej rozpoznano na mocy ustania tętna w a. tibialis i-obecności rozległego krwisteku w pachwinie. Po upływie dni pięciu stwierdzono wyraźne oziębienie się stopy chorej kończyny, w obec czego, dla uniknięcia zgorzeli, poprowadzonym zostało cięcie w miejscu stłuczenia, poczem przekonano się, że na długości 10 niemal ctm. tętnica udowa jest zezerniała i znacznie pogrubiona. Autor nałożył powyżej uszkodzenia podwiązkę tymczasową, rozciął naczynie w kierunku podłużnym i wygarnął wypełniające światło skrzepy, poczem zaszył ranę tętnicy, pragnąc przywrócić jej drożność prawidłową. Po rękoczynie tym stopa odzyskała na razie częściowo zabarwienie normalne i czucie, z końcem, wszelako, dnia 12-go zaczęła znów ziębnąć i stawać się nieczułą. Zgorzel zajęła niebawem dolną $\frac{1}{3}$ podudzia i na tej też długości wypadło amputować kończynę, poczem operowany wyzdrowiał prędko.

L. mniema, że dokonany przezeń zabieg na tętnicy ograniczył szerzenie się zgorzeli, która, w razie przeciwnym, posunęłaby się znacznie wyżej. Dla niedopuszczenia do możliwych w tym razie zatorów obwodowych wskazanem było jak najwcześniejsze po wypadku nałożenie ligatury powyżej obrażonego miejsca.

16) Delens. *Wyluszczenie zwoju rzesowego.* Zwój ten, osadzony głęboko w lejku oczodołowym, po stronie zewnętrznej nerwu wzrokowego, dostępnym bywa nie łatwo. Jak wiadomo, usunięcie zwoju owego zabezpiecza niekiedy przed koniecznością wyluszczenia gałki ocznej w przypadkach jaskry bezwzględnej, lub podrażnienia współczulnego. Operacja Terrier'a polega na obnażeniu gałzki nerwowej skośnego mięśnia małego, która dostarcza zwojowi włókien ruchowych, można zatem, posługując się, niby przewodnikiem, gałzką ową dotrzeć od biedy i do samego zwoju. Przy metodzie tej jednak działa się na ślepo i dla tego też ulepszyć ją można w sposób następujący: po przecięciu spojenia zewnętrznego (commissura ext.), obnaża się zewnętrzny mięsień prosty i mały skośny, rozcina takowe, przyciąga mocno ku wewnątrz gałkę oczną i otwiera worek Tenon'a od strony zewnętrznej. Po obnażeniu nerwu wzrokowego zgłębnikiem rowkowanym, jak również i nerwów rzesowych, widzi się dobrze koniec tylny zwoju, który można już łatwo wyrwać pincetą. (Soc. de chir., 21 Maja).

K. N.

V. BIBLIOGRAFIA.

Medycyna w Wielkiej Encyklopedyi Powszechnej Ilustrowanej.

Przed pięciu laty zdawałem na tem samem miejscu¹⁾ sprawę z artykułów treści lekarskiej, pomieszczonych w wydanych wtedy tomach W. E. I. i przy tej sposobności wyraziłem kilka uwag ogólniejszych, zwłaszcza o ujemnych skutkach, jakie muszą się odbić szczególnie na artykułach z zakresu medycyny wobec powolności wydawnictwa, dalej o odnośnikach, biografii i t. d. Wtedy wydawnictwo doszło do litery D włącznie (tomów 16 od 1890 do 1897). Od owej daty wyszły tomy 17 do 31 wł. obejmujące litery E, F, G, H, I, J (nieskończone).

Jak widać, tempo wydawnictwa pozostało bez zmiany, przy zachowaniu go zaś i nadal ostatnie litery ukażą się za lat... kilkadziesiąt i referent współczesny będzie mógł sprawdzić wartość stawianych obecnie zarzutów.

I tym razem rozpocznę sprawozdanie od uwag ogólniejszych. Śledząc postęp wydawnictwa przez szereg lat, czytelnik musi przyjść do przekonania, że W. E. nie posiada stałego i czynnego komitetu redakcyjnego dla działu medycyny.

Że artykuły piszą się wyrywkowo—to się rozumie samo przez się, ale powinny by być później ujednostajniane, przystosowywane do potrzeby wydawnictwa, a więc co do stopnia mniejszej lub większej popularności, rozmiarów, terminologii, a nawet pisowni (raz pasorzyty, to pasożyty). Pokrewne, blizkie treścią artykuły powinny by być opracowane przez jednego współpracownika, tymczasem zdarza się nieraz, że piszą o nader zbliżonych rzeczach ludzie różni, nie wiedząc jeden o drugim. Tak np. artykuły: enteroptosis, enteritis, enterolity, enterorrhagia, enterostenosis, enterostomia napisane są przez 4 autorów. O „ektropium“ i „entropium“ piszą różni. W pierwszym artykule etyologia prawie nie jest uwzględniona, a główną uwagę zwrócono na leczenie: tak dalece, że podane są szematy operacyjne A m m o n a; w drugim leczenie omawia się mimochodem, a nacisk położony jest na przyczyny choroby (na co zresztą się zgadzam). Ale autor, mówiąc o ważnej tu roli mięśnia okrężnego, zaznacza, że może on również stawać się i przyczyną ektropion i robi odsyłacz do tego wyrazu—tymczasem w odnośnym artykule mięsień ów zaledwie że jest wymieniony.

W wydawnictwie tak kosztownem, można powiedzieć pomnikowym, powinni by wziąć udział w odnośnych działach najlepsi nasi pisarze specjaliści, tymczasem nazwisk powszechnie znanych spotykamy nie wiele i rzadko, zato z wieloma współpracownikami W. E. zapoznajemy się dopiero tutaj.

¹⁾ Patrz „Kronika Lekarska“ 1897 r. str. 914.

Wprawdzie, pisanie referatów nie cieszy się uznaniem wśród naszego ogółu lekarskiego, jako rzecz nie przynosząca sławy, a wcale niełatwa, jednak przy należytem przedstawieniu ważności celu udało by się zapewne zwalczyć tę niechęć i ściągnąć do współpracownictwa najtęższe siły.

Musimy przyznać, że większość referatów jest pisana starannie, z nakładem pracy — ale robią one nieraz wrażenie przygodnych wypracowań, nie dowodzą dostatecznego objęcia i przetrawienia przedmiotu, jakie staje się może tylko przy stałem i specjalnem oddaniu się pewnej rzeczy.

Druga uwaga ogólniejszej natury, to jest pytanie, czy? lub o ile? w artykułach omawiających choroby, powinno być poruszane leczenie. Sądzę, że wogóle popularyzowanie medycyny w tym kierunku nie wytrzymuje krytyki. O wyczerpującem przedstawieniu rzeczy nie może być mowy i nie leży to w zakresie wydawnictwa, lawirowanie zaś wśród rozmaitych stopni i tonów popularności wykładu nie może zadowolnić ani lekarza, ani profana. Zdanem mojem, najwłaściwiej byłoby usunąć ten niepożyteczny balast i uwzględnić tylko metody lecznicze, jako przedmiot osobnych artykułów.

Poszczególnych artykułów treści literackiej, bądź to z dziedziny medycyny teoretycznej, bądź praktycznej oraz biografii, znaleźliśmy około 120; są to rzeczy mniej lub więcej obszerne, mniej lub więcej skończone; niektóre opatrzone są rysunkami; większej objętości są artykuły: Embryologia (z rysunkami), Gruźlica, Hysteria, Hygiena, Homeopatya, Hipokrates. Z zauważonych usterek wymienię następujące:

(ekshumacya)—uwzględniono tylko stronę prawną,

(enterolity)—zależne od bizmutu mają się odznaczać lekkością i żółtawem zabarwieniem; tymczasem—ciężar właściwy bizmutu jest stosunkowo wyższy, niż składników innych kamieni kiszkowych (Mg, Ca—); łącząc się z siarką, związki jego przyjmują ciemno-brązowe, prawie czarne zabarwienie.

(epilepsia)—niema wzmianki o t. zw. epilepsia Jacksoniana; zachwalane przetwory bledotu, lulka, kozłka, czarciego łajna, możnaby bez szkody opuścić,

(erozye)—tylko w geologii.

Pod F zauważyć się daje brak formaliny, środka przeciwniowego, dziś tak powszechnie używanego; już w 1897 wspominałem o niewyliczeniu go w artykule dezynfekcyja; jest wyliczony w art. Hygiena.

(gruźlica)—przy opisie własności lasecznika Kocha wielkość jego podana jest na około 1 mikromilimetra, kiedy rozmiar ten wynosi 2 do 4 μ . Autor pisze: „odróżnia się od wszystkich innych laseczników i wogóle bakteryi zachowaniem się względem metody barwienia Kocha (następuje opis), co w roku wydania tego tomu—1900, już nie było prawdą. W ustępie o usposobieniu jest sporo niejasności; niewątpliwie, pojęcie to nie łatwo dziś określić, ale trudno też zgodzić się na tak popularne określenie: „znaczy to, że człowiek dziedzicznie nie obarczony nałyka się dużo pyłu, zawierającego laseczniki Kocha

i gruźlicy nie dostanie, gdy tymczasem człowiek z usposobieniem nabytem lub odziedziczonym zapadnie na nią". Dziedziczność usposobienia ma się wyrażać częstokroć w pewnych właściwościach budowy i w pewnych cechach jego sprawności życiowej (jakich?). „Znani są nieraz tacy ludzie pod nazwą słabowitych. Zdarzają się jednak ludzie z dużym usposobieniem do suchot, wyglądający bardzo tęgo, rumiani, a nawet otyli“.

Suchoty krtani wyodrębnia referent jako osobną postać, podobnież gr. kości i stawów „gruczołów“ (zapewne chłonnych), ale należało by wymienić wtedy i gruźlicę kiszek. Gruźlicze cierpienie skóry nosi, według artykułu, nazwę wilka.

(histerya)—artykuł zamało zwięzły, język niekiedy zaniedbany, np. „dla wygody opisaliśmy wielki napad h. pod rubryką zaburzeń w sferze ruchowej—należy jednak pamiętać, że jest on zjawiskiem b. złożonym, obejmującym w sobie zaburzenia w najrozmaitszych dziedzinach czynności *fizyologicznych i psychicznych*“. Kończą artykuł uwagi o leczeniu, przyczem autor zatrzymuje się dłużej nad zmuszaniem chorego do chodzenia—przy paraplegia hysterica. Kto ma z tych wskazówek korzystać?

Artykuły: hyperplazja i hypertrophia są pisane przez różnych autorów; pomimo odsyłacza—niewtajemniczonemu niełatwo uchwycić zasadniczą różnicę; proste określenie pierwszej jako pewnej postaci drugiej—hypertrophia numerica—jak to chciał Virchow, było by lepiej odpowiedziało celowi.

Jako przykład wrodzonej hypertrofii całego ciała podane jest—„jeżeli dziecko nowonarodzone waży 5—6 kilogr“. Czy można, jeżeli dziecko to będzie zresztą normalne, użyć tu określenia hypertrophia? Ścisłej biorąc, była by to nawet raczej hyperplasia.

(hyperstenia)—pojęcie archaiczne, to też asthenia rozważaną była słusznie z punktu widzenia historycznego, jako echo Brownizmu. Wyraz ten można by śmiało opuścić, niema go nawet w encyklopedyi Eulenburga. Nie rozumiemy zaś wcale, co referent pojmuje pod h. „po nadmiernem używaniu alkoholu“. To samo da się powiedzieć o art. Hypertonia.

(hygiena)—artykuł nader pracowity, w którym referent chciał na 6 kartach streścić całą higienę wraz z historią i literaturą; oczywiście iż powstała stąd rzecz nieskończona i nieodpowiadająca celowi popularnej informacji. Autor sądzi, że naukowa higiena datuje od M. Pettenkoffer'a, który, jakoby „pierwszy zwrócił uwagę na to, że takie czynniki jak woda, powietrze, grunt, klimat i t. p. wywierają wpływ na zdrowie...“ Nie podkreśla dostatecznie, że jest on ojcem doświadczalnej higieny, która jednak i przed nim nosiła charakter naukowy, analogicznie do innych gałęzi wiedzy lekarskiej. Podział higieny na higienę prywatną i publiczną, podany przez autora, jest nieścisły. Instytucje różnorodne podane obok siebie, jako jednego zakresu: obok Towarzystwa Hygienicznego w Warszawie i Obszczestwa (ochranienia, opuszczone) narodnawo zdrawia—institucyi prywatnych, stawia Local Board of Health—radę lekarską państwową. W wyka-

zie literatury polskiej nie wymienia Janikowskiego, a z dawniejszej literatury P. Franka.

(hypnotyzm)—„jest sztuką wprowadzania człowieka lub zwierzęcia w stan uśpiania, mającego wiele pokrewieństwa ze snem zwykłym. Hypnoza jest więc rodzajem snu, wywołanym sztucznie“. Wszakże sen po zażyciu makowa i t. p. będzie sztuczny i podobny do snu zwykłego—choć nie będzie hypnozą. „Sztuka wywoływania hypnozy polega na właściwym poddawaniu pewnych, senność sprawdzających wyobrażeń“. Czy uderzanie w tam-tam, albo wpatrywanie się w przedmiot błyszczący się—są to wyobrażenia senność sprawdzające?

(idjotyzm)—„stanowi najcięższą formę *przyrodzonego* zwyrodnienia umysłowego, a więc *odziedziczonej* choroby umysłowej“. Nie podaje autor głównie charakteryzującej cechy tego stanu, że sprawy patologiczne, które działały często jeszcze w obrębie życia wewnątrzmacicznego, a które u idyotów pozostały w mózgu tylko swe residua, działając w epoce rozwoju mózgu, zahamowały właśnie ten rozwój na tym lub innym szczeblu, i że to właśnie warunkuje różne (sztuczne) stopnie idjotyzmu.

(impotencya)—„niemożność spełniania, jak należy, uczynku *małżeńskiego*“—określenie jak by z prawa kanonicznego, czyżby według autora, nie zdarzała się i w stanie „kawalerskim“?

(Jacksona prawo)—określenie prawa może być zrozumiałe tylko dla tych, co je znają. Użycie wyrazu „rozkład“ czynnościowy układu nerwowego nie można uważać za szczęśliwe; sam autor odczuwa to, dodaje więc w nawiasie angielskie: *dissolution*. Może: rozpadnięcie, dezorganizacya—lepiej oddały by myśl właściwą.

Biografia lekarzy, odpowiednio zresztą do ogólnego charakteru W. E. P. I. uwzględniona jest szczerze po wszystkie czasy i ze wszystkich krajów. Dział ten opracowuje stale jeden referent (d-r I. P.), to też biografie poszczególne utrzymywane są w mniej więcej jednakowym zakresie i tonie.

W pięknie skreślonym życiorysie Hipokratesa muszę tylko podkreślić jeszcze bardziej to, co już sam autor uczynił, a mianowicie, uzupełniając wzmiankę referenta o wielkiej zasadzie H., że „lekarz nie powinien nigdy troszczyć się o chorobę, ale o chorego człowieka, któremu trzeba pomódz, a *przynajmniej* nie zaszkodzić“ przez dodanie popularnego: „*primum ne noceas*“.

W życiorysie Jacksona, co prawda wyjątkowo napisanym przez innego referenta, nie znaleźliśmy daty urodzin, która wszędzie jest podana, oraz nieścieśle określenie właśnie tego zbioru objawów, któremu dano nazwę padaczki Jacksona.

Z bardzo trudnego zadania przedstawienia biografii lekarzy polaków żyjących, których uznano za godnych unieśmiertelnienia w W. E. P. I. referent wywiązuje się z taktem i przedmiotowością, czem zyska, niewątpliwie, dozgonną wdzięczność uwiecznionych. Niekiedy wydaje się może, iż obiektywność jego dochodzi do tego stopnia, że pozwala aż na przeglądanie subiektywności opisywanych.

Czy są przeoczeni? Wprawdzie, przy powolnem postępowaniu wydawnictwa przed jego ukończeniem narodzą się nowe sławy i po-

winny nawet stać się głośnemi nazwiska między A i I, które trzeba będzie umieszczać w przypiskach, ale i dziś już zawiedliśmy się, nie znajdując wzmianki o jednym i drugim, co swemi pracami sięgają ponad dość względny census zapisanych w tomach W. E. P. I.

D-r O. Hewelke.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 15 października 1902 r.

—*war*— Ciekawy fakt komunikuje nam kolega Themerson z Płocka. W dniu 11 września r. b. wezwany został za miasto do chorej pierwiastki, w wieku lat 29, która przed godziną sponte urodziła dziecko donoszone. Obecna przy porodzie babka, chcąc przyspieszyć odejście popłodu, pociągnęła tak mocno za sznurek pepkowy, iż spowodowała ostre wyciowanie macicy. Babka nie zdawała sobie sprawy z popełnionego czynu, a otoczenie, widząc stan groźny położnicy, zamiast lekarza wezwało w pierw księdza. Przybyły następnie kolega T. znalazł chorą, która już silnie wykrwawiła, w stanie agonii i łożysko jeszcze przyczępione do dna wyciowanej macicy.

Chora w niespełna 3 minuty po przybyciu lekarza ducha wyzionęła. Kolega T. odkleił łożysko i odprowadził macię do pochwy. Oburzony ciemnotą, autor, na widok młodej ofiary niefachowej babki—zbrodniarki, słusznie zapytuje „quousque tandem?“, jeżeli zważymy, że działo się to tuż za miastem gubernialnem, pod bokiem 15 lekarzy i 3 szpitali, gdzie pomoc lekarska istnieje, gdzie na każde zawołanie można z tej pomocy bezpłatnie korzystać! Dowodzi to z jednej strony ciemnoty ludu, z drugiej zaś braku kontroli nad babkami, nieodzownie potrzebnej.

—*z*— Z zezwolenia Jenerał Gubernatora będą otwarte filie Tow. higienicznego w Lublinie, Częstochowie i Płocku.

—*z*— We Wrocławiu przy instytucie higienicznym otwarto kurs dla dezynfektorów, trwający 6 dni.

—*z*— Pismo bułgarskie Med. napredk występuje przeciw reklamie lekarskiej, szeroko rozprzeszczerzonej w Bułgarii.

—*z*— Według Rusk. Wracza w Bernie na wydziale lekarskim jest obecnie 252 kobiet i tylko 199 mężczyzn; między cudzoziemcami studentki z Rosji zajmują 1-sze miejsce.

—*z*— Rockefeller, milioner amerykański, przeznaczył 200000 dolarów na otwarcie w Baltimorze instytutu dla badań nad biegunką letnią u dzieci. Bogacz obiecał nie szczędzić w przyszłości środków na dokładne zbadanie tej choroby.

—*z*— Nader ciekawy dokument ze względu na pojęcia o fizjologii w XVI w. przytacza G. d. osp. W sprawie o uprawnienie dziecka niejkiej p. Auvremont, które urodziła w czasie 4 letniej nieobecności męża, lekarze orzekli, że już sama wyobraźnia i przed-

stawienie sobie w myśli stosunku płciowego z mężem mogło wywołać ciężę. Z tych zasad dziecko uznano za prawe.

—z— Jesteśmy proszeni przez firmę Mattoni o ostrzeżenie czytelników przed licznymi falsyfikatami jej wyrobów, które w ostatnich czasach rozprzestrzeniają się coraz bardziej.

—z— Otrzymaliśmy 19 sprawozdanie z działalności kasy im. Mianowskiego.

Z M A R L I.

D-r Sylwin G e r l a c h dnia 8 października r. b. w Warszawie, w wieku lat 66.

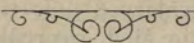
Ogłoszenie.

Komitet zarządzający Kasą pomocy dla osób pracujących na polu naukowem, imienia Józefa Mianowskiego, podaje do wiadomości, że z zapisu Jakóba Natansona, przyznane zostaną w r. 1905 dwie nagrody pieniężne.

Jedna nagroda przyznana będzie za najlepszą pracę z dziedziny nauk ścisłych, (matematyka, nauki przyrodnicze włącznie z biologicznymi) ogłoszoną drukiem w języku polskim w latach: 1901, 1902, 1903, 1904; druga za taką pracę w dziedzinie nauk społecznych, filozoficznych, prawnych lub tym podobnych. Zgodnie z Ustawą Kasy Pomocy i stosownie do zastrzeżeń, uczynionych przez zapisodawcę, powyższe nagrody udzielone być mogą jedynie poddanym rosyjskim, mieszkańcom Królestwa Polskiego, w Królestwie urodzonym. Komitet zarządzający Kasą własnem staraniem usiłował zebrać, dla poddania ocenie prace, ogłoszone drukiem w wymienionym okresie; dla uniknienia jednak możliwych przeoczeń, prosi o składanie prac, o których mowa w biurze Komitetu lub na ręce jednego z Członków Komitetu.

Prezes Komitetu: *H. Struve.*

Członek Komitetu Sekretarz: *Feliks Kucharzewski.*



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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 2 Октября 1902 г.