

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z zakładu D-ra J. Bączkiewicza dla dzieci.

I. Dalszy przyczynek do nauki

o odkażaniu przewodu pokarmowego u dzieci nadtlenkiem wapnia (gorytem).

Wykład wygłoszony na IX Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie.

napisał

D-r Maryan Roszkowski

lekarz miejscowy zakładu.

Szanowni Panowie!

Doświadczenia większości badaczy obecnie ustaliły zdanie prof. M. Nenckiego, ¹⁾ że udział bakterji w sprawach trawienia jest zupełnie zbyteczny, gdyż ustrój zwierzęcy posiada dostatecznie silne fermenty (zaczyny) do przemiany pokarmów w ciała, przenikające przez błony zwierzęce. Produkty zaś rozkładu, jakie w przewodzie pokarmowym wywołują bakterje, jak: indol, fenol, skatol, kwasy aromatyczne, metylmerkaptan i t. p. nie tylko nie przynoszą korzyści ustrojowi, ale nagromadzone w większej ilości stać się mogą wielce dlań szkodliwymi. Jeżeli zatem trawienie w kiszkiach jest możliwe bez udziału bakterji, a obecność ich jest szkodliwa dla ustroju zwierzęcego, to byłoby pożądane zastosowanie środka odkażającego, któryby, nie działając ujemnie na ustrój, jeżeli już nie niszczył samych bakterji, to przynajmniej tamował ich rozwój resp. wytwarzanie ich produktów szkodliwych. Wszak od wieków, gdy jeszcze nie znano roli, jaką grają drobnoustroje w kiszkiach, stosowano środki opróżniające przewód pokarmowy jak olej rycynowy i kalomel. Środki te może w części mają wpływ i odkażający. Działanie zaś ich dodatnie w wielu stanach chorobowych polega na tem, że wraz z zawartością kiszkiową wydalane są bakterje i ich produkty szkodliwe dla organizmu.

W nowszych czasach odkażanie kiszki było przedmiotem badania wielu klinicystów.

¹⁾ M. Nencki. Bemerkungen zu einer Bemerkung Pasteur's. Bern im September, 1885. (Odbitka z Archiv f. exp. Path. u. Pharmacol).

Zalecano w tym celu naftol B ²⁾ salol, taninę, jodol, acid. boricum, lacticum, benzonaftol, betol, dermatol, kamforę, chininę, rezoreynę i wiele innych. Znaczna liczba środków zalecanych świadczy z jednej strony o ważności odkażania kiszek, z drugiej zaś strony dowodzi ich niedostatecznej skuteczności. Wreszcie zwrócono uwagę na wybitne własności odkażające tlenu in statu nascendi. W tym celu prof. M. Nencki podał nowy środek dla dezynfekcyi kiszek, a mianowicie nadtlenek wapnia, który wprowadzony do przewodu pokarmowego w różnych jego odcinkach wydziela wolny tlen. Karužas ⁴⁾ a następnie M. Nencki i J. Zaleski ⁵⁾ stwierdzili nieszkodliwość tego środka na ustrój zwierzęcy. Psy znosiły bez żadnej widocznej szkody nie tylko małe 2—4 grm. dawki, ale nawet jednorazowe po 6—10 grm., podawane w gałkach mięsnych. Ciż autorzy badali działanie dezynfekcyjne tego środka na przewód pokarmowy u psów i przekonali się, iż środek ten działa skutecznie, gdyż w moczu tych zwierząt ilość indykanu i kwasów eterosiarczanych znacznie się zmniejszała. Odszczepienie tlenu z $Ca O_2$ ma miejsce nie tylko w żołądku, ale i w kiszkiach, gdyż z $Ca O_2$ pod wpływem żółci, soku trzustkowego i soku żołądkowego wydziela się wolny tlen. Niektórzy przypuszczają, że wprowadzając $H_2 O_2$, którego przeciwnie działanie dzięki pracom dawniejszych badaczy jest już dobrze znane, wprost do żołądka lub kiszek, można będzie osiągnąć te same rezultaty, co i od $Ca O_2$. Wyższość jednak nadtlenu wapnia w porównaniu z nadtlentem wodoru polega na tem, że tlen z nadtlenu wapnia wydziela się pomалу i stopniowo, wydzielany zaś tlen z nadtlenu wodoru, według doświadczeń Coppola ⁶⁾ wywiązuje się gwałtownie, zostaje szybko wchłonięty jako taki w naczynia krwionośne i wywołuje nie-

²⁾ Ch. Bouchard. Thérapeutique des Maladies infectieuses: Antiseptic, Paris 1889.

³⁾ J. Bączkiewicz. Przyczynek do nauki o odkażaniu kiszek. (Odbitka z Kroniki Lekarskiej) 1893 r.

⁴⁾ J. Karužas. Fizjologiczeskoje diejstwie pierekisi kalcja i pierekisi organiczeskich kislot na process gnienja w kiszkiach. Dissertacja na stopień doktora Medycyny. St.-Petersburg, 1898 r.

⁵⁾ M. Nencki i J. Zaleski. O zachowaniu się nadtlentów benzoilu i wapnia w przewodzie pokarmowym człowieka i psa. Przyczynek do dezynfekcyi przewodu pokarmowego. Gazeta Lekarska, 1900 r. № № 3 i 4.

⁶⁾ Coppola. Ueber das physiologische Verhalten von Wasserstoffsuperoxydat und seine Anwendung zum Studium der Absorption.

kiedy śmiertelne zatory. Ca O_2 przedstawia się w postaci proszku biało - żółtawego nierozpuszczalnego w wodzie o smaku osuszającym. Najłatwiej stosunkowo otrzymać środek ten sposobem E m. Schö ne, 7) działając nadtlenkiem wodoru na roztwór wodoru wapnia. Dla otrzymania zupełnie czystego produktu potrzeba, żeby współdziałające czynniki nie zawierały żadnych obcych domieszek, a mianowicie kwasu siarczanego i fosforowego. Otrzymany osad osusza się nad kwasem siarczanym i potażem żrącym. Osad ma kolor biało-żółtawy, pale buff wedle określenia Conroy.

Otrzymane w ten sposób Ca O_2 w pracowni prof. M. Nenckiego wykazało po zbadaniu 88,3 centymetrów sześciennych tlenu w 1,0 grm. Ca O_2 , co się zgadza ze składem chemicznym ciała według wzoru $\text{Ca O}_2 \cdot 4\text{H}_2\text{O}$. Wysuszony nad kwasem siarkowym nadtlenek wapnia zawiera 4 cząsteczki wody krystalicznej. Otrzymany świeżo do doświadczeń Ca O_2 należy zawsze zbadać i określić ilość tlenu, wartość bowiem tego środka zależy od ilości zawartego w nim tlenu. Bardzo dogodny do określenia tlenu w Ca O_2 jest sposób opisany przez Armand'a Bertrand'a 8), polegający na wydzielaniu jodu z jodku tasu nadtlenkiem wodoru i na miareczkowaniu jodu podsiarkonem posodu. Calcium hyperoxydatum, otrzymane z pracowni prof. M. Nenckiego w Petersburgu i zanalizowane wyżej wymienionym sposobem przezemnie w pracowni D-ra L. Nenckiego w szpitalu Ś-go Ducha, zawierało średnio 88,6 ctm. sześć. na 1 gram Ca O_2 .

Dzięki prof. Nenckiemu miałem możność stosowania powyżej wymienionego środka u ludzi. Wynik pierwszych moich spotrzeżeń stosowania tego środka u dzieci w zakładzie leczniczym D-ra Bączkiewicza w Warszawie ogłosiłem w roku zeszłym w Gazecie Lekarskiej w № 30 str. 785. Ponieważ dalej w tej kwestyi pracowałem, postanowiłem dalsze wyniki moich doświadczeń tutaj przedstawić. Nie chcąc nużyć uwagi Sz. Panów szczegółowym opisem wszystkich obserwowanych przezemnie przypadków, pozwolę sobie w skróceniu przytoczyć wyniki moich obserwacji z powyżej wymienionej pracy. W pierwszej seryi doświadczeń stosowałem Ca O_2 , otrzymane od prof. Nenckiego z zawartością tlenu 83,3. Obserwacje moje w tej seryi dotyczyły następujących przypadków klinicznych. Przedewszystkiem

7) Em. Schöne. Ueber die Dioxide des Bariums, Strontiums und Calciums. Berichte VII. p. 1172.

8) Bulletin de la société chimique de Paris. T. XXIII p. 148 lub w pracy mojej Gaz. Lekar. 1899 r. № 30, str. 786.

stosowałem środek ten w dyspepsia acida, mając na względzie to, że w cierpieniu tem, polegającym na nadmiernej fermentacyi kwaśnej w kiszkiach, przy użyciu Ca O_2 , wydzielający się z jednej strony nadtlenek wodoru resp. tlen będzie miał wpływ odkażający i powstrzymujący fermentacyę, z drugiej znów strony samo wapno będzie zobojętniać nadmiar kwasów. Przypadków z dyspepsia acida, w których stosowałem preparat Ca O_2 było 10. Ogółem wyniki otrzymałem bardzo pomyślne, kwaśność i ilość stolców w ciągu kilku dni się zmniejszała, charakter stolców nabierał cech normalnych. Tylko w 1 z tych 10 przypadków wystąpiły wymioty u dziecka 3 miesięcznego przy dawce Ca O_2 0,24 grm.—5 razy dziennie; przy zmniejszeniu dawki do 0,18 kwaśność stolców się zmniejszała, cierpienie jednak ustąpiło dopiero po zmianie pokarmu. Tenże sam preparat stosowałem w 3-ch przypadkach nieżytu kiszki bezgorączkowego. Dwa dotyczyły ssawców 2 i 15 miesięcznych. Przy podawaniu Ca O_2 w ilości 1,0 dziennie ilość wypróżnień się zmniejszała, stolce traciły przykry zapach. Po tygodniu dzieci wyzdrowiały. 3-ci przypadek dotyczył dziecka 5 letniego cierpiącego na biegunkę od 5 tygodni. Ilość dobową indykanu przed podawaniem Ca O_2 wynosiła 8,5 mlgrm.; po podaniu olejku, uregulowaniu diety zalecono Ca O_2 w ilości 1,5 dziennie. Ilość dobową indykanu w ciągu 2 tygodni spadła do 4,5 mlgrm, a po tygodniu wynosiła 1,5 mlgrm. Dziecko zostało wypisane zupełnie zdrowe. W jednym przypadku gastro—enteritidis acutae nie zauważono pomyślnego wpływu Ca O_2 .

Druga serya doświadczeń pomienionej mojej pracy dotyczy przypadków, w których stosowałem Ca O_2 z zawartością tlenu 53,2 ctm. w 1,0 Ca O_2 . Preparat ten stosowałem w 21 przypadkach dyspepsiae acidae, z tych w 18 na przemian z podawaniem wody wapiennej, przyczem okazało się że działanie obydwóch tych środków, aczkolwiek pomyślne, było jednakowe. W tych zaś przypadkach, gdzie woda wapienna nie wywierała pomyślnego wpływu i ten preparat Ca O_2 nie okazał się skuteczniejszym. Ten sam zaś preparat stosowany w 3-ch przypadkach kataru kiszkiowego u ssawców nie wywierał dodatniego wpływu, a nawet w 1 przypadku podany w dawce 0,36 wywołał wymioty. 2 powyższe serye doświadczeń, jak nadmienilem, już dawniej ogłoszone, odnosiły się przeważnie do przypadków dyspepsiae acidae, w których o dodatnim działaniu Ca O_2 sądzić można było z jednej strony na podstawie zmniejszania się kwaśności stolców, z drugiej strony na podstawie ustępowania chorobowych objawów klinicznych. Postanowiłem więc w nowej trzeciej seryi doświadczeń, przynajmniej w niektórych przypadkach ściślej przekonać się o odkażającym wpły-

wie Ca O_2 , określając nie tylko ilość indykanu w moczu, lecz zarazem i ilość kwasów eterosiarczanych.

Trzecia ta serya doświadczeń dokonana została z Ca O_2 nadesłanym mi ze znanej fabryki chemicznej F. von Heyden'a w Radebeulu pod Dreznem, która przygotowuje obecnie czysty nadtlenek wapnia pod nazwiskiem *gorytu*. Po zanalizowaniu tego preparatu sposobem wskazanym okazało się, że zawiera w $1,0 \text{ Ca O}_2$ 90 centymetrów sześciennych tlenu. Preparat ten stosowano w następujących przypadkach, a mianowicie: u 9 osesków w dyspepsia acida, 2 razy w enterocolitis acuta, 2 razy w enteritis tuberculosa i 1 raz w colitis chronica. U pięciorga dzieci, cierpiących na dyspepsia acida w wieku od 3-ich do 7-miu miesięcy calcium hyperoxydatum było zalecone w dawce 0,5—1,0 na dobę bez uprzedniego stosowania innych leków. Określanie kwaśności stolców dokonywano klinicznie za pomocą papierków lakmusowych. Dzieci miały 5—10 wypróżnień na dobę; cierpiały na wzdęcie brzuszka i rżnięcie w kiszkiach. Stolce miały zapach kwaśny i wygląd posiekanego jajka. Po zastosowaniu nadtlenu wapnia w wyżej wymienionej dawce w przeciągu 6—10 dn. bóle brzuszka ustąpiły i dzieci miały wypróżnienia prawidłowe. W 2 innych przypadkach dyspepsiae acidae nadtlenek wapnia zalecono po uprzednim stosowaniu mleczanki z oliwy z wodą wapienną, która nie pomagała. Podawanie nadtlenu wapnia w dawce 1,0—1,5 na dobę w przeciągu tygodnia dało wynik dodatni. W dziewiątym przypadku dziecko, mające 4 miesiące, karmione piersią matki i dopajane mieszanką Biederta, cierpiało na silną dyspepsiam acidam od 3-ich tygodni, leczone rozmaitymi środkami bez rezultatu. Zacząłem podawać nadtlenek wapnia w ilości 0,5—1,0 grm. na dobę. Ilość wypróżnień przy podawaniu tego leku w przeciągu tygodnia zmniejszyła się z 10 do 6 na dobę i dziecko stało się spokojniejsze, wreszcie straciłem pacyenta z oczu. W katarze kiszki o ostrym przebiegu stosowałem Calcium u dwojga dzieci w wieku: jedno 2 lata, drugie 6 lat, cierpiących od dni kilku na rozstrój przewodu pokarmowego. Wypróżnienia były obfite po kilka razy na dobę, cuchnące, wodniste z domieszką śluzu. Po zastosowaniu calcii w dawce: u pierwszego 1,0, a u drugiego do 3,0 dziennie w przeciągu 3-ich dni wypróżnienia stały się mniej częstymi i mniej cuchnącymi, a po 3-ich dniach dzieci były zupełnie zdrowe. Badanie moczu u starszego dziecka przed podawaniem leku, zarówno jak i po stosowaniu calcii zawartości białka i cukru nie wykazało, ilość dobową indykanu przed podawaniem leku — 8 mlgrm., po stosowaniu zaś calcii w przeciągu 3 dni wynosiła tylko 1 mlgrm.

W katarze kiszek pochodzenia gruźliczego stosowałem nadtlenek wapnia w 2-ch przypadkach, a mianowicie: u jednego dziecka wieku lat 3 obciążonego gruźlicą płuc i cierpiącego na biegunkę od 3 miesięcy. Wypróżnienia były wodniste, cuchnące po 5 — 6 razy dziennie. Po zastosowaniu calcii w przeciągu tygodnia w dawce do 2,0 na dobę ilość wypróżnień zmniejszyła się do 2-ch dziennie, złożonych z kału sformowanego i mniej cuchnącego. Stosowanie zaś calcii w drugim przypadku enteritidis tuberculosae u dziecka 7-o letniego, obciążonego daleko posuniętą gruźlicą płuc i stawów, gdzie już stosowano bez rezultatu masę innych leków, nie dało również dodatniego wyniku, ilość stolców jak również konsystencja pozostały bez zmiany, tylko odór stał się mniej przykrym. Trzeci przypadek stosowania nadtlenku wapnia w katarze kiszek o przebiegu chronicznym dotyczy 4-o letniego chłopczyka, który cierpiał na biegunkę już od 2-ch miesięcy, mając do 8 wypróżnień flegmistych na dobę. W przeciągu 3-ch pierwszych dni leków nie stosowano. Badany mocz ani białka ani cukru nie zawierał, ilość dobową indykanu 7 mlgrm., ogólna ilość dobową kwasu siarczanego i jego związków eterycznych, które były określane sposobem Baumann'a wynosiła 1,2 grm. Nie zmieniając diety, zastosowałem calcium w dawce 2,0 na dobę. Po 3-ch dniach ilość wypróżnień zmniejszyła się do 4-ch, ilość dobową indykanu do 3 mlgrm., ogólna zaś ilość kwasu siarczanego i jego związków eterycznych wynosiła 0,6 grm., a po 12 dniach dziecko zupełnie wyzdrowiało, ilość dobową indykanu wynosiła 1 mlgrm.

Aczkolwiek w 3-ch seryach moich doświadczeń nie we wszystkich przypadkach byłem w stanie zastosować ścisłą kontrolę naukową co do odkażającego działania Ca O_2 . (jak określenia indykanu, kwasów eterosiar. w moczu), opierając się jednak z jednej strony na klinicznej obserwacji, z drugiej znów strony na przypadkach ściśle obserwowanych, ośmieliłbym się postawić wnioski następujące:

1. Przedewszystkiem stosowany preparat powinien zawierać w 1,0 Ca O_2 przynajmniej 80 ctm. sześć tlenu, w przeciwnym bowiem razie działanie jego jest mało skuteczne, a co najmniej wątpliwe.

2. Prawie we wszystkich przypadkach dyspepsiae acidae, sądząc z objawów klinicznych, działanie tego środka okazało się nader pomyślne.

3. W przypadkach kataru kiszek, sądząc z jednej strony po objawach klinicznych, z drugiej strony na podstawie określania ilości indykanu i kwasów eterosiarczanych, Ca O_2 wywiera niewątpliwie wpływ odkażający w kiszkaach.

4. Przy stosowaniu CaO_2 na 49 przypadków w 2-ch tylko zauważyłem wystąpienie wymiotów, które jednak po zmniejszeniu dawki ustępowały, poza tem innych ubocznych wpływów ujemnych nie zauważono.

II. Z oddziału D-ra K. Chełchowskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

3 PRZYPADKI PORAŻENIA LANDRY'EGO

PODALI:

Dr. Józef Winiarski i Dr. Leszek Wolfram.

(Dokończenie).

Przypadek 2-gi zasługuje na uwagę z tego względu, że i my, lekarze, którzy chorego obserwowaliśmy i sam chory, mieliśmy to wrażenie, że chorego uratowało od śmierci z zaduszenia i zachłyśnięcia siedzenie w fotelu przez 2 tygodnie. Sam chory jeszcze w okresie zdrowienia bał się położyć do łóżka. Przypadek był ciężki, powikłany zapaleniem płuc z zachłyśnięciem.

Stefan Z., stróż, lat 51, przybył do szpitala d. 9/II 1893 r.

Żonaty i dzietny, ze zdrowej rodziny. W 10-m roku życia przechodził febrę. Zresztą zawsze był zdrow. Wódki pijał dużo (po kilka, a nieraz i po kilkanaście kieliszków dziennie), ale trudno się upijał. Od 2-ch lat prawie wcale jej nie pił.

5 dni temu poczuł chory ból w krzyżu, w części lędźwiowej, ból głowy i ogólne osłabienie. Następnego dnia ból głowy wzmożył się, umiejscowił z tyłu i rozszerzył na kręgi szyjowe. Na 3-ci dzień ból głowy mniejszy, w krzyżu zaś, jak przedtem; pomimo pewnego osłabienia, chory bez trudu jednak poszedł tego dnia do łaźni. Na 4-ty dzień poczuł ból w nogach pod kolanami, pomimo to poszedł jeszcze, choć z trudem, potykając się, do felczera, później sam jeszcze rozebrał się i poszedł spać. 5-go dnia rano chory już nie mógł wstać, ani ubrać się, a osłabienie, choć w mniejszym stopniu, niż w nogach, wystąpiło i w rękach.

W południe tegoż dnia wystąpiło utrudnienie w połykaniu, tak, że stałych pokarmów nie przyjmował już wcale, a płyny połykał

z trudnością. Od kilku też dni chory zauważył pewne utrudnienie w mowie, drętwienie i ziębniecie nóg i rąk. Od samego początku choroby cierpiał też na zaparcie stolca. Wieczorem tego dnia odwiedziono go do szpitala.

Status praesens d. 10/II 1893 r. Osobnik wzrostu słusznego. Budowa ciała i odżywianie dobre. Przytomność zupełnie zachowana. Stan bezgorączkowy. Przy wyszczerzaniu zębów, w części i podczas rozmowy występuje lekki niedowład dolnych gałęzi prawego nerwu twarzewego (w 20-ym roku życia koń strzaskał mu prawą górną szczękę). Ruchy oczu prawidłowe. Gdy mówi, zaczyna się na niektórych zgłoskach. Drżenie języka. Leniwe ruchy podniebienia miękkiego, zarówno przy fonacji, jak i przy drażnieniu mechanicznem. Połykanie utrudnione. Kaszlnąć i utrzcć nos może, choć z wielką trudnością. Ruchy głowy i szyi zupełnie zachowane. Usiąść na łóżku, przewrócić się z boku na bok nie może, jednakże może wykonywać boczne ruchy tułowiem, skoro go się raz posadzi. W kończynach górnych ruchy palców i napięstka zachowane, choć osłabione. Zgina ręce w łokciach zaledwie do połowy, wyprostowywa lepiej. Podnieść ramion w górę wcale nie może. Ruch ksobny ramienia dobry, odsiebny upośledzony. Wszelkie ruchy bierne w kończynach górnych — zupełnie wolne. — W kończynach dolnych ruchy palcami i zginanie w stawie skokowym zachowane, ruch odsiebny i ksobny w tymże stawie — również. Zginać nogę w kolanie może lepiej, niż wyprostowywać. Podnosić nóg w górę nie może. Spuścić nogi na ziemię może o własnej sile. — Odruchu kolanowego brak, odruch z m. cremaster zachowany.

Pewne upośledzenie czucia bólowego w rękach i nogach od palców do łokci i do kolan, mianowicie na głębsze ukłucia. Do tejsze wysokości upośledzenie czucia cieplnego.

Badanie pobudliwości elektrycznej licznych nerwów i mięśni nie wykazało żadnych zmian w oddziaływaniu zarówno na prąd przerywany, jak i stały (badanie było dokonywane wprawdzie bez galwanometru, sprawdzano jednak wyniki na osobnikach zupełnie zdrowych, przyczem otrzymywano liczby zupełnie podobne). W narządach wewnętrznych zmian nie wykryto. Oddawanie moczu prawidłowe. Mocz o c. wł. 1029, białka ani cukru nie zawiera. Zaparcie stolca.

Nazajutrz, t. j. 11/II ruchy palati mollis lepsze. Męczący, ale powierzchowny i bezskuteczny kaszel. Chory siedzi wciąż w fotelu i boi się położyć do łóżka. Zalecono ławatywę z Inf. Sennae Comp., oraz wcierania szarej maści w kolumnę pacierzową.

12/II. Ruchy nóg i rąk gorsze. Odpluwanie utrudnione, płwocinę trzeba wydobywać z ust. Czuć bólowe i ciepłe wróciło.

P. 100, miarowy. R. 32.—Stan bezgorączkowy. Zabarwienie skóry jakby żółtaczkowe.

13/II, t. j. 9-go dnia choroby, stwierdzono w dolnej części lewego płuca z tyłu stłumienie, oddech oskrzelowy, bronchofonię i trzeszczenia.

Połyka chory lepiej. Subiektywne polepszenie ruchów rąk i tułowia. Bóle w nogach do kolan, drętwienie i nadczułość nóg. Bezsenność.

Dalszego przebiegu przytaczać nie będziemy. Zaznaczymy tylko, że poprawa była bardzo powolna. Jeść zaczął niektóre pokarmy (śliwki, pomarańcze) dopiero 16/II. Na trudność głębszego westchnięcia, lub kaszlnięcia, uskarżał się jeszcze 20/II.

Dnia 22/II po raz 1-szy położył się do łóżka. 6/III podtrzymywany, z trudnością mógł przejść parę kroków.

Zapalenie płuc po kilku dniach trwania ustąpiło. Gorączki przez cały czas choroby nie było. Przy siedzeniu w fotelu stopy miał obrzęknięte. W okresie zdrowienia miewał parestezye, bóle w kończynach, oraz krótkotrwałą nadczułość niektórych pni nerwowych (Nn. mediani, radiales, ischiadici, crurales). Objaw kolanowy nie wrócił. W kończynach górnych najpowolniej wracały ruchy: podnoszenie i odwodzenie ramion (deltoidei), supinacja rąk i wyprostowywanie palców;—w kończynach dolnych: wyprostowywanie kolan i odwodzenie ud (abductio).—Zaników mięśniowych w ciągu 11-tygodniowej obserwacji nie stwierdzono. Chory wypisał się ze szpitala d. 6/IV 1893 r. W 3 tygodnie później pokazał się: niedowładu prawego nerwu twarzowego nie mogliśmy się dopatrzeć. Objawu kolanowego niema. Chory miewa czasami drętwienia dłoni. Zresztą czuje się całkiem zdrow.

Przypadek 3-ci odskakuje mocno od zwykle spostrzeganych: choroba miała tu przebieg, jak gdyby poronny. Porażenie wiotkie, niezupełne 4-ch kończyn, bez silniejszych przypadłości ze strony rdzenia przedłużonego, wystąpiło tu na 2-gi dzień zapalenia płuc włóknikowego, a zaczęło ustępować wkrótce (na 10-ty dzień tej choroby) po spadku gorączki. Rozszczepienie czucia, zaznaczone już w przypadku 2-im, występowało tu jeszcze wyraźniej.—Przewidując możliwy zarzut, że porażenie kończyn górnych i dolnych w tym przypadku mogło być tylko pozorne, a właściwie zależeć od wielkiego osłabienia, towarzyszącego ciężkiej chorobie gorączkowej, z góry zaznaczyć musimy, że chory na swe zapalenie płuc mało zwracał uwagi,

przerażony był głównie utratą władzy w nogach i w rękach. Pomimo gorączki i zapalenia płuc, przytomność i energię miał zupełne, wytrzymywał długie badania i skupiał podczas nich uwagę.

Przypadek dotyczy Józefa J., lat 67, który przybył do szpitala d. 17/II 1897 r.

Wywiady wykazały, co następuje: Chory pochodzi z rodziny zdrowej, nie obciążonej chorobami dziedzicznymi. Przed 40 laty przechodził jakoby syfilis (ulcus molle?), przed 30 z górą laty kilkakrotnie zimnicę. W czerwcu 1895 r. leżał przez tydzień w szpitalu Dzieciątka Jezus z rozpoznaniem: Ischias sinistra; wówczas stwierdzono nierówność źrenic i osłabienie odruchów kolanowych. Od wielu lat nadużywa trunków: wypija po 5 — 6 kieliszków wódki dziennie.

Obecna choroba rozpoczęła się d. 13/II, t. j. przed 4 dniami (przedtem był zupełnie zdrow): po powrocie z podróży d. 12/II, zaczął się uskarżać na ból w lewym boku; nazajutrz, t. j. d. 13/II, zauważył osłabienie kończyn górnych i dolnych, oraz drętwienie w końcach palców obydwu rąk. Na 2-gi dzień osłabienie kończyn wzmogło się, lecz poszedł jeszcze na obiad, chociaż po wschodach chodzić już nie mógł.

Na 3-ci dzień jeszcze bez pomocy poszedł do łaźni, a 4-go dnia już całkiem nie mógł chodzić, więc kazał się zanieść na sanie i pojechał do łaźni. 5-go dnia rano przywieziono go do szpitala.

Status praesens d. 17/II 1897 r. Chory wzrostu średniego, budowa ciała i odżywianie umiarkowane, cera prawidłowa. Ciężota = 39,1^o C. Tętno 98, miarowe. R. 32. Lekki obrzęk stóp. Klatka piersiowa z lewej strony wyraźnie zapadnięta; obwód klatki piersiowej wynosi: na wysokości sutek z lewej strony 45 ctm., z prawej 49 ctm., na wysokości zaś wyrostka mieczykowatego z lewej 44 ctm., z prawej 49 ctm.

Granice płuc prawidłowe. Nad lewym płucem z tyłu pod łopatką i pod pachą stłumienie odgłosu opukowego, osłabienie oddechu, głosu i drżenia. Plwocina lepka i zlekką rdzawa. Tępość serca prawidłowa, tony czyste. Śledziona i wątroba nie powiększone.

Przytomność zupełna. Lewa źrenica nieco szersza od prawej i na światło oddziałuje b. leniwie, prawa zaś wcale nie oddziałuje. Sam jeść nie może, trzeba go karmić. Zaburzeń w łykaniu ani w oddychaniu wykazać nie można. Mowa trochę niewyraźna. Rażąco osłabienie ruchów we wszystkich kończynach, zwłaszcza w prawych. Chodzi, zlekką podtrzymywany, przyczem prawą nogę włóczy po ziemi, lewą zaś stopę z wysiłkiem podnosi ku górze, wyrzuca ją naprzód i jakby potyka się. Osłabienie ruchów szczególnie wybitne na

kończach nóg i rąk. Czucie dotykowe zachowane. Czucie ciepłe osłabione na stopach i do połowy goleni. Odruchów ścięgowych, oraz skórnych brak. Pnie nerwowe na ucisk bolesne; Nervi crurales i Nn. intercostales: 2-i, 3-i, 4-ty, 5-ty i 6-ty (mianowicie na lin. axillaris media) z obudwu stron (szczególnie prawe). Również bolesne na ucisk punkty wzdłuż crista ossis ilei, Nervus ileo-inguinalis dexter i wyrostki cierniste 6, 7 i 8-go kręgów szyjowych.

Mocz barwy żółto-brunatnawej, odczynu słabo-kwaśnego, o c. wł. 1014, zawiera ślady białka. Skąpy osad moczowy zawiera pod drobnowidzem nieliczne białe ciała krwi, zresztą nie szczególnego. Chory musi oddawać mocz częściej i słabym strumieniem. Stolec od 3-ch dni zaparty. Apetyt mały.

Nazajutrz, tj. dn. 18. II P. 96; R. 38. Chory uskarża się na znaczne osłabienie kończyn. Chodzi znacznie gorzej: potrzebuje, żeby go silnie podtrzymywano. Usiąść w łóżku bez pomocy nie może. Siedząc, może zgiąć i rozgiąć tułów. Siła rąk mniejsza niż wczoraj. Ruchy ramion tylko nieznacznie osłabione. Triceps brachii słabszy od zginaczy. Ruchy dłoni (szczególnie prawej) b. słabe, a mianowicie bezwład m. flexoris pollicis brevis et m. opponens, oraz niedowład mięśni zginaczy i wyprostnych pozostałych palców. Nie może zbliżyć 4-go i 5-go palca, w pozostałych zaś palcach ruch ten jest możebny, lecz b. słaby. Rozsuwanie palców trochę łatwiejsze.

Lewą nogę może trochę podnieść, prawą nie jest w stanie tego uczynić. Siła kończyn dolnych w porównaniu z dniem wczorajszym wyraźnie zmniejszona. Mięśnie zginacze ud, goleni i stopy są znacznie słabsze od mięśni wyprostnych. W prawej stopie wszystkie ruchy są gorsze, niż w lewej.

Czucie ciepłe dziś wyraźniej upośledzone, niż wczoraj, na stopach i do połowy goleni. Na górnych kończynach czucie ciepłe nie zmienione. Nieznaczna hypalgesia na stopach. Zmysł dotykowy prawidłowy. Zmysł mięśniowy również.

Pnie nerwowe dziś wyraźniej są bolesne na ucisk, niż wczoraj; oprócz wymienionych bolesny jest splot ramieniowy (nad obojczykiem, pod tymże i pod pachą). Stłumienie odgłosu opukowego nad lewym płucem z tyłu wyraźniejsze, niż wczoraj, zwłaszcza pod pachą; w pobliżu kręgosłupa ton opukowy jaśniejszy; również daje się zauważyć nieznaczne stłumienie i pod lewym obojczykiem. Oddech, głos i drżenie—osłabione. Próbné przekłucie w 7-em międzyżebżu in lin. axill. sin. dało wynik ujemny: igła napotyka na coś twardego.

19. II P. 94.; R. 36. Chodzić wcale nie może. Ruchy w łokciach słabsze, niż wczoraj. W lewej dłoni i w palcach flexio gor-

sze, niż extensio, w prawej zaś dłoni odwrotnie. W lewej ręce lepiej rozsuwa palce, w prawej zaś lepiej je przysuwa. Ruchy mięśni brzucha w porównaniu z dniem wczorajszym również słabsze. Flexio w prawym stawie biodrowym i flexio dorsalis lewej stopy prawie zginęły. Wyraźniejsze osłabienie zmysłów: bólowego cieplnego do połowy goleni. Stłumienie i objawy osłuchowe powiększyły się z przodu (posunęły się ku górze do obojczyka.)

Gorączka, która była stałą i dochodziła do $39, 3^{\circ}$ C., w nocy z dnia 20. II na 21. II wśród obfitych potów spadła krytycznie do $36, 7^{\circ}$ C., po 8 dniach trwania.

Od tej pory płwocina przestała już być rdzawą, a stała się szarawą, lepka. Objawy płucne zaczęły z wolna ustępować, jakkolwiek przy wypisywaniu się chorego ze szpitala objawy fizykalne nad dolną tylną częścią lewego płuca zupełnie nie ustąpiły. Kaszel całym ustął.

Co się tyczy objawów nerwowych, to od 22. II (tj. od 10-go dnia zapalenia płuc) rozpoczyna się poprawa: chory zaczyna nieco chodzić; 23. II chodzi już bez podtrzymywania, siada w łóżku i je bez pomocy. Prawe ramię podnosi do góry, zjawiają się ślady zginania dużego palca prawej ręki.

27. II. Ruchy w górnych kończynach niemal prawidłowe, tylko wyprostowywanie przedramion jeszcze osłabione, natomiast ruchy w dolnych kończynach są jeszcze wyraźnie osłabione.—Czucie bólowe w ciągu kilku dni wróciło zupełnie, czucie zaś cieplne poprawiało się wolniej: 24 II chory na lewej stopie i do połowy lewej goleni nie rozróżniał 8° i 43° , po prawej zaś stronie 8° i 26° R.

27 II czucie cieplne na górnych kończynach prawidłowe, na dolnych zaś jeszcze nie wróciło: do połowy goleni chory nie rozróżnia 25° i 32° R. (którą to ciepłotę rozróżnia na całym zresztą ciele), a po nad malleolus internus prawej goleni nie rozróżnia nawet 15° i 30°

5. III Na wewnętrznej powierzchni prawej goleni, w dolnej trzeciej części tejże (tj. gdzie i przedtem) chory nie rozróżnia jeszcze 13° (roznice pomiędzy 20° i 33°), 15° natomiast już rozróżnia.

Co się tyczy bolesności pni nerwowych na ucisk, to d. 27. II były jeszcze bolesne: Plexus supraclavicularis sin., nn. intercostales III i IV z obu stron, oraz puncta ileo-inguinalia.

5. III Wrażliwości pni nerwowych na ucisk już stwierdzić nie można było.

27. II. Zjawił się lewy odruch kolanowy.

7. III Chory ze znaczną poprawą wypisał się ze szpitala. Zaników mięśniowych przez cały czas choroby nie było.

Oczywiście, nasz chory przechodził zapalenie płuc włóknikowe. Można by, wprawdzie, wobec stłumienia, osłabienia oddechu, głosu i drżenia przypuszczać, czy nie mieliśmy do czynienia z zapaleniem opłucny, jednakże ujemny wynik przekłucia próbnego, rdzawa płwocina w początku choroby, zmienność w umiejscowieniu objawów opukowych i osłuchowych (nacieczenie płuca lewego z dolnych części posunęło się ku górze i przodowi pod obojczyk), wreszcie krytyczny spadek gorączki na 9-ty dzień choroby wśród obfitych potów, wykluczają to przypuszczenie. Mogłoby się też budzić podejrzenie gruźlicy wobec wyraźnego zapadnięcia lewej połowy klatki piersiowej, oczywiście będącego wynikiem przebytego dawniej zapalenia opłucny. Przypadkowo płwocina nie była badana na laseczniki gruźlicze, jednakże nie może to wpłynąć na zmianę w danym przypadku rozpoznania, wobec przebiegu choroby.

Rozszerzenia lewej źrenicy nie należy uważać za jeden z objawów porażenia Landry'ego, lecz za spowodowane uciskiem nerwu sympatycznego w klatce piersiowej przez zrosty opłucny, nierówność bowiem źrenic była u naszego chorego stwierdzoną już przed 2 laty

Zmiany w czuciu należą do dość rzadkich objawów, spotykanych w porażeniu Landry'ego. W naszych 2 przypadkach miały one pewne cechy, dotychczas nie zaznaczone, mianowicie mieliśmy do czynienia z rozszczepieniem czucia dość wyraźnym w przypadku 2-im, oraz jeszcze wybitniejszym w przypadku 3-im; podczas, gdy czucie dotykowe było niezmienione, czucie bólowe, zwłaszcza zaś cieplne, było znacznie upośledzone.

Przypadek 1-szy i 2-gi należy zaliczyć do opuszkowego typu porażenia Landry'ego, przypadek zaś 3-ci do typu neurytycznego.

Jak wiadomo, postać chorobowa, przedstawiająca się jako ostre wstępujące porażenie, została po raz 1-szy dokładnie opisana w r. 1859-ym przez Landry'ego.

Od tej pory w literaturze zagranicznej gromadzą się opisy przypadków tego cierpienia. Dydyński zebrał ich 83. W literaturze zaś polskiej znalazłem zaledwie 7 przypadków (nadto w Lutym r. b. na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego Dydyński przytoczył historię 2 odnośnych przypadków; będą one wkrótce ogłoszone drukiem.) ¹⁾

¹⁾ Z tych 9 przypadków oraz 3 wyżej przytoczonych zakończyło się wyzdrowieniem 5, śmiercią zaś 7.

Pierwszy opis u nas tego cierpienia przez Gajkiewicza ¹⁾ znajdujemy dopiero w r. 1882-im, tj. po 23 latach od odkrycia choroby.

Przypadek dotyczył mężczyzny lat 50, umiarkowanego alkoholi-ka, który jakoby już 2 razy w życiu zapadał podobnie: po raz 1-szy przed kilkunastu laty, a po raz 2-gi przed 2 laty. W ciągu kilkunastu dni rozwinął się bezwład mięśni kończyn i tułowia. Odruchy skórne i ścięgnowe słabły z początku choroby, a w końcu zginęły zupełnie. Pobudliwość elektryczna mięśni była znacznie zmniejszoną. Wyzdrowienie po upływie 3-ch miesięcy.

Wł. Biegański ²⁾ podaje pobieżną wzmiankę o 61-letnim mężczyźnie. Przebieg choroby przez 12 dni był względnie łagodny, nagle nastąpiło pogorszenie i śmierć na 15-ty dzień choroby wskutek porażenia ośrodków oddechowych. Obrzmienie śledziony.

W 1898-ym ogłoszono aż 4 przypadki porażenia Landry'ego M. Biro ³⁾ spostrzegając szybki, 7-dniowy, śmiertelny przebieg u 17-letniej dziewczyny. Osobliwością tego przypadku były: skrzyżowane porażenie prawej kończyny górnej i lewej dolnej w 1-ym dniu tej choroby, niedowład n. abducentis dextri, a ostatniego dnia życia niedowład obu nerwów okoruchowych.

Chory Holtzera ⁴⁾, czeladnik piekarski, objawów opuszkowych nie miał; wyzdrowienie po 7 tygodniach, odruchy kolanowe nie wróciły.

Chory Trzebińskiego ⁵⁾, włościanin 26-letni, w kilka dni po przebyciu lekkiej grypy, obok zwykłych objawów, okazywał porażenie krtani, wszystkich gałęzi lewego nerwu twarzewego i zwieracza lewej źrenicy. Lekkie zaburzenia czuciowe, wybitna bolesność pni nerwowych, obrzmienie śledziony. Śmierć po 5 dniach choroby.

¹⁾ Wł. Gajkiewicz: „Przypadek porażenia Landry'ego (Paralysis ascendens acuta) zakończony wyzdrowieniem“. *Gazeta Lekarska* 1882, № 41, 42.

²⁾ Wł. Biegański: „Z kazuistyki chorób układu nerwowego. Paralysis ascendens acuta Landry“. *Medycyna*, 1890, № 26.

³⁾ Maks. Biro: „O chorobie Landry'ego“. *Medycyna*, 189 № 33, 34.

⁴⁾ Holtzer: „Przypadek porażenia Landry'ego“. *Nowiny Lekarskie*, 1898, № 9, 10.

⁵⁾ Stan. Trzebiński: „Przypadek ostrego wstępującego porażenia (Paraliż Landry'ego)“. *Kronika Lekarska*, 1898, № 13.

A. T u m p o w s k i ¹⁾ u 37 letniego mężczyzny, zmarłego po 13 dniach choroby, widział porażenie wszystkich gałęzi lewego nerwu twarzowego, nieznaczne zaburzenia czucia, bolesność mięśni i niektórych nerwów.

W przypadku B r e g m a n a ²⁾ dośrodkowe odcinki kończyn były bardziej dotknięte, niż obwodowe. W ciągu 6 dni trwania choroby chory był niezwykle podniecony. Z liq. cerebro-spinalis wyhodowano liczne gronkowce złociste (*Staphylococcus pyogenes aureus*).

W rdzeniu zmian nie było; w nerwach obwodowych rozpad myeliny.

D y d y ń s k i, uważając porażenie L a n d r y ' e g o za następstwo zatrucia toksynami bakteryjnymi i szukając objaśnienia dla wstępującego charakteru choroby, wyraził przypuszczenie, że nie wszystkie nerwy są w jednakowym stopniu podatne na wpływ szkodliwego czynnika, działającego przy porażeniu L a n d r y ' e g o. Im ważniejszą dla podtrzymania życia ustroju powodują one funkcję, tem są odporniejsze, tem później i w tem słabszym stopniu zostają dotknięte sprawą chorobową; ztąd nerwy dolnych kończyn, jako najslabsze, pierwsze i w stopniu najsilniejszym ulegają cierpieniu, nerwy kończyn górnych już nieco później, a ostatnie, jako najodporniejsze, bo służące do najważniejszych czynności, poddają się nerwy opuszkowe. Potwierdzenie tej hipotezy D y d y ń s k i widzi w przeprowadzonych przez siebie doświadczeniach na zwierzętach. Wstrzykując królikom jad par excellence obwodowy, mianowicie kurare, D. spostrzegł, że objawy porażenia kończyn występowały u nich również w porządku wstępującym.

Powyzsza hipoteza D y d y ń s k i e g o wydaje nam się prawdopodobna, gdyż analogiczne do pewnego stopnia zjawisko spostrzegamy u chorych, dotkniętych chorobami, czy to ostreymi zakażeniami, czy przewlekłymi, wyniszczającymi (np. gruźlicą lub rakiem). Przy nieznacznym stopniu osłabienia lub zakażenia chory najpierw traci władzę w kończynach dolnych, przestaje chodzić, może jednak jeszcze dobrze władać mięśniami tułowia (usiąść w łóżku) i kończyn górnych (sam się karmi, sam sobie wszystko podaje i t. d.). Za znaczniejszy stopień osłabienia lub zatrucia uważamy ten, gdy chory nie może

¹⁾ A. T u m p o w s k i: „Z kazuistyki chorób nerwowych. Paralysis Landry (paralysie ascendante aiguë) pochodzenia neurytycznego“. *Medycyna*, 1898, № 12.

²⁾ Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, 1900, Tom XCVI, Zeszyt I, str. 165.

o własnych siłach podnieść się z łóżka, lecz kończynami górnymi jeszcze włada nieźle. Przy jeszcze większym stopniu osłabienia chory nie może już sam władać rękoma, trzeba go karmić. Wreszcie, w końcowym okresie życia chory nawet nie może już mocniej odetchnąć, kaszlnąć, łykać.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

65. Prof. König. **Cierpienia stawu udowego.** (Berlin. klin. Woch. № 3 1901.)

1) *Coxitis gonorrhoeica*. Zapalenie stawu udowego, zależne od rzeźączki, przebiega zdaniem autora całkiem odmiennie od zwykłego tego stawu zajęcia i napotyka się niewątpliwie daleko częściej, niż to przyjętem jest powszechnie. Prof. K. spostrzegał przypadków takich 20 u osobników między 20 i 40 rokiem życia, przyczem sprawa chorobowa występowała przeważnie w okresie ostrym rzeźączki. Jeżeli w mowie będącej zapalenie występowało w okresach późnych tylnego nieżyty cewki (urethritis posterior), rozpoznanie stawiano na mocy znajdujących w moczu nitek, które zawierały ziarniniaki. Kilkakrotnie zaledwie powstanie sprawy poprzedzone było przez uraz; stwierdzono nadto, że ciąża, w końcowym zwłaszcza terminie, oraz okres poporodowy sprzyjają wybuchowi omawianego cierpienia, które najczęściej nawiedza jednocześnie nie tylko oba stawy udowe, lecz inne również, niekiedy nie wyłączając nawet kręgow.

Zapalenie rzeźączkowe stawu udowego występuje pod postaciami różnemi i odpowiednio do tego wyróżnia się natężeniem wcale niejednakowem. Zdarzają się zatem postaci łagodne; jeden ze stawów może chorować bardzo ciężko, gdy drugi daje się wyleczyć w dni kilka, przeważnie jednak mamy do czynienia z formami upartemi i tu rozróżniamy w zasadzie dwa typy: a) sprawa zapalna rozwija się względnie powoli, a chorzy, kulejąc, mogą chodzić od biedy czas jakiś jeszcze. Stopniowo jednak zaburzenia wzmagają się, a dominujący ponad wszystkiem objaw—ból, zmusza chorego do leżenia b) W drugim szeregu przypadków natrafiamy odrazu na ciężkie upośledzenie ruchów, obecność guzowatości i ból dokuczliwy, zwracający na siebie uwagę nadewszystko. Chory krzyczy podczas badania, obmacywania, prób ruchu, przenosin; narzeka długo jeszcze po spokojnem ułożeniu kończyny, nie sypia, sprawność ruchową czynną i bierną ma w tym okresie wykluczoną zupełnie, a kończynę chorą układu nader rozmaicie. A naprzód w małej tylko odsetce przypadków nie występują zmieszczenia lub przykurczenia, daleko częściej kończyna, zgięta

umiarkowanie i odwrócona na zewnątrz, spoczywa bezwładnie w położeniu odsiebny. Gdy osobnik leży, kończyna taka wydaje się wydłużoną, co też stwierdził autor w połowie swoich spostrzeżeń. W przypadkach 5 znajdowano zgięcie przy jednoczesnym ułożeniu ksobnym i obrocie na wewnątrz, a wygląd kończyny, skróconej pozornie, przypominał zwichnięcie i w tych razach zagrażało pacjentowi bardzo ciężkie niebezpieczeństwo dla ruchu, rzekome bowiem skrócenie nogi staje się często istotnym. Drogą roentgenizacji przekonać można się łatwo, że skrócenie to zależy bądź od ustawienia się główki uda w położeniu niepełnego zwichnięcia, bądź od braków w górnej jej części lub w panewce, bądź, wreszcie od spraw zanikowych w jednej i drugiej. Skrócenia te dochodziły niekiedy do 5 ctm. Na przedniej powierzchni stawu obrzmienie występuje zwykle najwyraźniej, nieraz wyczuć tu można chełbotanie, a sprawa przybiera bardziej lub mniej wydatny charakter ropnicy wraz z istniejącą, w ostrym zwłaszcza okresie, nie wysoką i mało typową gorączką.

W sprawie rokowania należy mieć na względzie, że przypadki lekkie, tj. takie, w których część górna stawu nie ulega zniszczeniu i nie ma przykurzeń ani zeszywnienia, kończą się zwykle pomyślnie, bez uszkodzenia sprawności ruchowej. Przypadki takie, stosunkowo rzadkie (20%), obyć się mogą bez wszelkiej nawet terapii. W znacznej jednak większości, jeżeli sprawę puścimy samopas, otrzymać możemy wyniki nader ujemne. Również mało skuteczne będzie leczenie, zastosowane zbyt późno, z czym autor miał do czynienia w $\frac{1}{3}$ spostrzeżeń. Chorzy tacy mieli ostatecznie kończynę skróconą wybitnie i ruchy ograniczone. U pewnej znowu ilości osobników znajdowano staw, ustawiony już w położeniu zdrożnym, co nie zawsze udawało się poprawić na drodze gwałtu. To też u 10 zaledwie osobników zdołano po leczeniu dłuższem otrzymać wyniki niezłe z małymi stosunkowo zaburzeniami w sferze ruchu; 5 opuściło szpital z kończyną do chodzenia niezdatną.

Zadaniem leczenia jest usunięcie możliwie najwcześniejsze wysięku i innych wytworów sprawy zapalnej oraz zabezpieczenie stawu od zniszczenia. Wybornie działa tu nałożenie wyciągu, który uśmierza ból niemal doraźnie przez i zapobieżenie działaniu ucisku a nadto przez bezpośrednie działanie na sprawę zapalną, ułatwiając wessanie wysięku a tem samem powrót do normy. Nie należy jednak spodziewać się od wyciągu skutków pomyślnych tam, gdzie wobec zniszczenia kości powstało już skrócenie nogi, jak również nie zawsze doczekać się można, stosując wysięk jedynie, wessania wysięku. W tym ostatnim razie zaleca się pędzlowanie nalewką jodową lub innym jakim środkiem drażniącym skórę, tam zaś, gdzie jest chełbotanie — przekłucie wraz z zastrzyknięciem roztworu kwasu karbolowego. Bądź co bądź, w większości przypadków wyciąg jest bardziej skuteczny, niż dopasowanie dokładne nawet opatrunku gipsowego. W zeszywnieniu stawu należy kierować się ustawieniem kończyny albo pozostawić ją w spokoju, lub też wykonać osteotomię, względnie rezekeję.

II) *Arthritis deformans coxae. Malum coxae senile.* I tu ró-

wniez rozporządza autor statystyką szpitalną, obejmującą 20 przypadków. Pod względem anatomo—patologicznym mamy tu do czynienia z rozległym zniszczeniem stawu (panarthritis), w którym przyjmują udział końce stawowe i torebka. Na chrząstce sprawa rozpoczyna się od częściowego zaniku włókien, poczem tkanka ta ściera się doszczętnie, powierzchnia kostna—wygładza i błyszczy, a od brzegu powierzchni stawowych narastają powleczone chrząstką nowotwory kostne małe i duże, dziwacznych, przypominających stalaktyty kształtów, tuż obok siebie lub jeden na drugim. Narośle te, powstając w miejscach rozmaitych, zlewają się i krzyżują wzajemnie, co, naturalnie, utrudnia znacznie ruchy. Wkrótce ograniczenie ruchów wzrasta wybitnie, zanik górnej powierzchni stawu wzmagają się, ilość rozrostów wewnątrzstawowych zwiększa się stopniowo. Zarysy końców stawowych zmieniają się o tyle, że mamy tu powierzchnie, okolone szerokimi obwódkami z wegetacyi; główka udowa, zwięzająca się coraz bardziej, wygląda jak grzyb, z którego pozostaje w końcu pień tylko. Na torebce stawowej powstają również narośle, przeistaczające się w chrząstki lub w płytki kostne. Twory te, jak również cząsteczki rozrostów nadbrzeżnych nieraz odłamują się, tak że w jamie stawowej mogą znajdować się uszypulone lub wolne „ciała“ t. z. mures arthritidis deformantis.

Cierpienie to, redukujące się do jednego, tj. udowego stawu tylko, występuje najczęściej u osobników, którzy przekroczyli 50 lat wieku (12 pp.); u osobników młodszych zdarza się zrzadka, lecz tylko w następstwie urazów, spraw zapalnych w kości (osteomyelitis) i t. p. Ulegają mu najczęściej mężczyźni, zwłaszcza pracujący ciężko fizycznie, jak wieśniacy np. lub robotnicy. Odpowiednio do rodzaju zmian chorobowych występują przedewszystkiem bóle w biodrze i kolanie, uważane zazwyczaj za objawy gośca, oraz pewna trudność w wykonywaniu ruchów kończyny. Uważni chorzy stwierdzają nadto niemiłe szmery tarcia i trzeszczenia w okolicy stawu udowego, najwyraźniejsze rankami, wraz z towarzyszącym uczuciem zeszywnienia. Niebawem zaburzenia sprawności ruchowej, przeważnie w zakresie abdukcji, stają się całkiem widoczne. Chory taki, idący pieszo, z wielką trudnością przechodzi przez rów lub rynsztok, jeździec nie może przesadzić nogi prawej przez siodło, z czasem ruchy odsiebne, ksobne i obrotowe ustają zupełnie i pozostaje tylko możność niedokładnego zginania kończyny. W tym okresie noga ustawia się zwykłe w umiarkowanej rotacji na zewnątrz.

Przy racjonalnem oszczędzaniu kończyny sprawa choroba niekiedy na lata całe zatrzymuje się w miejscu bez pogorszenia. Niektórzy jednak chorzy doznają bólów mocnych, zjawiających się bądź okresami, bądź podczas wykonywania ruchów lub chodzenia. Przyczyny anatomopatologicznej bólu szukać tu przedewszystkiem należy w uderzaniu się wzajemnem owych narośli stawowych, wolnych ciał obcych i t. p. Sprawa może mieć, wreszcie, przebieg tak groźny, że z czasem dochodzi do zupełnego zeszywnienia w biodrze. Jeżeli w okresie tym badamy okolicę stawu, stwierdzamy zazwyczaj obecność twardego obrzmienia na wysokości szyi udowej, tj. pomiędzy

końcem dolnym główki i brzegiem przednim krętaża, oraz guzowatość twardą na panewce. Zarysy poobrastanego krętaża większego są niewyraźne, kończyna dolna—często skrócona o $1\frac{1}{2}$ —3 ctm.

Co do rozwoju i szybkości posuwania się naprzód, zapalenie stawu udowego zniepodobniające (coxitis deformans) odbiega stanowczo od jakiegobądź typu. Cierpienie niekiedy przebiega tak szybko, że od objawów pierwszych do zaniku ruchów, oprócz fleksyi, upłynąć może rok zaledwie. Wyzdrowienia spodziewać się nie można, co jest łatwo zrozumiałem w obec natury zmian w stanie, gdyż nie można zastąpić startej chrząstki ani powstrzymać rozwoju vegetacji. O ile chory rozporządza funduszem, przez kąpiele mineralne gorące może usunąć zmiany zapalne w błonie maziowej (Synovitis), przez co postęp choroby daje się, w razie najlepszym, powstrzymać. Dla złagodzenia jednak objawów termy takie, jak Gastein, Cieplice, Wildbad w Wirtembergu mniej są skuteczne od rozsądnie stosowanego miesięcni i ułożenia kończyny w spokoju. Pomaga również przepisywany w dawkach niewielkich jodek potasu, w razie zaś pogorszenia nagłego—chwilowe ujęcie ciężaru stawowi, tj. przyrząd wyciągowy. W przypadkach wczesnych działać można, rzecz prosta, daleko więcej; nie stosuje się wówczas unieruchomienia na dobre, lubo unika się nadmiaru ruchu, wynikającego z przeciążenia pracą. Najlepiej działa w tych razach, dokonywane prawidłowo, niezbyt forsowne miesięcnie wraz z wypracowywaniem ruchów; masaż taki jednak wypadnie stosować wytrwale. Jeżeli w przebiegu leczenia za pomocą tej metody wystąpią objawy podrażnienia i bóle, należy miesięcnie przerwać i nałożyć wyciąg na czas jakiś.

U osobników z cierpieniem zadawnionem pozostaje nam jako środek jedyny doszczętne leczenie chirurgiczne. Jeżeli na skutek będącej w mowie sprawy chorobowej pacjent nie może chodzić, a brak funduszu nie pozwala mu zaopatrzyć się w drogi stosunkowo przyrząd ochronny Hessing'a, wówczas usuwająca chorą część kości rezekeya wytworzyć może jeszcze warunki o tyle pomyślne, że operowany będzie mógł chodzić, stać i pracować na nowo. Autor wykonywał rezekeję w 4-ch przypadkach takiego ciężkiego zeszczywnienia stawu i za każdym razem otrzymywał wynik pomyślny. Wszyscy ci chorzy należeli do klasy ludzi pracujących ciężko i u każdego z nich zauważono owe wysoce niepokojące objawy, jak utykanie, stale wzmagającą się trudność chodzenia, tarcie i trzeszczenie w stawie, trwające od roku lub dwóch lat i sięgające dłuższego jeszcze okresu bóle, które w jednym przypadku występowały już od lat 9. Skrócenie kończyny dochodziło zwykle do 3 ctm. Dwóch chorych miało ruchy w stawie udowym zniesione zupełnie, w jednym spostrzeżeniu stwierdzono tylko możliwość zginania. W 3-ch przypadkach dokonano rezekeji na sposób Langenbeck'a tj. za pomocą cięcia podłużnego, raz jeden poprowadzono cięcie przednie. Szyję kości udowej przepiłowywano lub odbijano dłutem; usunięcie główki nastęrczało za każdym razem trudności niepospolite w obec obrastających ją i panewkę stalaktytów kostnych. To też u jednego z operowanych trzeba było główkę pogruchotać uprzednio. Narośle zgrubiałej zazwyczaj

torebki usuwano również, niekiedy zaś wycinano ją samą doszczętnie. Po rękoczynie nakładano wyciąg. Rana goiła się bez ropienia, operowani odzyskiwali kończynę do użytku przydatną a stan taki trwał lata całe.

K. Niedzielski.

66. Dr. Stuparich z Tryestu. **Przyczynek do zranień serca i płuc**
(Wien. Med. Presse № 53 1900).

Autor podaje dwa przypadki ran kłutych klatki piersiowej, zasługujące z uwagi na przebieg kliniczny na bardziej szczegółową wzmiankę. W spostrzeżeniu pierwszym, które zakończyło się niepomyślnie, miano do czynienia z mężczyzną 22-letnim, który w zamiarze samobójczym zadał sobie cios nożem w bok prawy.

Podczas badania osobnika, bezwzględnie niemal przewiezonego do szpitala, znaleziono ranę w czwartym międzyżebżu długą zaledwie na centymetr z niekrwawiącymi równymi brzegami. Śmierć nastąpiła tu w trzy kwadransy. Oględziny pośmiertne dowiodły, że otwarta tu była opłucna prawa i zraniony brzeg płuca. Nadto prócz uszkodzenia śródpiersiowego listka opłucny i obecności licznych skrzepów w przekłutem osierdziu, stwierdzono ranę komory prawej serca tuż u jego podstawy. Wobec danych tego rodzaju, nietrudno było wytlómaczyć sobie zejście tak szybkie, pomimo nader małego krwotoku nazewnątrz.

Przypadek drugi dotyczył 26-letniego palacza kolejowego, któremu w bójce zadano trzy rany; dwie z nich autor pomija, gdyż nie budziły żadnych obaw, i szczegółowo opisuje trzecią, zasługującą ze względu na umiejscowienie na szczególną uwagę. Rana ta, na 8 centymetrów długa, w szóstym międzyżebżu na linii sutkowej lewej umiarkowanie krwawiła. Świst przedostającego się podczas ruchów oddechowych powietrza, oraz wypadnięcie uszkodzonej opłucny nie pozostawiały żadnej wątpliwości co do otwarcia jamy opłucny. Chorego zachloroformowano i bardzo ostrożnie zbadano ranę palcami. Tą drogą stwierdzono, że uszkodzeniu uległo tu i osierdzie. Tętno, już przedtem niemiarowe, pogarszało się coraz bardziej, a twarz przybrała wyraz trupi. Wobec ciężkiego uszkodzenia osierdzia zaniechano dalszej interwencji chirurgicznej. Ranę częściowo zeszyto, częściowo zaś wypełniono gazą, zalecono nadto zupełny spokój i dyetę, poczem tętno stopniowo zaczęło się poprawiać.

Po upływie dziewięciu dni operowany dostał gorączki z objawami zapalenia płuca lewego, które jednak nie trwało długo. W trzy tygodnie potem pacjent opuścił szpital. Autor miał sposobność oglądać go jeszcze w jakiś czas później. Czuł się zupełnie dobrze; rana zagoiła się całkowicie; ze strony serca nie znaleziono żadnych złożeń od normy.

A. Małkowski.

67. Dr. Pagenstecher. (z Elberfeldu). Jeszcze jeden przy-
czynek do chirurgii serca. Podwiązanie zranionej tętnicy wieńcowej. (Deut.
med. Wochenschr. № 4. 1901.).

Jakkolwiek gałęzie większe obu tętnic wieńcowych nie mają pomiędzy sobą połączeń, przekonano się na drodze doświadczeń na zwierzętach, że można podwazyć bezkarnie jedno z będących w mo-
wie naczyń, prawe lub lewe, bez wystawienia na szwank działalności
serca lub jakiegobądź wpływu ujemnego na sam mięsień. O ile wia-
domo, raz jeden tylko dokonano zabiegu takiego na człowieku; tu na-
leży przypadek Cappelen'a z podwiązaniem rannemu gałęzi pio-
nowej tętnicy wieńcowej lewej. Operowany zmarł po upływie 2¹/₂
dni śród objawów zapalenia osierdzia. W spostrzeżeniu d-ra Pagen-
stecher'a miano do czynienia z uszkodzeniem gałęzi zstępującej,
przebitej wysoko ponad wierzchołkiem serca. Ranny chorował przed
wypadkiem na przewlekłą sprawę nerkową, oraz miał zwyrodnienie-
mięśnia sercowego (myocarditis); po rękoczynie żył prawie dni 5, a jak
wykryto na oględzinach pośmiertnych, część serca, zaopatrywana w
krew przez gałąź wspomnianą, niczem nie różniła się od innych czę-
ści mięśnia. Dla tego też autor uważa przypadek swój, pomimo wy-
niku niepomyślnego, za obiecującą wskazówkę na przyszłość; zatrzy-
manie bowiem krwotoku ze zranionego serca jest możliwe, oraz
że równie groźnym, jak krwotok, jest niebezpieczeństwo wybuchu za-
palenia osierdzia, skutkiem zanieczyszczonego narzędzia. Nale-
ży zatem po nałożeniu szwu lub podwiązki i opanowaniu krwotoku
obmyć ranę obficie roztworem soli kuchennej, samo bowiem tylko
szerokie otwarcie osierdzia nie wystarczy. Drenu w tem miejscu nie
można założyć na czas nieco dłuższy, nadto działanie jego jest złu-
dne wobec skłonności błony surowiczej do wytwarzania wysięków włó-
knikowych i sklejanja się jej listków. Powikłaniami temi tłómaczą się
też głównie złe wyniki leczenia ran serca.

Przypadek autora dotyczy 30-letniego robotnika włoskiego, któ-
ry w zamiarze samobójczym uderzył się nożem w okolicę serca. Zem-
dlonego, z niewyczuwalnem chwilami tętnem odstawiono niebawem do
szpitala. Podczas badania rannego znaleziono w 4-em lewym między-
żebżu, w odległości 1 ctm. od brzegu mostka, poprzeczną, o brze-
gach gładkich, długą na 1¹/₂ ctm., nie krwawiącą ranę. Oddech
spekcyjny. Uderzeń serca (o wymiarach powiększonych znacznie) nie
wyczuwano zupełnie.

Stan ogólny po kilku godzinach pogorszył się wyraźnie, tegoż
dnia przystąpiono do operacji w odurzeniu eterowem. Po wykraja-
niu, przebiegającego poziomo płatu skórnomięśniokostnego z 4-ej
i 5-ej chrząstki żebrowej z podstawą zwróconą do mostka
i nacięciu międzyżebrza nożyczkami, odłamano chrząstki tuż
u mostka. W międzyżebrza 3-em natknięto się na broczący ko-
niec ośrodkowy wewnętrznej tętnicy sutkowej; podwiązano dla
pewności i koniec jej obwodowy. O ile możliwem było rozejrze-
nie się bardziej dokładne, worek opłucnowy nie był uszkodzony

a zato śródpiersie przednie było nacieczone mocno krwią i powietrzem. Tuż przy lewym brzegu nader wzdętego płuca widziano wyraźnie nieprawidłową pracę serca, a pole operacyjne tonęło w potokach krwi, wydostającej się z rany osierdzia. Rana ta, o ile się zdawało znajdowała się na wysokości 6 żebra i wymiary jej odpowiadały wielkości otworu w skórze. Ranę rozszerzono nożyczkami ku górze i wewnątrz, z chwilą zaś przedostania się powietrza do worka osierdziowego zebrana tamże krew zaczęła wytwarzać pianę. Serce, wypełniło nagle worek swój doszczętnie, przyczem zauważono, że rozszerzająca się niezwykle w rozkureczu komora prawa ma ściany nader cienkie, a umięsienie ich barwy szarawej było oznaką zwyrodnienia. Gdy operujący odsunął palcami ręki lewej komorę ową, można było dostrzedz naówczas przednią bródzję podłużną i część komórki lewej, również, jak prawa, zwyrodniałej, oraz przekonać się, że lewa tętnica wieńcowa, nadkluta powyżej wierzchołka (apex cordis), broczyła umiarkowanie. Ponieważ, wobec wielkiego napięcia serca, trudno było uchwycić naczynie w pensetę, to ostatnie obkluto igłą kieszkową i, po związaniu węzła, zatrzymano krwawienie odrazu. Na osierdzie nałożono szwy, z wyjątkiem odcinka dolnego, śródpiersie przednie wypełniono gazą dość luźno i koniec jej wyprowadzono na zewnątrz przez dolny kąt rany, w końcu dopasowano płat nałożonymi zrzadka ścięgami. Po operacji, której wykonanie zajęło nie więcej czasu nad minut 30, tętno chorego poprawiło się wyraźnie, lecz wystąpiło podniecenie tak silne, że należało ubezwładnić chorego. Wdole jarmowym (fossa jugularis) i pod obojczykiem lewym zauważono niebawem powstanie rozedmy podskórnej, w skutek czego prawdopodobieństwo zranienia opłucny występowało wyraźnie. Rozedma ta szerzyła się coraz więcej w kierunku ku lewej stronie klatki piersiowej, operowany gorączkował stale, trzeciego dnia po zabiegu dostał napadów duszności, a sinicy w dniu 5-tym. Przypisując objawy te obecności wysięku w opłucnie, przystąpiono do operacji wtórnej, po uprzednim zachloroformowaniu chorego. W ranie znaleziono przede wszystkim niewielkie ropienie, w okolicy osierdzia — zrosty, w opłucnie lewej — ciecz surowiczą, krwawą. Po otwarciu na tępo opłucny od strony odchylonego płatu, opróżniono jamę z kilku litrów płynu wysiękowego, w kierunku lewej linii pachowej dokonano przeciwcięcia, wyrezekowano wreszcie szóste żebro i założono dren. W pół jednak godziny po zabiegu operowany zmarł śród objawów zapaści.

Niezależnie od złego wyniku, można twierdzić całkiem stanowczo, że operacja podjęta w celu zatrzymania krwotoku i uwolnienia serca od ucisku, dokonała swego; ranny zmarł od następnych spraw wnikających (pericarditis fibrinoso-purulenta, pleuritis, myocarditis parenchymatosa degenerativa adiposa).

K. Niedzielski.

68. Dr. William Levy. **O wycięciu odbytnicy.** (Berlin. Klin. Wochenschrift № 19—1900).

W odczycie pod powyższym tytułem autor kładzie szczególny nacisk na zachowanie funkcji odbytu. Rozumie się, że w sprawie tej

wybór miejsca, w którym należy poprowadzić cięcie, udostępniające odcinek kiszki nowotworem zajęty, jest pierwszorzędного znaczenia. Cięcie powinno utorować dostęp wygodny, umożliwiający usunięcie doszczętne wszystkiego, co jest przez sprawę chorobową zajęte, przy czem mięśnie zamykające odbyt i nerwy tychże muszą pozostać nieknięte.

Cel powyższy osiągnąć się daje przez rozcięcie kości krzyżowej na poziomie dolnego obwodu czwartych z kolei dziur krzyżowych.

Nie mniej ważną rzeczą jest nieśpieszyć się z wydawaniem sądu co do sprawności odbytu po dokonany zabiegu; często bowiem się zdarza, że badając operowanego wkrótce po zagojeniu się rany, znajdujemy wszystko w należyłym porządku i dopiero, kiedy osobnik wróci do dawniejszego trybu życia, występują objawy mimowolnego stolca i gazów (incontinentia alvi).

Tłumaczy się to łatwo różnicą warunków, w jakich żyje chory w klinice i poza kliniką: tam musi się stosować do właściwej diety, mało znajduje sposobności do chodzenia, a jeszcze mniej do wysiłków fizycznych, które pociągają za sobą napięcie tłoczni brzusznej; tu okoliczności częstokroć radykalnie się zmieniają.

Chora, u której dr. Levy usunął według metody powyższej raka kątnicy esowatej, już rok przeszło po operacji dość ciężko pracuje fizycznie, co jednak nie sprawia jej żadnych dolegliwości. Odbyt zatrzymuje najrzadsze nawet masy kałowe i gazy.

Jak poucza najnowsza statystyka nowotworów złośliwych okrężnicy i wypustnicy, nie stanowią bynajmniej małej odsetki takie przypadki, w których guz rozpoczyna się dopiero w pewnym oddaleniu, powyżej odbytu, można więc uniknąć wówczas wycinania odbytnicy (amputatio recti), pociągającego za sobą tak fatalne kalectwo. Dlatego też operacja według metody autora posiada doniosłe znaczenie praktyczne i zasługuje ztąd na wzmiankę bardziej szczegółową.

Zgodnie z metodą d-ra Levy'ego, odpowiednio do wysokości, na jakiej ma być przepiłowana kość krzyżowa, prowadzi się poprzecznie cięcie powierzchowne w postaci lekko wygiętego łuku, którego wklęsłość zwróconą bywa ku odbytowi. Cięciem tem rozdziela się tylko skórę i powięź, włókna zaś obu mięśni pośladowych rozsuwa się na tępo trzonkiem noża, poczem przepiłowywa się kość poprzecznie tuż pod czwartymi dziurami krzyżowymi. Dolny brzeg rany wraz z obnażoną powierzchnią przekroju kości krzyżowej pokrywa się gazą wyjałowioną i mocnym ostrym hakiem ściąga nadół w kierunku odbytu.

Teraz należy wyosobnić chorą część jelita. Przedewszystkiem musimy chociażby na jaknajwęższej przestrzeni oddzielić kiszkę dookoła jej obwodu, a to najlepiej zacząć od tkanki jeszcze zdrowej, by w ten sposób uniknąć możliwego, a niepożądanego rozdarcia kiszki. Wykonywa się manipulację powyższą w sposób następujący: po powierzchni wewnętrznej dolnego odcinka przepiłowanej kości przechodzi się palcem aż do miejsca, w którym przyczepia się do kiszki mięsień unoszący odbyt (levator ani); tu palec kiszkę obchodzi łatwo. Teraz należy tą drogą przeprowadzić pasek gazy, za pomocą którego

udaje się łatwo podnieść kiszkę ku górze, a wówczas nietrudno już dokonać reszty wyosobniania. Po uwolnieniu w ten sposób odcinka kiszki, który mamy wyciąć operujący wypełnia dno rany gazą o tyle, aby i brzegi były zupełnie nią pokryte. Powyżej i poniżej guza, w odpowiedniej od jego granic odległości, podwiązuje grubym jedwabiem wyosobnioną już pętlę kiszki, w pewnym zaś od obu tych podwiązek oddaleniu, już w obrębie części, które mają być zachowane, nakłada jeszcze po jednej podwiązce. Między temi parami podwiązek kiszkę przecina. Zanim to jednak nastąpi, oba odcinki znajdujące się pomiędzy podwiązkami zbliża ku sobie i łączy do połowy obwodu za pomocą szwu ciągłego. Teraz wycina będącą w mowie pętlę, a po starannem osuszeniu powierzchni przekroju, nakłada również ciągły szew wewnętrzny i pozostawionym końcem nitki od szwu pierwszego zakończy szew zewnętrzny. Gazę wypełniającą ranę zastępuje świeżą gazą jodoformową, wreszcie ranę zeszywa częściowo. Odbyt rozszerza na tępo.

Autor jest zdania, że nie należy zaraz po operacji łączyć rozdzielonych kości; w ten sposób bowiem zabezpieczamy się na wypadek, jeżeli zeszywanie kiszki się nie uda. Gazą jodoformową ochrania wówczas ranę od zakażenia. Odżywianie kości również na postępowaniu takim nie zgoła nie cierpi i ostatecznie następuje zwolna trwałe spojenie kości, oraz zupełne *restitutio ad integrum*.

A. Małkowski.

69. Dr. Hopmann. O ropniach języka (Zungenabscesse). (Sam. zwang. Abhandl. a. d. G. d. Nas.-Ohr.-Mund-u. Hals-Krankh. B. IV, H. 7.)

Dotychczas opisano bardzo niewiele przypadków ropnia języka. Nawet w podręcznikach znajdujemy o nim tylko krótkie wzmianki. Ponieważ choroba ta spotyka się rzadko i wskutek nieznamomości jej objawów może być przyjęta za sprawę w narządach sąsiednich, autor uważał za słuszne opisać i objaśnić 10 przypadków ropnia języka, które spostrzegął w ciągu paru lat ostatnich.

2 przypadki, w których było tylko ograniczone ropienie w przedniej części języka, przebiegały bez cięższych objawów. W pozostałych 8 przypadkach autor miał do czynienia z właściwym ostrem wzgl. podostrem zapaleniem ropnem podstawy języka. H. zwraca na nie szczególną uwagę, gdyż często warunkują błędne rozpoznanie.

Autor twierdzi, że ropień podstawy języka jest chorobą sui generis; nie ma nic wspólnego z zwykłym zapaleniem języka (*glossitis* lub *hemiglositis*), którego przebieg jest daleko szybszy i które prawie nigdy nie prowadzi do ropienia.

Pochodzenie ropni języka nie jest ściśle wiadome. Przyjmowano za wrota zakażenia migdał językowy, a ropienie okołomigdałowe za sprawę analogiczną z ropniami migdałów gardzielowych. Inni utrzymywali, że ropienie przechodzi z migdałów gardzielowych na podstawę języka.

Nie przecząc temu, autor jest zdania, że przyczyną powstawania ropni języka najczęściej bywa uraz, mianowicie spowodowany przez urazy zawał w naczyniach języka. Twierdzenie swoje autor opiera na tem, że ropnie języka mają swe siedlisko w głębokich warstwach, w tkance mięśniowej, a nie w powierzchniowych, jak ropnie migdałów gardzielowych, następnie, samoistne otworzenie takiego ropnia rzadko się zdarza, a gdy to ma miejsce, lub ropień zostanie przecięty, następuje wylew ropy cuchnącej; bardzo często znajdujemy w niej nawet zmartwiałe cząstki mięśni.

Co się tyczy siedliska, to ropnie o przebiegu łżejszym powstają w części środkowej lub przedniej języka, zwykle na jego brzegu lub powierzchni dolnej. Przeważnie znajdujemy je tylko z jednej strony, zwykle prawej, według spostrzeżeń autora i innych. Głębokie siedlisko ropy na podstawie języka jest przyczyną bólów, a nawet niebezpieczeństwa.

W 1 tylko przypadku autora nastąpiło samoistne otrucie po blisko 5-tygodniowym trwaniu zapalenia; w reszcie przypadków trzeba było zrobić nacięcie, chociaż sprawa ciągnęła się od 11 dni do 6-tygodni.

Co się tyczy objawów, to już w początkach zapalenia wysuwanie języka jest bardzo utrudnione, a w końcu zupełnie niemożliwe. Wymawianie spółgłosek prawie zniesione. Wskutek sztywności języka i silnego bólu, żucie i połykanie staje się też niemożliwym, tak że chory musi cierpieć głód i pragnienie. Obrzmiały język wypełnia większą część jamy ustnej; podstawa jego jest 2—3 razy grubsza, niż normalnie. To obrzmienie podstawy języka łącznie z następczem obrzmieniem ślinianek i często też gruczołów szyjowych, powoduje charakterystyczną pozycję głowy, którą chorzy trzymają sztywno i przechylają ją mocno ku tyłowi, żeby sobie ułatwić oddychanie.

Już dotykanie się do dolnej powierzchni języka u wędzidełka sprawia ból; ból ten staje się coraz większym, im się bardziej zbliżać będziemy do ogniska ropienia.

Te, prawie niezawodne, oznaki ograniczonego ropienia potwierdza obrzęk części języka, otaczających ognisko. Chełbotania zwykle nie wyczuwamy wskutek głębokiego siedliska ropnia. Rozpoznanie często wyjaśnia brak objawów zapalnych w gardzieli. Gdy jednak, jak to się zdarza, w początkach choroby spostrzegamy zapalenie migdałów lub łuków, to długotrwała i ciągle wzmagająca się przeszkoda w połykaniu i mowie z jednoczesnem znikaniem objawów zapalnych gardzieli wskaże badającemu siedlisko ropnia.

Badanie wziernikiem należy zawsze wykonywać. Jeżeli ropień podstawy już się uformował, bywa to prawie niemożliwym; we wczesnych jednak okresach badanie takie wskaże miejsce ropienia, gdyż jedna strona podstawy języka i jej okolica, mianowicie odpowiednia część nagłośni, będzie zbręknęta.

Obrzmienie nagłośni, szczególniej przechodzące na *plica aryepiglottica* może spowodować złe rozpoznanie obrzęku krtani. Jednak przy ropieniu u wejścia do krtani lub obrzęku nagłośni samoistnym nigdy prawa nie będzie tak ściśle ograniczoną do jednej tylko strony, jak

to ma miejsce we wtórnym obrzęku nagłośni, towarzyszącym ropieniu podstawy języka. Prócz tego w obrzęku nagłośni samoistnym obie *plieae aryepiglottieae* są zaczerwienione i obrzmiałe wraz z błoną śluzową chrząstek nalewkowych, gdy przy ropniu języka wnętrze krtani zmian nie przedstawia.

Co się tyczy podniesienia ciepłoty, to tylko w jednym przypadku autora gorączka dochodziła do 39.5 i po usunięciu ropy przez nacięcie, zaraz spadała. W innych przypadkach, pomimo nieraz ciężkich objawów zapalnych, gorączki nie było. Ta okoliczność, według autora, potwierdza pochodzenie urazowe ropienia języka, gdyż zakażenie gnilne, przechodzące z migdałów gardzielowych na podstawę języka, musiałoby prowadzić za sobą gorączkę gnilną.

Leczenie ropni języka polega w początkach na przystawianiu pijawek do kątów zuchwy, na przykładaniu lodu i t. p. Nacięcie należy wykonywać jak najwcześniej, głęboko, żeby dojść do miejsca ropienia. Wylew cuchnącej ropy z krwią wskazuje na dobre wykonanie zabiegu. W razie silnego krwawienia tamponujemy jamę ropnia gazą jodoformową.

T. Borzęcki.

II. Choroby oczu.

70. Dr. Alphonse Péchin. Zanik nerwu wzrokowego pochodzenia urazowego. (La clinique ophtalmologique Janvier № 1. 1901.)

Autor, opierając się na przypadku spostrzeganym przez siebie i odnośnych przypadkach zaczerpniętych u innych, a odnoszących się do urazów gałki ocznej od strony wewnętrznej lub zewnętrznej kąta oczodołu, bez widocznych śladów obrażenia tak ze strony powieki jakoteż gałki ocznej, bez zmian spostrzeganych bezpośrednio po wypadku na dnie oka i sprowadzających natychmiastową zupełną ślepotę z następczemi zmianami zanikowemi nerwu wzrokowego, zaleca ściśle rozróżniać tę postać zaniku nerwu wzrokowego na tle urazu od zmian zanikowych w tymże nerwie występujących na skutek obrażenia nerwu wzrokowego w następstwie pęknięcia ścianki kanału wzrokowego. W pierwszym przypadku ślepotą zostaje wywołaną przez szybkie działanie ciała zaopatrzonego w koniec tępy (preł, rapier) od wewnątrz lub zewnątrz gałki ocznej pomiędzy tą ostatnią a ścianą oczodołu. Dzięki gładkiej ścianie oczodołu i luźnej a elastycznej tkance wypełniającej to miejsce, narzędzie pod wpływem szybko działającej siły nie rani, lecz powoduje zwichnięcie gałki i częściowy szybki obrót około jej przednio—tylnej osi, skutkiem czego jest szybko również wyciągnięcie nerwu wzrokowego z bezpośrednim urazem tegoż, lub bez niego.

W drugim zaś pęknięcie ściany kanału wzrokowego, co zatem idzie, ślepotę sprowadzają złamania (pęknięcia) podstawy czaszki lub ścian jamy oczodołowej. Przypadki te zwykle dają cały szereg widocznych objawów.

Patogenezę zaniku nerwu wzrokowego w pierwszym przypadku autor stwierdza zapomocą odnośnych, przeprowadzonych pod kierunkiem d-ra Rieffela doświadczeń na trupach.

Kończy swą pracę Péchin następującymi wnioskami:

1. W przypadkach urazu zależnego od przeniknięcia obcego ciała do wewnętrznego lub zewnętrznego kąta oka bez względu na okoliczność, iż obce ciało nie zostało tam uwięzione i że wogóle nie pozostawiło po sobie widocznych tak zewnętrznych jako też wewnętrznych śladów urazu, należy być bardzo oględnym z rokowaniem.

2. W tychże przypadkach szybko występująca zupełna ślepotą bez względu na brak na razie zmian wziernikowych, każe przypuszczać istnienie ciężkiego urazu nerwu wzrokowego, który w szybkim czasie zaznaczy się początkowo przez błądność tarczy nerwu wzrokowego a następnie przez postępujący jego zanik.

3. Podobny zanik może być powikłany niedowładem ocznym, rokowanie zaś co do tego ostatniego pozostaje w związku ze stopniem urazu, jakiemu uległ mięsień lub jego nerw.

4. Różniczkowe rozpoznanie z punktu widzenia medycyny sądowej przypadków urazowych wyżej wspomnianego pochodzenia i przypadków na tle histeryi lub symulacyjnych, może dać cały szereg trudności, przynajmniej w okresie początkowym, gdzie zmiany wziernikowe niezbyt wyraźnie się jeszcze uwydatniają.

S. Cetnarowicz.

71. **Grunert. Waga soczewki człowieka pozbawionej torebki.**
(Centralblatt für prakt. Augenheilkunde, Mai 1900).

Na 28 soczewek, ważonych na nadwyzczaj czułych i uregulowanych ściśle wagach, średnia, otrzymana przez autora, wynosiła 0,22 centigrama, podczas gdy przeprowadzone w tym kierunku badania w swoim czasie przez Vierordt'a wahały się dla soczewki ludzkiej między 0,28 i 0,29, centigr.

Najniższa waga otrzymana przez Grunert'a była 0,093 centigr., najwyższa 0,347 centigr., miała ją soczewka zwichnięta i zmętniała. Waga soczewki oka miarowzrocznego wynosiła średnio 0,221 centigr., krótkowzrocznego 0,236, nadwzrocznego 0,215. Badania swe przeprowadzał autor nad soczewkami ludzi, średnio w wieku 65 lat.

S. Cetnarowicz.

72. **Dr. K. Bjerke. Irydektomia w przypadkach jaskry powikłanej przez zaćmę.** (La clinique ophtalmologique № 2 Janvier 1901).

Autor przytacza, iż na cztery przypadki jaskry powikłanej przez zmętnienie zupełnie soczewki, operowane przez siebie, w dwóch musiał pomimo dokonanej irydektomii wobec powtarzających się napadów jaskry — uciec się do wyluszczenia gałki ocznej.

Były to przypadki, których nie obserwował w czasie, gdy soczewki były przezroczyste. W obu przypadkach stwierdzono obecność nowotworów, mianowicie mięsaków gałki — jaskry zatem były wtórne. Ztąd, zdaniem Bjerke, w tych przypadkach jaskry ze zmętnieniem soczewek, gdzie niema poczucia światła i gdzie nie badano chorych wówczas, gdy soczewki były jeszcze przezroczyste, nie należy zwlekać z wyłuszczeniem chorej gałki, tym sposobem bowiem unika się przerzutów niemal że pewnego złośliwego guza, mającego swe siedlisko w oku i wywołującego wtórne objawy jaskrowe.

S. Cetnarowicz.

73. **Hoor. Powikłania operacyjne przy wydobyciu zaćmy.** (Zeitschrift. f. Augenheilkunde IV 5.)

Autor podaje dwa przypadki z ciężkimi powikłaniami operacyjnymi; przypadki takie zwykle kończą się utratą zupełną wzroku oka operowanego, tutaj wbrew wszelkiemu oczekiwaniu stało się przeciwnie.

Pierwszy dotyczy pograżenia się soczewki przy wydobywaniu jej za pomocą łyżki w ciało szkliste. Przez pewien długi czas oko stałe było podrażnione i bolesne, w końcu soczewka ukazała się przy brzegu źrenicznym, wydobyto ją i otrzymano ostateczną siłę wzroku — $V = \frac{1}{10}$. W drugim przypadku nastąpiło zupełne wyleczenie bez powikłań po dużym spadnięciu się gałki ocznej wskutek utraty ciała szklistego.

S. Cetnarowicz.

74. **Cirincione. O wydobyciu zaćmy.** (La Clinica oculistica. Août 1900.)

Autor poddaje ocenie krytycznej ostatnimi czasy wprowadzone jakoby ulepszenia, przy wydobywaniu zaćmy.

Więc przedewszystkiem, opierając się na własnem doświadczeniu, potępia szew nakładany na rogówkę, uważa go nie za ułatwienie, lecz przeciwnie, za bezpożyteczne powikłanie rękoczynu; szew rogówkowy opóźnia znacznie tworzenie się przedniej komórki po operacji wydobycia zaćmy, sklejenie rany następuje tu dopiero dnia piętnastego po operacji, nie zapobiega wypadnięciu tęczy, ta bowiem może wypaść przez części boczne rany nie objęte szwem. Otrzymuje się większy stopień astygmatyzmu pooperacyjnego.

Nakładanie szwu na błonę rogową może być wskazane tylko w przypadkach odwijania się płatu rogówkowego, tendencji do wypadnięcia ciała szklistego; są to, zresztą, przypadki, które się trudno dają przewidzieć, dawno już w tych warunkach skasowano metodę nakładania szwów.

Jakkolwiek przeciwny zupełnie spokojnemu leżeniu chorego przez czas pewien po operacji wydobycia zaćmy, uważa za rzecz

konieczną bandażowanie obu oczu przez kilka pierwszych dni po operacji. Powstaje przeciw metodzie leczenia po rękoczynie bez bandaża—à ciel ouvert.

Wydobycie zaćmy wraz z torebką uważa za rękoczyn ryzykowny, mogący narazić oko na niebezpieczeństwo utraty ciała szklistego.

Wydobycie zaćmy uważa za niemożliwe wobec zapalenia worka łzowego; w celu uniknięcia zakażenia, używa roztworu sublimatu 1:7,000, potępia stanowczo stosowanie w tych przypadkach zapomnianego już niebezpiecznego rękoczynu, — zepchnięcia soczewki z obszaru źrenicy (reclinatio).

Extractio simplex — inaczej wydobywanie zaćmy bez irydektomii może być ze względów kosmetycznych, a czasem z racji pięknych wyników, jakie daje, uważane za rękoczyn idealny, lecz niestety jest to róża, mająca dużo kolców, te ostatnie zbyt często kłują pod postacią występowania powikłań w rodzaju wypadnięcia tęczy, wtórnych zaćm i t. p. Ztąd też autor jest zdania, iż długo jeszcze najlepszą metodą wydobywania zaćmy będzie operacja tejże z irydektomią.

S. Cetnarowicz.

75. De Wecker. **Zespolone sclerotomia z irydektomią** (Annales d'oculistique № 11 Norembre 1900).

Z powodu zbyt płytkiej przedniej komórki w niektórych przypadkach jaskry o wysokim wewnątrzgałkowym napięciu wykonanie irydektomii połączone bywa z wieloma trudnościami. W tych przypadkach radzi Wecker zmniejszyć ciśnienie wewnątrzgałkowe przed przystąpieniem do dokonania wycięcia tęczówki za pomocą uprzedniej sclerotomii w przedniej nie tylnej części gałki ocznej, ta ostatnia bowiem ma tę ujemną stronę, iż rani ciało szkliste. Robi zwykle autor sclerotomię na dzień lub dwa przed irydektomią i ogranicza się ze względów trudności technicznych do bardzo małej sclerotomii, której wykonanie jest stosunkowo łatwe.

W końcu swej pracy nadmienia Wecker, iż w przypadkach daleko posuniętej jaskry zespolenie dwu rękoczynów: sclerotomii z irydektomią daje lepsze daleko wyniki od każdej z tych operacji dokonanych w poszczególnych przypadkach pojedynczo.

S. Cetnarowicz.

76. Dr. Sidler Huguenin. **Wpływ wyjaławiania na roztwory kokainy i dogodny sposób zachowywania roztworów atropiny i kokainy w stanie aseptycznym.** (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte № 6, 7, 1900).

Nie zawsze i nie wszędzie ma się możliwość użycia wypuszczanych od pewnego czasu w sprzedaży w zalutowanych hermetycznie naczyniach aseptycznych roztworów kokainy, atropiny i t. p. Wyjątek pod tym względem, jeżeli chodzi na przykład o cenę środka, można

robić dla pewnych rękoczynów, w codziennem zaś użyciu można się posiłkować świeżo przygotowaną niewielką ilością środka, wystarczającą na dni kilka (dłuższe trzymanie środków nie jest pożądane ze względu na łatwe rozkładanie się ich i łatwo mogące przy częstem otwieraniu flaszki nastąpić zanieczyszczenie).

Nacynnie powinno być przed przygotowaniem lekarstwa starannie wymyte najprzód roztworem formolu w alkoholu (10:100), następnie wygotowane lub przemyte wodą wyjałowioną, a dopiero później napełnia się środkiem poddanym gotowaniu.

Ma to, zdaniem autora, swoje złe strony. Kokaina rozkłada się łatwo pod wpływem gotowania, powtórne gotowanie szkodzi wielu środkom. Radzi więc mieć zawsze pod ręką nasycone roztwory alkoholowe kokainy, atropiny, ezeryny i t. p.

Dodanie kilku kropel tych roztworów do odpowiedniej ilości świeżo wyjałowionej wody da nam możliwość posiadania zawsze czystych środków.

S. Cetnarowicz.

III. Choroby kobiet i akuszerya.

77. D-r. Schatz z Rostocku. **O środku ciężkości płodu** (D. M. W. 1901).

Odnośnie do przyczyn wpływających na pozycję płodu w macicy dotychczas znane są dwie teorye. Jedna Dunkana głosi, że normalna pozycja główkowa zależy od ciężkości główki; druga Simpsona i Scanzoniego, że położenie płodu jest w zależności od jego ruchów. Obydwu tym teoryom na przemian przyznawano słusność.

Dla określenia środka ciężkości płodu, jak wiadomo Dunkana robił następujące doświadczenia: wkładał do szklanego naczynia z roztworem soli kuchennej płód, nadawszy mu przytem pozycję, jaką zwykle miewa w macicy; powietrze, naturalnie, nie dostawało się przytem ani do płuc, ani do kiszek. Wreszcie stopniowo powiększano koncentrację roztworu do tego stopnia, że płód, który przedtem leżał na dnie, zaczynał się podnosić i w końcu pływał w połowie tego płynu. Przy tych doświadczeniach skonstatowano ciekawe zjawisko, że płód w pierwszych miesiącach ciąży pływał głową do góry, a pośladkami do dołu. Różnica wysokości obu końców przy postępowaniu ciąży stopniowo się zmniejszała. Do 6 lub 7 miesiąca ciąży płód pływa poziomo, potem im więcej ciąży się zbliża ku końcowi, główka opuszcza się ku dołowi, a pośladki idą do góry. Przytem, w końcu ciąży podłużna oś płodu przecina powierzchnię płynu pod kątem 45°.

Racyonalność tych doświadczeń znajdowała potwierdzenie w spostrzeżeniu, że daleko częściej znajdujemy u rodzących główkowe położenie.

Pomimo tego wszystkiego, doświadczenia te jednak nie mają

żadnej podstawy. Fizyka zna doskonale ciężar gatunkowy, jednakże dotychczas nie zna „gatunkowego ośrodka ciężkości“. Dun kan w tym względzie zapytany nie dał żadnych wyjaśnień.

Jednakże rzecz się ma tak: weźmy jakieś ciało, na przykład, kostkę do gry, wielkości jednego centymetra sześć. z wagą różniczkową 3,9, i połączmy ją w jeden system za pomocą nic nie ważącej poprzeczki z drugą kostką, której waga różniczkowa jest 4 g. Wtedy środek ciężkości całego tego systemu z wagą 7,9 g. będzie oddalony o $\frac{3}{7}$ od środka ciężkości kostki z wagą 4 g., i o $\frac{4}{7}$ od kostki z wagą 3 g., naturalnie, jeżeli cały ten system będzie się znajdował w bezpowietrznej przestrzeni lub na powietrzu bez współdziałania lżejszych od powietrza gazów.

Jeżeli zaś cały ten system pogrążymy w wodę, tak że każda z kostek wytłoczy 1 cm. sześć., to cięższa kostka będzie miała wagi tylko 3 g., a lżejsza tylko 2 g., środek ciężkości całego tego pięciogramowego systemu będzie oddalony od środka ciężkości cięższej kostki o $\frac{2}{5}$, a od lżejszej o $\frac{3}{5}$. Dalej, jeżeli pogrążymy cały ten system do płynu z ciężarem gatunkowym 2 g., to jedua z kostek będzie miała wagę tylko 2 g., a druga 1 gr. W tym wypadku środek ciężkości będzie odsunięty o $\frac{1}{3}$ w kierunku cięższej kostki.

Jeżeli, w końcu pogrążymy cały system w płyn z ciężarem gatunkowym 3, wtedy środek ciężkości systemu stanie w miejscu środka ciężkości cięższej kostki, bo lżejsza w tym płynie nie będzie miała żadnej wagi zupełnie.

Z tego widzimy, że środek ciężkości systemu przy powiększaniu ciężaru gatunkowego płynu, będzie się stopniowo ciągle posuwał w kierunku cięższej kostki, a przy jeszcze większej koncentracji płynu może się ten środek ciężkości posunąć nawet poza środek ciężkości cięższej kostki.

Otóż, jeżeli płód będzie pływał w płynie jednakowego ze sobą ciężaru gatunkowego, to położenie jego, na zasadzie wyżej przytoczonych doświadczeń, będzie się ciągle zmieniać w stosunku do ilości miesięcy ciąży. Byłoby to bardzo łatwe do zrozumienia gdyby się płód składał z jednostajnej masy, ale każdy organ jego ma inny ciężar gatunkowy.

Jeżeli cały płód posiada przeciętnie ciężar gatunkowy 1050, sam mózg ma 1022, krew i mięśnie 1050, kości jeszcze więcej, tłuszcz zaś mniej niż 1000, to przecież rozmieszczenie wszystkich tych tkanek zupełnie jest równomierne. Mózg u płodu w pierwszych miesiącach ciąży ma 1022, reszta zaś ciała ma około 1050 c. g.; w tym wypadku mózg w płynie jednakowego z płodem c. g., będzie dążył do góry, reszta zaś ciała ku dołowi.

Dalej, dojrzały płód ma mózg pokryty ciężką, stosunkowo masą kostną; cała czaszka będzie miała c. g. 1060, pomimo tego, że sam mózg ma c. g. tylko 1022. Tułów zaś płodu stopniowo staje się daleko lżejszym, dzięki grubej warstwie tłuszczu oblegającej go, i ma ciężar gatunkowy mniejszy niż 1050.

W tych warunkach głowa będzie ciążyć do dołu, a pośladki do góry.

Wszystkie te spostrzeżenia nie mają żadnego znaczenia wobec prawdziwego płynu płodowego, a nie roztworu soli. Ciecz płodowa ma c. g. zaledwie 1006—1008. W niej płód nie może swobodnie pływać i zachowuje przytem dodatnią wagę (positives Gewicht).

Jego środek ciężkości w stosunku do płynu wyloczonego przez niego, będzie się znajdował w kierunku główki, jednakże obydwie środki ciężkości, będą leżały niżej pośladków niż głowy. Z tego wynika, że ciężar główki bynajmniej nie jest przyczyną normalnego położenie główkowego.

Jeżeli się jakie ciało składa z jednostajnej masy, to środkowy punkt tej masy (Massenmittelpunkt) będzie zawsze jednaki i określony. Takie ciała z masy jednostajnej, po zanurzeniu do wody, nie zmieniają swego środka ciężkości, pomimo zmiany wagi. Ciała zaś składające się z części różnej wagi gatunkowej, stosunkowo do jej zmiany, zmieniają i środek ciężkości.

A zatem absolutny środek ciężkości, jest zarazem środkowym punktem masy. Pozostaje on teoretycznie zawsze niezmiennym i nie jest w zależności od otaczającego płynu. Pozostaje on również niezmiennym i w praktyce, jeżeli tylko ciało jest jednostajne. Jeżeli zaś ciało się składa z cząstek różnej wagi różniczkowej, to środek ciężkości zmienia się w stosunku do wagi c. g. otaczającego płynu.

Wobec tego więc, twierdzenie Dunkana o środku ciężkości dziecka w cieczy płodowej nie jest zupełnie uzasadnione.

Dr. Kazimierz Wojciechowski.

78. **Nobiling. Nowy sposób określenia dojrzałości płodu.** (Der Frauenarzt 1900, 16 Listopada).

Autor radzi mierzyć długość mostka (sterni) i określić ilość i wielkość znajdujących się w nim jąder kostnych. U płodu nie-dojrzałego długość mostka nie przewyższa 6 ctm., a jąder kostnych będzie najmniej trzy; w przeciwnym razie, gdy długość kości mostkowej przewyższa 6 ctm., i równocześnie znajdujemy na niej od 4 do 5 jąder kostnych długości 4—5 mm. lub też jedno jądro długości 9—16 mm., należy tedy przypuścić, że mamy do czynienia z płodem zupełnie dojrzałym.

M. Warszawski.

79. Prof. W. Stroganoff: **Czy można zaliczać kąpiele do najlepszych środków zachowania czystości ciała u rodzących?** (Centralblatt J. Gyn. 1901, № 6 str. 145).

Powyższe pytanie postawił sobie autor, zauważywszy znaczną odsetkę gorączkujących położnic w najidealniej urządzonych klinikach położniczych (Ahlfeld podaje 25%, Bumm 21,25%, Surowceff z kliniki Sławińskiego 29,8%, a Paroszyn 29%, Wiridarski i 20,5%, Czapiński 17%, Massen 17,7%); w zasadzie bowiem, poród—jako proces fizjologiczny—powinien przebiegać bez podwyższenia ciepłoty ciała. Większość autorów przypisuje to zjawisko wprowadzeniu pierwiastka septycznego przy badaniu wewnętrznym, podczas irygacji pochwy lub też samozakażenia. W celu usunięcia tych przyczyn niektórzy autorowie (Leopold i Pinard) radzą ograniczać do badania rodzącej zewnętrzne i w rzadkich tylko przypadkach pozwalają na badanie wewnętrzne; Döderlein każe badać rodzącą w rękawiczkach, a Ahlfeld zwraca uwagę na subtelną dezynfekcję kanału rodniego podczas porodu; Krönig i Menge są przeciwko dezynfekcyi. Pomimo przedsięwziętych środków ostrożności, śmiertelne zakażenia połogowe nie są rzadkie. Jest to zjawisko—według autora—tembardziej rażące, że w czasach ostatnich ustalony został fakt „samoczyszczenia“ kanału rodniego.

Zastanawiając się głębiej nad tem zjawiskiem anormalnem, autor obostrzył wszelkie dotychczas z najlepszym skutkiem stosowane środki aseptyczne i antyseptyczne i zaczął szukać źródła zakażenia; w tym celu poddał ścisłej krytyce całą obecną procedurę porodową, poczynawszy od kąpiele, którą każda rodząca w każdym zakładzie położniczym dostaje w celu zachowania czystości ciała. Kąpiele—według autora—nie tylko nie odpowiadają celowi, lecz przeciwnie, służą do zanieczyszczenia ciała rodzącej. Zważywszy, że woda w kąpielu rozpuszcza wszelki przylegający do ciała brud, przyczem cząsteczki brudu lżejsze, tłuszcz zwierający, pływają na powierzchni, a cięższe opadają na dno wanny, autor nie bez słuszności wypowiada obawę, że w takiej wannie brud może przyłączyć się do niektórych części ciała i zanieczyścić je; zwłaszcza jeżeli kąpiąca się osoba jest bardzo brudna, i na ciele jej znajdują się owrzodzenia i ropnie lub też jeżeli sama wanna nie jest czysto utrzymana. Najwięcej brudu znajduje się na nogach i rękach; stąd brud może się przedostać na inne części ciała. Dalej idzie okolica odbytnicy, gdzie stale znajdują się resztki kału; woda zmywa je, rozdrabnia, i małe cząsteczki kału przylegają do różnych części ciała kąpiącej się. Jest to fakt niewątpliwy, gdyż każda rodząca przed kąpielą dostaje ławatywę, po której zostają cząsteczki kału dokoła odbytnicy, o czem łatwo się przekonać badając wodę kąpielową bakteryologicznie (bacillus coli communis). Jako trzecie źródło zanieczyszczenia wody w kąpielu przyjąć należy resztki brudu pozostałe w samej wannie po przedniej kąpielu. Mycie i szorowanie wanny mydłem i wodą ciepłą nie jest jej odkażeniem w sensie bakteryologicznym. Resztki brudu z mikroorganizmami przedosta-

ją się do wody i mogą zakazić rodzącą. Jednym słowem — według autora—rodząca kąpie się we własnym rozcieńczonym brudzie we własnym rozcieńczonym kale; do tego dołącza się brud, pozostały po kąpieli poprzedniej w większej lub mniejszej ilości. O skuteczności kąpieli dla rodzącej będziemy mogli sądzić, jeżeli porównamy działanie kąpieli z umiejętnym myciem rąk np. według metody Fürbringera.

Dla akuszerów kąpiel ma jeszcze jedno doniosłe znaczenie, jeżeli weźmiemy pod uwagę możliwość przedostania się wody kąpielowej do pochwy. Wprawdzie ten fakt nie został jeszcze ustalony, lecz w niektórych przypadkach możliwość taka nie ulega wątpliwości (u wieloródek przy zupełnie rozwartej macicy) i może być a priori przyjęta.

Przy położeniu rodzącej na boku lub na brzuchu (takie położenie zazwyczaj przyjmują rodzące po wyjściu z kąpieli) powstaje ciśnienie ujemne, powodujące inspirację wody kąpielowej przez pochwę. Ekskursye oddechowe mogą również ułatwić inspirację wody przez pochwę. Zresztą zjawiska codzienne potwierdzają powyższe przypuszczenie: u kobiet biorących kąpiele szlamowe, można niekiedy wykryć obecność szlamu w pochwie (Strogonoff, v. Ott, Phenomenoff, Zamshyn), a Mierzejewski przekonał się, że szlam może powędrować nawet do jamy macicy. Autor starał się na drodze eksperymentalnej dowieść tej tezy, lecz doświadczenia te nie były dość ścisłe, aby na nich można było się oprzeć.

Autor powołuje się również na Olshausena (Lehrbuch der Geburtshilfe, XII Vorl. Die Diätetik der Geburt), który wierzy w możliwość przedostania się wody kąpielowej do pochwy ze wszelkimi szkodliwymi następstwami i ordynuje rodzącym kąpiel tylko w samym początku porodu, lecz z obawy infekcyi zabrania kąpieli pod koniec porodu, kiedy macica otwarta.

Opierając się na powyższych faktach i rozumowaniach, autor przestał stosować kąpiele u rodzących, starając się zastąpić je przez obmywanie ciała gąbką namydloną i oblewanie ciała wodą bieżącą. Autor otrzymał wyniki zdumiewające. Na 759 porodów (od 1 stycznia 1899 do 1 Czerwca 1900) nie było ani jednego przypadku śmierci z zakażenia połogowego. Pomimo większej frekwencyi chorych, ilość zakażeń połogowych znacznie się zmniejszyła. Na 759 położnic zauważono podwyższenie ciepłoty ciała powyżej 38° tylko u 85 (11,1%); z tych 15 przybyło już do kliniki w stanie gorączkowym. Na 85 gorączkujących u 60 gorączka trwała dzień jeden, u 13—2 dni i u 12—3 dni i więcej.

Niezawodne objawy infekcyi połogowej spostrzegano u 17 (2,2%) położnic. Nie będę przytaczał szczegółowej statystyki autora, lecz nadmienię, że według niego zmniejszenie się ilości przypadków chorych gorączkujących przypada z chwilą stosowania obmywań zewnętrznych, jakkolwiek sam autor nie przypisuje lepszych wyników wyłącznie tylko tej zmianie, lecz przypuszcza, że i inne poboczne okoliczności odgrywają tutaj pewną rolę. Bądź co bądź autor przekonał się na mocy dość bogatej statystyki, że i bez kąpieli można osiągnąć dobre wyniki u położnic pod względem zakażenia połogo-

wego; że kąpiel przedporodowa w pierwiastek połączona jest z mniejszym niebezpieczeństwem, niż u wieloródek, u których inspiracja wody zanieczyszczonej do pochwy może powodować zakażenie położowe. W końcu pracy swojej autor stawia następujące tezy:

1) Wartość kąpeli przedporodowej dla rodzącej niedostatecznie została oceniona.

2) Woda kąpielowa (w wannie) zawiera zawsze rozcieńczony brud i kał, pochodzący od osoby kąpiącej się.

3) Woda kąpielowa zmywa z chorych części ciała, pokrytych ranami i ropniami streptokokki i stafilocokki i przenosi je na inne części zdrowe ciała.

4) W sensie bakteriologicznym same wanny bezwarunkowo zawierają reszki brudu, pochodzące od kąpeli poprzedniej.

5) Znajdujące się w kąpeli zarazki mogą się przedostać przez brodawki piersi do organizmu rodzącej.

6) Wbrew wszelkim zasadom aseptyki i antyseptyki woda kąpielowa zanieczyszczona przedostaje się do pochwy rodzącej.

7) Obmywanie zewnętrzne rodzących za pomocą mydła i wody dostatecznie czyści ciało chorej, zapobiega wnikaniu zarazki do brodawek i pochwy i przez to zmniejsza ilość przypadków gorączki położowej, zwłaszcza u wieloródek.

8) Wskutek zaniechania kąpeli u rodzących autor zredukował odsetkę gorączki położowej do 7,4%.

9) Kąpiele u rodzących należy stosować tylko w celach terapeutycznych: w bólach kureczowych macicy, w bólach słabych i t. d.

M. Warszawski.

80. Dr. J. Hofbauer. Nowy sposób uchronienia krocza od pęknięcia przy porodzie. (Centr. f. Gyn. 1901 № 5, str. 131).

Ponieważ przy wyrzynaniu się główki przez obrączkę sromową wędzidełko—jako linia pośredkowa krocza, doznaje największego ucisku i pierwsze podlega pęknięciu, które wnet obejmuje inne warstwy krocza, autor zaleca rękoczyn, który w wielu przypadkach oddał znakomite usługi.

Ręka prawa całą płaszczyzną spoczywa na kroczu, tak iż wędzidełko pozostaje dla oka widoczne i odpycha główkę ku tyłowi. W miarę tego jak główka coraz większym odcinkiem wstępuje w obrączkę sromową, napięcie krocza przybiera coraz większe rozmiary i dochodzi do punktu kulminacyjnego w chwili, gdy duże ciemię ukazuje się w sromie ponad kroczem; wtedy należy wyrzynając się główkę obrócić skośnie (zrobić rotację) pod kątem 40° bądź w stronę prawą, bądź w stronę lewą, zależnie od położenia grzbietu płodu. Wyciągnięta ad maximum okolica wędzidełka, która groziła pęknięciem, zostaje zluźniona i wraca do stanu normalnego, a główka wyrzyna się bocznie, przyczem boczny obwód obrączki podlega największemu napięciu.

Sposób powyższy może być również stosowany w porodach operacyjnych. Gdy za pomocą kleszczy wydobyliśmy główkę w kierunku prostym do tego stopnia, że ciemię duże ukazało się już ponad obrączką sromu (krocza), należy wtedy po zdjęciu kleszczy dokonać obrotu skośnego (rotacyi) główki. Sam obrót może być dokonany przez kleszcze. Rękoczyn powyższy może być zastosowany i przy porodach pośladowych; wtedy kierunek obrotu jest obojętny. Po wydobyciu tułowia sposobem *Moriceau*, operator dwoma palcami prawej ręki, spoczywającymi na karku płodu, robi obrót główki w chwili, gdy czoło ukazuje się ponad kroczem; wskaziciel drugiej ręki, przyłożony do szczęki dolnej, ułatwia procedurę.

M. Warszawski.

81. **Gueniot. Przyczynę do znieczulenia rdzenia w porodach.** (*La Sem. méd.* 1901).

Z powodu prac w tej kwestyi przez D-ra Doleris, D-ra Malartie i Dupaigne, Dr. Gueniot wypowiada następujące poglądy: wstrzyknięcie 1 centygrama kokainy w roztworze 1⁰/₀, pod otoczkę pajęczą okolicy lędźwiowej sprawia miejscową bezbolesność rozciągającą się na część ciała poniżej pępka. Wstrzyknięcie takie, zastosowane u kobiety podczas skurczów, zmniejsza ból, towarzyszące skurczom macicy i przejściu główki dziecka. Zamiast hamowania skurczów, konstatujemy raczej ich przyśpieszenie. Działanie kokainy trwa przytem conajmniej przez półtorej godziny; jedyne objawy zatrucia, które się tu dawały spostrzedz, jako skutek kokainizacyi mózgu, były lekkie kurcze i drżenie członków, słabe podniesienie temperatury, lekkie wymioty i przejściowy ból głowy. Wstrzykiwania podobne są przeciwskazane u kobiet, cierpiących na serce lub wielkie naczynia, jakoteż podlegających chorobom chronicznym narządów oddechania oraz ośrodków nerwowych. Należy się również od tego powstrzymać, jeżeli się niema pewności stworzenia zupełnej aseptyki przy porodzie.

Autor zaznacza również pewne przeciwskazania w zależności od porywczych bólów porodowych, od częstości i energii skurczów macicy, od stanu większego napięcia macicy, jak również od konieczności manipulacyjnej interwencji przy porodzie.

Trzy te ostatnie przeciwskazania są w zależności od tego, że kokaina wywiera na skurcze macicy wpływ bardzo podniecający.

Wskazania są następujące:

1) Operacje położnicze, wymagające znieczulenia za wyjątkiem tych, gdzie możemy przypuścić konieczność wprowadzenia ręki do macicy.

2) Nader silne bóle, towarzyszące często skurczom macicy.

3) Zbyt znaczna powolność bólów porodowych, wskutek osłabienia i nieprawidłowych skurczów macicy.

4) Skłonność do krwotoków (wiotkość macicy, nieprawidłowe umiejscowienie łożyska).

Dr. Kazimierz Wojciechowski.

82. Dr. L. Seeligmann. **Leczenie uwięźniętej macicy ciężarnej ku tyłowi pochylonej.** (Centr. f. Gyn. № 5, str. 129, 1901).

Pierwszy Dührssen w roku 1898 dokładnie zbadał sposób powstawania i anatomie patologiczną powyższego cierpienia i, idąc w ślady Pinard'a i Varnier'a, zalecił zabieg chirurgiczny w przypadkach cięższych, połączonych z zaburzeniami pęcherza moczowego, zarzucając wszelką próbę ręcznego wyprostowania macicy. Przeciwnik jego, Ahlfeld, opisał przypadek (C. f. G. 1898 № 38) uwięźnięcia macicy ciężarnej, zastarzały i połączony z bardzo silnymi zaburzeniami w pęcherzu moczowym (mocz cuchnący, ropny, zawierał strzępy błony śluzowej), w którym udało mu się wyprostować macicę na drodze konserwatywnej. Autor zaś wypowiada zdanie, że w każdym przypadku uwięźnięcia macicy ciężarnej, należy przedewszystkiem stosować metodę konserwatywną i podaje swój sposób postępowania, który w jednym cięższym przypadku, okazał się zbawiennym: za pomocą kulociągu autor ciągnie szyję macicy ku dołowi wlewo i jednocześnie 2 palcami przez tylne sklepienie pcha trzon macicy ku górze i wprawo. Ułożywszy następnie chorą na boku prawym z podniesioną nieco miednicą, zakłada w tylne sklepienie, poza macicę kolpeurynter, wypełniony rozczynek kwasu bornego. Po 2—3 godzinach należy usunąć kolpeurynter. W razie potrzeby należy procedurę powyższą jeszcze raz lub dwa razy powtórzyć, aż do osiągnięcia pożądanego skutku.

W przypadkach lżejszych autor układa chorą w położeniu lokeiowo-kolanowym (à la vâche), odpycha przez tylne sklepienie lub przez odbytnicę macicę ku górze i następnie zakłada wianek.

M. Warszawski.

83. Dr. Głagolew. **Czy wolno kobiecie, dotkniętej chorobą Bright'a, karmić dziecko?** (Rosprawa)

Pole do przeciwwskazań dla karmienia, niegdyś tak obszerne, obecnie zda się zwężać coraz więcej. Kwestya, czy matka cierpiąca na białkomocz może karmić swe dziecko, będąc przez długi czas kwestyą sporów, obecnie zdaje się być rozstrzygniętą twierdząco, według najświeższych badań. Białkomocz u kobiet ciężarnych znika najczęściej po porodzie bez względu na to czy kobieta karmi lub nie. W niektórych przypadkach, białko znikało dopiero po wielu miesiącach, nie pozostawiając przytem żadnych następstw ani dla matki ani dla dziecka; spostrzeżenie to rozproszyło obawy niektórych praktyków, zezwalających na karmienie w tych wypadkach.

To wszystko dotyczyło białkomoczu ciężarnych, lecz zupełnie inaczej zapatrywano się dotychczas na chorobę Bright'a.

Najgorliwsi zwolennicy karmienia przez matkę uważali za konieczne zrezygnować w chorobie Bright'a z karmienia.

Dr. Głagolew, w swej pracy, poświęconej kwestyi macierzyńskiego pokarmu, ugrupował razem przeciwskazania do karmienia, między innymi i w chorobie Bright'a, motywując to zdanie tem, że u zwierząt, którym wstrzyknięto surowicę osobnika, dotkniętego chorobą Bright'a, możliwem było przejście do mleka produktów, zatrzymanych w ustroju. Zdania tego nie podzielał Dr. Commandeur, który od pewnego czasu pozwalał w swej klinice wszystkim matkom z białkomoczem karmić dzieci.

Miał on możność przekonać się w dwóch następujących po sobie ciążach u kobiety dotkniętej dawniej chorobą Bright'a, że przebieg poporodowy niczem się nie różni w obydwu przypadkach. Kobieta ta, cierpiąca od 4 lat na chorobę Bright'a, mogła doskonale wykarmić swe dziecko, (które po przyjściu na świat ważyło nie więcej nad 1900 grammów), nie uciekając się do sztucznych pokarmów, ani do wylęgarni (couveuse). Mając 6 miesięcy dziecko ważyło 5000 gr. U matki również nie konstatowano żadnych zmian, oprócz obecności 0,75 gr. białka w litrze moczu.

Fakt ten ma doniosłe znaczenie dla praktyków i jest dostatecznym, ażeby pokazać całą niesłuszność zaliczenia choroby Bright'a do przeciwskazań przy karmieniu.

Nieobojętną bowiem jest świadomość tego, że kobieta, dotknięta chorobą Bright'a, może swobodnie karmić swe dziecko bez żadnej obawy ani dla siebie, ani dla dziecka. Ma to doniosłe znaczenie w uboższej klasie, gdzie kwestya mamki jest nieureczywistnioną, a trzeba się zadawałniać smoczkiem.

Ztąd nie wynika, że wszystkim, bez wyjątku, dotkniętym chorobą Bright'a może być dozwolone karmienie; te kobiety tylko mogą karmić, które nie podlegają żadnym jawnym brakom w działalności nerek. Nie może się czasem naturalnie obejść i bez nieoczekiwanych wypadków. Należy więc stale mieć baczenie nad matką (zmiany funkcyonalne) i nad dzieckiem (zboczenia wagi) i przy najmniejszej komplikacyi zawiesić karmienie. Należy to stosować nietylko do kobiet cierpiących na chorobę Bright'a, lecz i na zwyczajny białkomocz w czasie ciąży.

Dr. Kazimierz Wojciechowski.

84. Halban. **Wstrzykiwanie waseliny w wypadnięciu pochwy.**
(Centr. f. Gyn. 1901 № 5, str. 134).

Opierając się na zapewnieniu Gersuny'ego, że waselina wstrzyknięta pod skórę nie wsysa się, lecz przeciwnie zostaje w tkance podskórnej i twardnieje, autor wpadł na myśl zastosowania tego środka w wypadnięciu pochwy. W tym celu w przypadku cystocele wstrzyknął waselinę pomiędzy ścianę pochwy i pęcherza w ten sposób, iż waselina wstrzyknięta przybrała kształt półobraczki. Autor stosował ten sposób jeszcze u trzech innych chorych z bardzo dobrym skutkiem. W każdym razie czas obserwacyi jest

trochę zakrótki, i dalsze doświadczenia mogą decydować o wartości tej metody. Sam akt wstrzyknięcia do części wypadniętej jest nie bolesny. Autor wkłuwał igłę od dużej szpryczki Pravatz'a na wysokości cystocele, na 1 cm. poniżej zwieracza pęcherza moczowego, wsunął ją najprzód w stronę prawą, a następnie przez otwór pierwotny w stronę lewą, obejmując wymiar poprzeczny cystocele. Podczas aktu wstrzykiwania igłę należy wycofywać ku środkowi. Waselinę należy sterylizować w cieplarce przy 140° , i przed każdym wstrzykiwaniem przez lekkie nagrzanie doprowadzić ją do stanu nieco płynnego. Po wstrzyknięciu około 20—25 cm., odprowadza się cystocelę i zakłada wianek na 24 godziny, aby waselina stwardniała w położeniu właściwym.

Po usunięciu wianka pacjentki nie są w stanie więcej przy największym wysiłku wypchnąć pochwy. Jeżeli została wstrzykniętą zbyt duża ilość waseliny natenczas powstaje uczucie ucisku na pęcherz i parcia na mocz; objawy te wkrótce znikają. W końcu autor zaleca dokonać wstrzykiwania na kilku posiedzeniach.

M. Warszawski.

85. N. Dąbrowski. **Przypadek wrodzonej przetoki pochwowo-stolcowej u 5-letniej dziewczynki.** (Jeżeniedjelnik żurnala „Prakticzeskaja Medicina“ 1901, № 3 str. 37).

Do autora przyprowadzono dziewczynkę 5-letnią, u której w braku otworu stolcowego kał jakoby wydzielał się razem z moczem. Oględziny dały następujący wynik: dziewczynka słabo rozwinięta fizycznie; w miejsce otworu stolcowego unosi się fałda skóry w postaci brodawki; za pomocą zgłębnika nie można było wykryć żadnego otworu. Srom nieco rozarty; błona dziewicza w kształcie półksiężyca z otworem dużym. Na kroczu i sromie ślady kału zaschniętego. Wstrzyknięty do pochwy 2% roczyn kwasu bornego wylewał się w ilości mniejszej i był zabarwiony kałem. Mały palec wprowadzony do pochwy wchodził w otwór, znajdujący się na tylnej ścianie pochwy, na $1\frac{1}{2}$ ctm. po za otworem błony dziewiczej, i prowadzący do kiszki stolcowej. W tem miejscu autor wyczuł rodzaj obrączki, którą przyjmuje za zwieracz trzeci, prawidłowo spełniający swoją funkcję. Na mocy rezultatu badania autor postawił rozpoznanie wrodzonej przetoki pochwowo-stolcowej.

M. Warszawski.

IV. Wiadomości terapeutyczne.

86. — (j. z.) — **Anaesthesia.**

W dalszym ciągu wyników z wstrzykiwaniem kokainy do rdzenia w celu znieczulania notujemy następujące spostrzeżenia. *Vulliet* używał tej metody w 24 operacjach (Th. mon. 12, 1900). Dawki stosowane przez niego były 0,03—0,006 grm., otrzymywał zupełne znieczulenie plex sacralis nerv. obturatorius, n. femoralis, niekiedy znieczulenie dochodziło w górę do proc. xiphoides, powyżej znieczulenie było niepewne i przejściowe. Autor dokonał 2 kastracyi, 3 operacyi phimosis, 3 herniotomij w 2 przypadkach herniotomii trzeba było uciec się do chloroformu, podobnież w przypadku zapalenia okołokrętniczego. Po wstrzykiwaniu występowały bóle głowy, poty, mdłości, wymioty i zawroty głowy, bez groźniejszych następstw.

Według *Cadola* (Gaz. hebdom. de méd. 1900, VI) dawki 0,001—0,005 kokainy dają zupełne znieczulenie dolnej połowy ciała na przeciąg 50—100 minut.

87. — (j. z.) — **Basolum.**

Dr. *Sommer* zaleca bazol, który jest związkami krezolowym, zawierającym 50% krezolu.

(M. m. C. Zg. 88).

88. — (j. z.) — **Chininum eosolicum.**

Jest to sól chinowa trisulfoacetylkrezozotu, stosował ją w zimnicy dr. *A. G. Cipriani* w następującej postaci.

Rp. Chinini eosolici
Ferri reducti aa 5,0
Strychni sulfur.

Acidi arsenic aa 0,1

Extr. gen. q. s.

F. pil. № 50

S. 3 r. dz. po 1—2 pig.

wczasie jedz. (D. M. Z. 1900).

89. — (j. z.) — **Hedonal.**

Moor u 60 chorych stosował środek ten w celach nasennych, zachowując jednak ostrożność w dawkowaniu, w przypadkach lżejszych wystarczało już 1,0—2,0 gr., aby sprowadzić sen 6—8 godzinny; w chorobach umysłowych dawkę należało podnieść do 3,0—4,0 grm., w manii przewlekłej zalecał jeszcze wyższe dawki. Przeciwwskazanie: gdy bezsenność zależy od bólu lub kaszlu. *Goldseburdt* i *Dittersdorfsa* zdania, że u astmatyków i w neuralgiach środek ten jest bezskuteczny, w neurastenii natomiast daje wyniki wyborne.

(D. Med. Ztg. 1900).

90. — (j. z.) — **Hypnoza.**

W pijaństwie chronicznym okresowo zaleca gorąco *Fock* z Hamburga hypnozę. Ogłoszone przez niego przypadki istotnie przemiają za tym środkiem.

(Allg. med. Centr. 1900)

91. — (j. z.) — **Tannopinum jako antidiarrhoicum** *C. H. Meier* w *New York Med. Jour.* uważa *Tannopin* za wyborny środek w biegunkach szczególnie u dzieci, środek ten stosował jako *adstringens* zaraz po środku opróżniającym z wyborym skutkiem, toż samo podwiera *Smith* w *Nowt. Lancet*, według *Fitsch'a* (*Georg. Jour. T.* 1900) *tanopina* rozkłada się na *urotropinę* i *tan-*

ninę dopiero w kiskach pod wpływem wydzieliny alkalicznej, tannina łączy się z ciałami białkowemi i działa na błonę śluzową tonicznie, urotropina zaś działa jako antyseptyk oraz wpływa na wzmożone wydzielanie moczu.

(M. m. W. 8 1901).

92. — (jz.) — **Tryonal i Paraldehyd.**

Ropiteau łącząc tryonal z paraldehydem otrzymał 4 — 5 krotnie wzmocnione działanie nasenne.

Przepisuje on środki te jak następuje:

Rp. Trional 1,0
Paraldehyd 2,0
Ol. am. d. 15,0
MDS. Użyć na raz.

Rp. Trional 2,5
Paraldehyd 5,0
Vitelli ovi I
Lactis 20,0
MDS. na raz.

Rp. Trional 0,25
Paraldehyd 0,5
Butyr. Cacao 3,0
M. f. Supposit.
(Thèse de Paris 1900)

93. — (jz.) — **Amenorrhoea.**

Bloom zaleca następujące proszki:

Rp. Strychnini sulf. 0,002
Acidi oxal. 0,01
Ferri pept.
Mang. lact. aa 0,1
Extr colocynth. comp. 0,03
Mf. p. Dt. d. NLX S. 3 razy dz. prosz. (G. H. 1900).

94. — (jz.) — **Enuresis nocturna.**

Herbsmann z Rostowa zaleca w *enuresis* mięsienie szyjki pęcherza od strony prostonicy. Mięsienie trwa 2—3 minut, ruchy są powolne i słabe stopniowo wzmacniane. Chory leży w położeniu à la vache.

(Med. Woch. 1900)

95. — (jz.) — **Eczema narium.**

Bonne zaleca masę następującą:

Rp. Ungu. praec. albi
Vasellini borici aa 10,0
Zinci oxyd. 5,0
Plumbi acet 0,02
Mfungu.

(G. h. de méd. 1900)

96. — (jz.) — **Malum Poti.**

Bayeux podaje przypadek wyleczenia tej choroby za pomocą *Natr. cacodylicum*. Dziewczynka 11 letnia zapadła na tę chorobę. Gdy inne środki zawodziły, autor zastosował pigułki z *natr. cacodylicum* po 0,03 gr. dziennie; po 5 dniach wstrzykiwania podskórne 0,95 grm. Wynik był dobry, co skłoniło autora do próbowania również ze skutkiem zachęcającym środka tego w innych cierpieniach gruźliczych kości i stawów.

(Bul. med. 1900).

97. — (jz.) — **Ulcus molle.**

Melaryo zaleca leczenie następujące. Wrzód należy dobrze wymyć jakimkolwiek antyseptykiem, następnie posypać sproszkowanym azotanem ołowiu. Strup odpada po 36—48 godz., pozostawiając dno czyste.

(M. m. W. 10, 2).

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 15-go Marca 1901 r.

(J. Z.) W kwestyi hononaryów lekarskich otrzymujemy list następujący od kol. Temersona z Lipna:

„Chciałbym zwrócić uwagę ogółu lekarzy na kwestyę, która wszystkich obchodzi. Nie znam stosunków warszawskich, za to doskonale prowincjonalne—o nich też piszę obecnie. Honorarium lekarskie to podług pacjentów jakoby jałmużna, którą się daje z łaski, to też można zapłacić lekarzowi po wizycie, posłać pieniądze nazajutrz do domu z zastrzeżeniem, że dalsze wizyty są zbyteczne, zapłacić po wyleczeniu, ogółem (z odliczeniem rabatu np. zamiast 15 rubli 5—6 i t. d.), nie zapłacić w razie zejścia śmiertelnego lub nie zapłacić wcale nawet po wyzdrowieniu. Niektórzy płacą, nie pytając się lekarza t. j. ile dadzą tyle trzeba wziąć.

Pewna znów kategoria osób postępuje w sposób następujący: lekarza niby mają stałego, co znaczy, że już tylko po niego posyłają w razie potrzeby, nie płacąc mu rzecz naturalna, gdy już się miarka przebrała, tj. należność dochodzi np. do 25—30 rubli, wtedy lekarz A. traci zaufanie i przestają go wzywać, tę samą koleją przechodzi lekarz B. przez rok cały, potem C. i tak w kółko, co tworzy gratisowe perpetuum mobile.

Są i tacy co, nie chcąc zapłacić za ciężką nieraz pracę, odwracają się przytem na ulicy, nie mówiąc dzień dobry, obmawiają i oczerniają i odstępczą innych, nie przytaczając prawdziwej przyczyny, lecz zawsze kładąc swoją złość na karb złego leczenia.

Jeszcze są inne odmiany tych, co do domu lekarza przychodzą: radzą się, a kiedy już receptę trzymają w ręku, dopiero powiadają: a, przepraszam, nie zabrałem portmonetki—ale ja zaraz wrócę, odniosę—czekać możnaby ad calendas graecas.

Często zdarza, że lekarz przyjeżdża nieraz na wieś dla dokonania operacyi lub dla porady, po jej dokonaniu lub po zapisaniu recepty, następują tłumaczenia: „biedni jesteśmy, nie mamy pieniędzy“; co począć wtedy, wraca się do domu i na tem koniec.

Słowem, wyzysk pracy ciężkiej, często niebezpiecznej, poniżającej dla lekarzy stosunek, boć pomiata się nim jakby sługą, przerzucając się od jednego do innego dla kaprysu nieraz, kierowanie się nieuzasadnioną sympatją lub antypatją—przyzna każdy, stosunek nie-normalny, wymagający jakiegoś wyświeślenia, unormowania, uregulowania pewnych punktów drażliwych. Lecz któż ma się zająć losem i bytem lekarzy, jeśli nie lekarze sami. Wypadałoby szeroko omówić tę sprawę, aby jednostki z pomiędzy nas nie obierały niewłaściwej drogi przez uniesienie, zdenerwowanie it. p. Tylko wspólne dążenie, wspólna nad tą kwestyą praca może zaprowadzić porządek i ład, aby

nie działały się rzeczy wistocie karygodne. Czy z łona członków kasy oszczędnościowo-pożyczkowej lekarzy nie mógłby wyjść impuls do działania?"

Do listu tego, który tak wymownie zobrazował stosunki pieniężne lekarza do pacyenta na prowincyi nie wiele od siebie dodać możemy, to chyba tylko, że nie o wiele lepiej dzieje się w Warszawie, a pod tym względem tak dziwne panuje zamieszanie pojęć, iż niedawno z oburzeniem pisma codzienne podnosiły fakt, że lekarz osmielił się w domu u siebie zażądać wyższego honorarium.

Jest jednak w tem dużo winy lekarzy, którzy lekceważą sami nieraz swą pracę i do tego lekceważenia przyzwyczaili publiczność, winna też temu wybujała i niestosowna nieraz konkurencya. Zanim więc przeciwko pacyentom zwrócić ostrze, powiedzieć trzeba *Medice cura te ipsum*. Do kwestyi tej zresztą wrócimy niebawem.

— Od komitetu urządzającego III Zjazd Lekarzy i przyrodników czeskich otrzymujemy odezwę następującą:

Szanowny Panie Redaktorze, załączając zaproszenie na III-ci Zjazd przyrodników i lekarzy czeskich wraz z programem Zjazdu, ośmielamy się prosić Szanownego Pana w imieniu komitetu organizacyjnego o łaskawe zaznajomienie czytelników swego pisma ze sprawą Zjazdu, oraz o dodanie paru słów zachęty od siebie do przyjmowania w nim udziału.

Licząc na liczny udział kolegów Szanownego Pana, opracowaliśmy 10-ty punkt ustawy, o następującej treści: „*Uczestnicy Zjazdu innych narodowości mogą przyjmować udział bądź jako rzeczywisti członkowie, którym przysługuje prawo wygłoszenia odczytów, dysputowania, podawania projektów w swym ojczystym języku — bądź też jako zwyczajni goście*“.

Zgóry cieszymy się z licznego współudziału rodaków Szanownego Pana, a za prawdziwy zaszczyt uważać będziemy możliwość usłyszenia z ust waszych znanych pracowników na polu wiedzy przyrodniczej i lekarskiej, historią jej znacznego postępu w latach ostatnich. Tym sposobem będziemy mogli czerpać wiadomości z pierwszego źródła.

Znając dobre chęci Szanownego Pana i Jego przychylność dla naszego narodu, jesteśmy pewni, że dla naszego Zjazdu uczyni Pan jak najwięcej.

Zgóry też dziękujemy Szanownemu Panu za Jego łaskawe pośrednictwo.

Prezes: Pr. Dr. Hlava
Gener. sekretarz: Doc. Dr. Antoni Vesely

P. S. Panowie mający zamiar przyjąć czynny czy bierny udział w III-cim Zjeździe czeskich przyrodników i lekarzy, zechcą łaskawie się zgłosić pod następującym adresem: Praga I, Docent Dr. A. Vesely, Nábřeží 14; składkę zaś, w kwocie 10 franków (10 koron) należy przesłać pod adresem skarbnika: Docent Dr. K. P. Kheil, Praga II, Myšlikova ul. 3.“

Umieszczając odezwę powyższą, która mówi sama za siebie, mamy nadzieję, że czytelnicy nasi skorzystają z zaprosin kolegów czeskich i zechcą przyjąć udział w zjeździe, który odbędzie się w maju. Koledzy czescy zwykle przyjmują udział serdeczny w zjazdach lekarzy polskich, należy więc się im odwdzielnienie z naszej strony i liczne odwiedzenie ich zjazdu, który, sądząc z nadesłanego programu, zapowiada się nader dobrze. Programem służyć możemy każdemu z interesujących się zjazdem kolegów.

— *z.* — Medycyna w № 10 zaznacza, iż w m. b. upłynęło 25 lat pracy na polu medycyny d-ra S. Goldflama, znanego neuropatologa warszawskiego.

— *z.* — Przewodniczącym w oddziale krakowskim Towarzystwa im. Kopernika został prof. N. Cybulski.

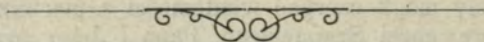
— *d.* — Dr. Eugeniusz Borzęcki, lekarz wolno praktykujący zamianowany lekarzem ordynującym (prymaryuszem) oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza w Krakowie jako następcą ś. p. prof. Zarewicza.

— *d.* — Dr. Stanisław Mariarski dopuszczony na stanowisko docenta histologii normalnej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

— *d.* — W Samborzu zmarł temi dniami Dr. Władysław Skalski w 63 roku życia, lekarz powiatowy, powszechnie lubiany i mający u publiczności wielkie poważanie.

— *z.* — Wydawca „Wracza“ zawiadamia, iż stosownie do woli b. redaktora prof. Manasseina pismo to wychodzić będzie tylko do końca roku. Pismo stanowiło własność zmarłego. Redaktorem do końca roku został dr. Władysław Lew.

— *z.* — Słownika języka polskiego, wydawanego pod redakcją J. Karłowicza, A. Kryńskiego i W. Niedźwiedzkiego, wyszedł zeszyt IX, obejmujący wyrazy od Kiecka do Korowód, na 160 stronach ósemki większej. Cena słownika (24 zeszytów 160-stronicowych) wynosi rb. 10.



SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Dalszy przyczynek do nauki o odkażaniu przewodu pokarmowego u dzieci — Dr. Maryan Roszkowski str. 237.
- II. 3 przypadki porażenia Landry'ego—Dr. Józef Winiarski i Dr. Leszek Wolfram str. 243.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

65. Prof. König—Cierpienia stawu udowego. str. 252. 66. Dr. Stuparich z Tryestu—Przyczynek do zranień serca i płuc—str. 256. 67. Dr. Pagenstecher. (z Elberfeldu)—Jeszcze jeden przyczynek do chirurgii serca. Podwiązanie zranionej tętnicy wieńcowej.—str. 257. 68. Dr. William Levy—O wycięciu odbytnicy—str. 258. 69. Dr. Hopmann — O ropniach języka — str. 260.

II. Choroby oczu.

70. Dr. Alphonse Péchin—Zanik nerwu wzrokowego pochodzenia urazowego.—str. 263. 71. Grunert—Waga soczewki pozbawionej torebki—str. 263. Dr. K. Bjerke — Irydektomia w przypadkach jaskry powikłanej przez zaćmę — str. 263. 73. Hoor—Powikłania operacyjne przy wydobyciu zaćmy—str. 264. 74. Cirincion. O wydobyciu zaćmy—str. 264. 75. Dr. Wecker —Zespolone sclerotomia z irydektomią — str. 265. 76. Dr. Sidler Huguenin—Wpływ wyjałowienia na roztwory kokainy i dogodny sposób zachowywania roztworów atropiny i kokainy w stanie aseptycznym — str. 265.

III. Choroby kobiet i akušerya.

77. Dr. Schatz z Rostocka—O őrdu ciężkości őrdu—str. 266. 78. Nobiling. Nowy sposób określenia dojrzałości őrdu—str. 265. 79. Prof. W. Stroganow—Czy można zaliczać kąpiele do najlepszych őrdukw zachowania czystości ciała u rodzących — str. 269. 80. Dr. J. Hofbauer—Nowy sposób uchronienia krocza od pęknięcia przy porodzie—str. 271. 81. Gueniot—Przyczynek do znieczulenia rdzenia w porodach — str. 272. 82. Dr. L. Seeligman—Leczenie uwięźniętej macicy ciężarnej ku tyłowi pochylonej — str. 273. 83. Głagolew—Czy wolno kobiecie dotkniętej chorobą Bright'a karmić dziecko — str. 273. 84. Halban—Wstrzykiwanie wazeliny w wypadnięciu pochwy—str. 274. 85. N. Dąbrowski—Przyczynek wrodzonej przetoki pochwowostolcowej u 5-cio letniej dziewczynki—str. 275.

IV. Wiadomości terapeutyczne (86—96) str. 276.

Kronika bieżąca — str. 278.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 3 Марта 1901 года.

NAJSTRAWNIEJSZA

ze wszystkich wód mineralnych zawierających arsen.



Według chemicznego rozbioru
uskutecznionego przez c. k. Profe-
sora Chemii Lekarskiej, Rady
Dworu Ernesta Ludwiga woda
ta w 10.000 części zawiera

na wagę:

Kwasu arsenawego 0,061

Siarczanu tlenu żel. 3,734.

wyłączne prawo wysyłki posiada firma

Heinrich Mattoni

Frañcensbad, Wiedeń, Karlsbad.

PRACOWNIA PATOLOGICZNA

Dra Juliana Steinhaus

ul. Wspólna Nr. 15.

Analizy mikroskopowe i bakteryologiczne guzów, wyskrobin, płow-
ciny, krwi, nasienia, wysięków, przesięków, i t. p. dla celów dya-
gnostyki lekarskiej.

Nałęczów

W zimie ścisły internat dla chorych wewnętrznych
i nerwowych (z wyłączeniem umysłowych i epilep-
tyków). Dwóch stałych lekarzy, dozorczyńni chorych
i masażystka.

Stosowanie wszelkich racjonalnych metod przyrodo-
leczniczych.

Dyrektor D-r A. Puławski,

b. ordynator szpit. D. Jezus w Warszawie.