

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. *J. Sędziak*—Wpływ pomyślny róży na przebieg ciężkiego ropnego zapalenia ostrego ucha środkowego — str. 1037. II. *Dr. F. Flatau i J. Koelichen* — O zapaleniu rdzenia (c. d.)—str. 1042.

Dział sprawozdawczy: I. *Choroby chirurgiczne:* 604. *Dr. Wilms*—W sprawie ran naczyń szpuryły kręzkowej—str. 1051. 605. *H. Gebele*—Przyczynę w kwestyi leczenia niedrożności jelit, za pomocą atropiny—str. 1054. II. *Choroby kobiet i akušerzyna:* 606. *Dirmos* — Hyperemesis gravidarum—str. 1056. 607. *Damelin*—Kokaina w położnictwie—str. 1058. 608. *Lehman*—Wpływ ustalonego tyłozgięcia macicy na ciążę, poród i połóg — str. 1058. 609. *Hugycert*—Leczenie pochwy—str. 1059. 610. *Landau* — Leczenie puchliny brzusznej—str. 1060. III. *Choroby weneryczne:* 611. *Dr. L. Stern* — Antyseptyka i aseptyka w chorobach dróg moczowych—str. 1061. 612. *Zeissl*—Zapobieganie rzeżączce—str. 1064. 613. *Blaicher*—Leczenie ostrej rzeżączki—str. 1064. IV. 614—620. *Wiadomości terapeutyczne*—str. 1065. V. *Notatki bibliograficzne*—str. 1066. VI. *Z Tow. lekarskiego warszawskiego*—str. 1067. VII. *Korespondencya Kron. Lek.*—str. 1071. *Kronika bieżąca*—str. 1072. *Zmarli*—str. 1074. *Ogłoszenia.*

Sommaire du Nr. 22. *Travaux originaux:* *J. Sędziak* L'ensipéle et l'otite aigue. *Dr. E. Flatau et dr. J. Kölichen:* Sur les myélites.

I. Wpływ pomyślny róży

na przebieg ciężkiego ropnego zapalenia ostrego ucha
środkowego

Napisał

Dr. Jan Sędziak.

Powszechnie wiadomo, że dołączające się nowe zakażenie zarówno do przewlekłych, jak i ostrych spraw zakaźnych wpływa ujemnie na przebieg tych ostatnich. Dość wspomnieć wtórne zakażenie drobnoustrojami ropotwórczymi, warunkujące objawy rozpadowe w gruźlicy płuc, jakoteż ropnie w przebiegu ostrych spraw zakaźnych, jak płonicy, błonicy, odry, tyfusu brzuszego i t. p. Natomiast mało dotąd jest znany fakt, że taż wtórna infekcyja może przeciwnie wpływać dodatnio na przebieg tych cierpień.

A jednak istnieją w literaturze, nieliczne dotąd wprowadzić spostrzeżenia, przemawiające na korzyść powyższego twierdzenia.

I tak, co się tyczy przedewszystkiem spraw zakaźnych przewlekłych, to na pierwszym miejscu należy mi wspomnieć gruźlicę płuc, w przebiegu której spostrzegano wpływ dodatni nowego zakażenia.

Tu należą przypadki: *W a i b e l'a* ¹⁾ (wyleczenie gruźlicy płuc po przebyciu róży), *C h e i m o Ń s k i e g o* ²⁾ (2 przypadki—jeden analogiczny do poprzedniego, drugi również z wyleczeniem gruźlicy płuc, lecz po tyfusie wysypkowym), wreszcie *G o s z t o w t a* ³⁾ (duża poprawa, zarówno przedmiotowa, jako też podmiotowa w gruźlicy płuc u chorej, która przeżyła odrę).

Istnieje nawet praca doświadczalna *S o l l e s'a* ⁴⁾, stwierdzająca, że róża, zaszczerpiona świnie morskiej, zarażonej gruźlicą, czyni powolniejszym przebieg tej ostatniej.

I w przebiegu wilka tej klinicznej odmiany gruźlicy, bywał zauważony wpływ pomyślny róży (*S c h w i m m e r* ⁵⁾, *F e h l e i s e n* ⁶⁾).

Wreszcie z innych chorób przewlekłych zakaźnych *S c h w i m m e r* ⁵⁾, oraz *N e u m a n n* ⁷⁾ spostrzegali wpływ dodatni róży na przebieg przymiotu.

I w sprawach zakaźnych ostrych bywał też spostrzegany wpływ dodatni zakażeń wtórnych. Między innymi w naszej literaturze istnieje odnośne spostrzeżenie *P i s a r z e w s k i e g o* ⁸⁾, dotyczące ciężkiej błonicy, powikłanej różą.

W roku zeszłym miałem możność spostrzegać przypadek ostrego ropnego zapalenia ucha ośrodkowego o bardzo ciężkim przebiegu (zajęcie wyrostka sutkowego). Przypadek ten zakończył się pomyślnie, bez interweneyi chirurgicznej, dzięki jedynie powikłaniu różą twarzy.

Wobec niezmiernej rzadkości podobnych spostrzeżeń, z których

1) Centr. f. Bakteriologie 1889—V str. 187.

2) Gazeta Lekarska 1891 № 5.

3) Gazeta Lekarska 1897 str. 745. Przypadek ten opisany też jest między innymi w pracy mojej: przyczynek do leczenia gruźlicy płuc za pomocą podskórnych zastrzykiwań surowicy arsenikowej (przyp. 2-gi). Przegl. lekarski 1897, № 35—36.

4) Centr. f. Bakter. 1889, VI str. 564.

5) Wien. med. Presse 1888—№ 14—16.

6) Baumgarten „Mycologie“ 1888, str. 397.

7) Allg. Wien. Zeit. 1888, № 4.

8) Przegląd Lekarski 1896, № 34—38.

jeśli się nie mylę, poniżej opisane jest unikatem, uważam za pożyteczne podać go do ogólnej wiadomości.

M. lat 50, telegrafista, przybył do lecznicy w dniu 13-ym grudnia 1899 r., skarżąc się na bóle w uchu lewem, oraz lewej połowie głowy, trwające od 3 dni. Słuch również po stronie lewej nieco jest osłabiony; niezbyt ostry nosa.

Przy badaniu znalazłem stan następujący: okolica ucha lewego, zwłaszcza na tragus, a po części i na wyrostku sutkowym (proc. mastoideus) nieco bolesną jest na dotyk; sama błona bębenkowa lewa wykazuje rozlane zaczerwienienie i obrzmienie w umiarkowanym stopniu, tak że zarysy młoteczka (wyrostek krótki, oraz rękoięść) dają się jeszcze rozpoznać. Przewodnictwo kostne (próba Webera) wyraźniejsze po stronie lewej.

Słuch nieco przytępiony po stronie lewej: chory słyszy zegarek na odległość 10 ctm., szept zaś na $\frac{1}{2}$ metra.

Umiarkowany niezbyt ostry jam nosowych, przeważnie lewej z lekkiem obrzmieniem i zaczerwienieniem muszel dolnych i niezbyt ostry jamy noso-gardzielowej, również więcej wybitny po stronie lewej (obrzemie i zaczerwienie ujścia gardzielowego lewej trąbki Eustachiusza).

Rozpoznanie w obec powyższych danych brzmiało jak następuje: otitis acuta media sin. rhinopharyngitis acuta. Przypuszczając jeszcze możliwość rozejścia się sprawy zapalnej w uchu ośrodkowym, zaleciłem miejscowo 3 pijawki (1 na tragus i na 2 proc. mastoideus) oraz rezorcynę z kokainą (1,0—3,0:10,0 aq. dest.) do wkraplania do ucha lewego, wreszcie do wewnątrz olej rącznikowy i salipirynę (po 10 gran. 3 razy dziennie); do nosa zaś maść mentolowo-dermatolową (0,2—2,0:20,0 vaselini). Na 2-gi dzień wprawdzie bóle zmniejszyły się znacznie, lecz objawy miejscowe (zaczerwienienie, a zwłaszcza obrzmienie błony bębenkowej) więcej wyrażone, tak że już zarysów młoteczka nie widać, sama zaś błona ma więcej odcień szarawy, jest przytem nieco wypukłona w dolno-przednim odcinku.

Słuch również jest bardziej osłabiony, tak że chory z trudnością słyszy zegarek przy uchu, szept zaś na odległość około 10 ctm. Wobec tego postanowiłem już nie zwlekać z przecięciem (paracentesis) błony bębenkowej, co też i wykonałem zaraz w miejscu największego wypuklenia błony, przyczem wylało się nieco krwi z nieznaną domieszką ropy.

Choremu zaleciłem kataplazmy z siemienia lnianego na muszlę uszną lewą, oraz wkraplanie do ucha lewego 10% roztworu kwasu

karbolowego w glicerynie po uprzednim przestrzyknięciu kwasem bornym.

Ropienie z początku niezauważalne, następnie coraz obfitsze, bóle coraz mniejsze, w końcu zupełnie ustąpiły; słuch jednak się nie poprawił, a nawet jest on jeszcze gorszy (chory nie słyszy ani zegarka, ani szeptu przy samem uchu).

Wobec tego po ustąpieniu ostrych objawów (bólów itp.) po kilku dniach rozpocząłem ostrożne przedmuchiwanie ucha lewego za pomocą kateteru.

Wynik jednak był prawie żaden: słuch stale mocno przytępiony, ropienie obfite. Zamieniłem kwas karbolowy na kwas borny ze spirytusem (1,0—5,0:20,0 aq. dest.).

Gdy przytem chory znowu zaczął się uskarżać na lekki ból w uchu lewem, zaprzestałem po kilku dniach przedmuchiwań, ograniczywszy się na ostrożnem przestrzykiwaniu ucha lewego kwasem bornym.

Tymczasem stan chorego stopniowo począł się stale pogarszać, bóle coraz dotkliwsze, zwłaszcza w okolicy lewego wyrostka sutkowego, bardzo wrażliwego na dotyk, oraz w lewej połowie głowy, sen niespokojny, ropienie bardzo obfite, głuchota zupełna. Nie pomagały przytem, ani wlewania do ucha rezorcyny z mocnym roztworem kokainy (5%), ani ponownie pijawki za uchem, ani lodowe okłady na lewy wyrostek sutkowy, ani wreszcie salipyrina do wewnątrz.

Wobec tego groźnego stanu miejscowego, który ujemnie zaczął oddziaływać na stan ogólny chorego; wobec ciągłych i dotkliwych bólów w okolicy lewego wyrostka sutkowego, wprawdzie jeszcze bez objawów zajęcia okostnej (periostitis mastoidea), wobec wreszcie niezmięszającego się ropienia i stałej głuchoty, wyczerpawszy wszystkie możliwe środki i metody lecznicze, w tych razach stosowane, zacząłem już poważnie myśleć o operacyi, tj. trepanacyi wyrostka sutkowego, mając wszelkie powody przypuszczać ropne jego zajęcie.

Gdy jednak choremu o tej ewentualności ostrożnie napomknąłem, ani słuchać o tem nie chciał i przez dni kilka nie pokazał się w lecznicy.

Dopiero w dniu 17-ym Stycznia, a więc w jakieś 5 tygodni od początku choroby zjawił się ponownie pytając, co by to była za czerwoność i opuchnięcie, jakie od dni paru zauważył na lewej połowie twarzy; skarży się przytem na gorączkę, trwającą również od paru dni. Już na pierwszy rzut oka jasnem było, że mieliśmy do czynienia z typową różą twarzy, mianowicie lewej jej połowy.

Cały nos, począwszy od grzbietu, oraz wejścia do nosa, zwłaszcza

cza po stronie lewej, lewa powieka, lewa warga górna, wogóle cały lewy policzek przedstawia rozlane zaczerwienienie i obrzmienie ze znamienym wyglądem lśniącym.

Część lewej muszli usznej, zwłaszcza tragus, oraz lewy przewód zewnętrzny słuchowy są również zaczerwienione i obrzmiałe, ropienie bardzo obfite. Błona bębnekowa po oczyszczeniu przewodu zewnętrznego słuchowego od nagromadzonej wydzieliny przedstawia się mocno zaczerwieniona i obrzmiała; w przednio-dolnym jej odcinku widać punkt tętniący, jako miejsce przedziurawienia błony.

Błona śluzowa lewej połowy nosa (muszle, przegroda), a także jamy nosogardzielowej, zwłaszcza w okolicy ujścia lewej trąbki Eusta chiusza jest również mocno zaczerwieniona i obrzmiała.

Choremu zaleciłem bezwzględne położenie się do łóżka, środek czyszczący, oraz chininę (po gran 5) do wewnątrz, miejscowo zaś maść rozorcynową (Rp. Resorcini, Zinci oxydati, Acidi borici aa 1,0, Lanolini 15,0), oraz maskę z waty na twarz. Przestrzykiwanie ucha lewego kwasem bornym w dalszym ciągu.

Mniej więcej w tydzień potem chory znowu się do mnie zgłosił ze śladami łuszczenia naskórka przebytej róży na twarzy, przytem ku wielkiemu mojemu zdziwieniu na moje zapytanie, co do stanu ucha lewego, odpowiedział, że już jest zdrow zupełnie. Przy bliższych wywiadach rzeczywiście okazało się, że bóle w uchu, za uchem, oraz głowy po lewej stronie zaczęły słabnąć, aż w końcu zupełnie ustąpiły, ropienie również stopniowo zaczęło się zmniejszać, a od paru dni już nie się z ucha lewego nie wydziela; toż samo tyczy się i słuchu, który obecnie jest wyborny, o czem przy badaniu mogłem się naocznie przekonać przy próbie z zegarkiem i szeptem.

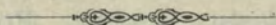
Przy badaniu ucha z wyjątkiem łuszczącego się naskórka na muszli usznej, oraz w zewnętrznym przewodzie słuchowym zmian żadnych nie znalazłem: błona bębnekowa przedstawia obraz normalny.

Odtąd widuję chorego od czasu do czasu—ze strony aparatu słuchowego ani podmiotowo, ani przedmiotowo zmian żadnych niema.

Nie ulega chyba najmniejszej wątpliwości, że w danym przypadku zejście pomyślnie bardzo ciężkiego ostrego, ropnego zapalenia ucha środkowego z zajęciem wyrostka sutkowego zawdzięczyć należy powikłaniu różą twarzy. Widać to najdokładniej z przebiegu cierpienia, przyczem nie miało tu bynajmniej miejsca post hoc, lecz propter hoc, gdyż do chwili wystąpienia róży twarzy stan chorego był coraz gorszy, czyniąc interwencję chirurgiczną wprost niezbędną — w ciągu tygodnia mniej więcej w następstwie róży twarzy nastąpiło najzupełniejsze restitutio ad integrum ze strony zajętego ucha.

Jak sobie wytłomaczyć ten wpływ pomyslny róży w danym przypadku?

Jeżeli w przebiegu np. gruźlicy płuc, lub błonicy rozwinie się jakaś sprawa zakaźna ostra np. róży, wywierając wpływ pomyslny na przebieg tych cierpień, to tłumaczyć to sobie będziemy większą żywotnością nowego rodzaju pasorzytów (np. paciorkowców) w porównaniu z poprzednimi (lasecznik gruźliczy, lub błoniczy). W danym przypadku jednakże tego tłumaczenia zastosować się nie da wobec faktu, że mamy tu do czynienia z jednym i tym samym gatunkiem drobnoustrojów (zwykle ropotwórcze paciorkowce niczem się nie różnią morfologicznie od tych, jakie F e h l e i s e n opisał za swoiste dla róży); chyba że przypuścimy, że nowa inwazyja tegoż gatunku pasorzytów wprowadziła w grę nowe siły, którym się nie były w stanie oprzeć dawne, już nieco w walce z ustrojem osłabione drobnoustroje.

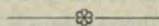


II. O zapaleniu rdzenia

podali

E. Flatau i J. Koelichen.

(Referat zbiorowy, odczytany na posiedzeniach Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w d. 21 i 23 Maja 1901 r.).



Ciąg dalszy.

Przebieg myelitis transversae acutae bywa rozmaity. Zdarzały się przypadki, stwierdzone przez sekcję, w których bez objawów poprzedzających, bez gorączki pełny obraz cierpienia rozwinął się w przeciągu kilkunastu godzin (*myelitis apoplectica* L e y d e n'a). W innych przypadkach objawy cierpienia występują powoli, w postaci oddzielnych wybuchów, przedzielonych przez dłuższe okresy, trwające nieraz po kilka dni, a nawet tygodni, w czasie których występuje w stanie chorych znaczna nieraz poprawa (*myélite à réchutes* P i e r r e t'a). Typowe jednak przypadki ostrego zapalenia rdzenia rozwijają się zwykle w przeciągu kilku dni lub 1 do 2 tygodni. Po dojściu cierpienia do pewnego stopnia rozwoju, nowe objawy przestają występować, ostry okres cierpienia kończy się, przechodzi ono w okres

przewlekły, w którym stan chorego pod względem nerwowym nie ulega żadnym zmianom. Okres ten trwać może całe miesiące, a wreszcie nastąpić może powolne wyzdrowienie, przyczem część objawów cierpienia rdzenia powoli znika. Ustąpienie wszystkich objawów zdarza się tylko w przypadkach wyjątkowych (P i c k, B r u n s).

Wobec tego rokowanie w myelitis transversa co do wyzdrowienia zupełnego, musi pozostać zawsze wątpliwem. Nadzieję zupełnego wyzdrowienia można mieć w zapaleniach rdzenia na tle malaryi, które dają się zwykle zupełnie wyleczyć przez stosowanie chininy. Wogóle zaś najlepsze stosunkowo rokowanie stawiać możemy w myelitis dorsalis, które często kończy się względem wyzdrowieniem, pozostawiając jako ślad cierpienia niedowład kończyn dolnych o charakterze spastycznym. Bywają jednak przypadki, w których pozostają na stałe wszystkie objawy pierwotne i chory zostaje na całe życie przykuty do łóżka kaleką. Możliwym jest z drugiej strony nawet w myelitis dorsalis zejście śmiertelne, zarówno w ostrym okresie cierpienia, gdy sprawa zapalna rozszerza się coraz dalej w postaci myelitis ascendens, jak również w okresie przewlekłym, na skutek ogólnego wycieńczenia oraz zaburzeń w postaci cystitis, pyelonephritis, zapalenia płuc i zakażenia krwi, spowodowanego przez odleżyny.

Zapalenia rdzenia lędźwiowego i szyjowego kończą się najczęściej śmiercią na skutek towarzyszącym im zwykle powikłań lub zaburzeń w czynności ważnych do życia narządów.

Zakończywszy ogólny przegląd objawów, mogących występować w przebiegu myelitis transversae, przechodzimy obecnie do opisu poszczególnych obrazów klinicznych tego cierpienia przy umiejscowieniu ognisk zapalnych w rozmaitych odcinkach rdzenia. Rozpoczniemy od opisu zapalenia rdzenia grzbietowego, gdyż umiejscowienie sprawy zapalnej w tym odcinku zdarza się w myelitis transversa najczęściej.

Myelitis transversa dorsalis. Cierpienie zaczyna się zwykle od bólów i parestezyi w kończynach dolnych. Nieraz jako zapowiedź cierpienia, występują drgawki w mięśniach, w wielu jednak przypadkach porażenia ruchowe występują wogóle bez wszelkich objawów poprzedzających. Typowym zaburzeniem w dziedzinie ruchowej przy umiejscowieniu ognisk zapalnych w rdzeniu grzbietowym jest porażenie kończyn dolnych o cechach spastycznych, polegających na zwiększonym napięciu mięśni i wzmoczonych odruchach ścięgnowych (kolanowym oraz ze ścięgna Achillesa). Często też występuje clonus stopy i rzepki. Porażenie kończyny dolnych bywa zupełne lub niezupełne, dotyczy ono całych kończyn lub też tylko odcinków obwodowych, zależnie od stopnia, w jakim uszkodzone zostały w danym

przypadku pęczki piramidalne. W większości przypadków obie kończyny nie są porażone w stopniu jednakowym, gdyż zwykle porażenie jednej z nich bywa silniejszym i rozleglejszym, niż drugiej.

Oprócz kończyn dolnych w myelitis transversa dorsalis ulegają porażeniu ruchowemu i mięśnie tułowia, aż do wysokości ognisk zapalnych w rdzeniu. Te mięśnie tułowia, których porażenie zależy od uszkodzenia odpowiednich ośrodków ruchowych w rdzeniu, ulegają porażeniu o charakterze wiotkim z osłabieniem pobudliwości elektrycznej, zwyrodnieniem i zanikiem (zmiany te są zwykle ukryte dla oka badacza).

W okresie późniejszym występują często drgawki w kończynach dolnych (epilepsia spinalis) i rozwijają się w nich przykurczenia.

W rzadkich przypadkach myelitidis dorsalis, przy zupełnym zniszczeniu przez sprawę zapalną całego przekroju rdzenia, spotykamy porażenie wiotkie kończyn dolnych. Zaburzenia czuciowe występować mogą w rozmaitej postaci i z różną wyrazistością, zależnie od warunków, o których wspominaliśmy w symptomatologii ogólnej. Przy uszkodzeniu górnych odcinków grzbietowych zaburzenia czuciowe sięgać mogą aż do linii poziomej, przeprowadzonej przez fossae axillares.

Przy zajęciu przez sprawę zapalną całego przekroju rdzenia chorey odczuwa często górną granicę znieczulenia w postaci bólu opasującego. W pasie tym stwierdzić czasami można pewną nadezłość skóry.

Zaburzenia w czynności pęcherza występują w postaci wzmoczonego parcia i utrudnionego oddawania moczu. W wielu przypadkach następuje zatrzymanie moczu (retentio urinae). Niezatrzymanie moczu (incontinentia urinae) rozwija się jedynie w bardzo ciężkich przypadkach, w późniejszych okresach cierpienia. W czynności odbytnicy zachodzą zwykle zaburzenia w postaci zaparcia stolca, a nawet zupełnego zatrzymania (retentio alvi) głównie na skutek porażenia mięśni brzusznych.

Czynność płciowa bywa zwykle w początkowym okresie cierpienia osłabiona. Często znika ona w początku zupełnie, wrócić jednak może w dalszym przebiegu cierpienia. Przy umiejscowieniu ognisk zapalnych w górnym odcinku rdzenia grzbietowego rozwija się często stałe naprężenie prącia (priapismus).

Odleżyny w myelitis dorsalis rozwijają się głównie w tych przypadkach, w których następują znaczne zaburzenia czucia oraz czynności pęcherza i odbytnicy.

Przy zajęciu przez sprawę zapalną górnego odcinka rdzenia grzbietowego występują objawy uszkodzenia centrum cilio-spinale: zwę-

żenie źrenicy i szpary ocznej oraz zapadnięcie w głąb gałki ocznej. Z rdzenia grzbietowego sprawa zapalna przechodzi nieraz na rdzeń szyjowy lub lędźwiowy, a wtedy obraz cierpienia zmienia się w odpowiedni sposób.

Myelitis transversa cervicalis. W zapaleniu rdzenia szyjowego, zaburzenia ruchowe i uczuciowe w kończynach dolnych i tułowiu oraz zaburzenia czynności odbytnicy i pęcherza, a wreszcie zmiany odżywcze występują w tejże postaci, jak w myelitis dorsalis. Obraz kliniczny myelitis cervicalis różni się od poprzedniego przez udział w cierpieniu kończyn górnych. Udział ten jest rozmaity, zależnie od tego, czy ogniska zapalne zajmują całe zgrubienie szyjowe rdzenia, czy też tylko górną lub dolną jego część. Obraz kliniczny cierpienia bywa wreszcie odmienny, jeżeli ogniska zapalne znajdują się w górnej części rdzenia szyjowego ponad zgrubieniem.

W przypadkach, w których sprawa zapalna zajmuje całe zgrubienie szyjowe spostrzegamy, oprócz porażenia spastycznego dolnych kończyn i mięśni tułowia i oprócz zaburzeń uczuciowych na tułowiu i kończynach dolnych, porażenie ruchowe kończyn górnych o charakterze wiotkim z utratą odruchów ścięgowych, zmianami w pobudliwości elektrycznej i następnym zwyrodnieniem zanikiem mięśni, oraz z odpowiednimi zmianami uczuciowymi.

Przy umiejscowieniu ognisk zapalnych w dolnej części rdzenia szyjowego, co zdarza się stosunkowo najczęściej, ulegają w kończynach górnych porażeniu wiotkiemu i zanikowi jedynie mięśnie dłoni, przedramienia wraz z m. triceps; zaś m. supinator longus jest przytem zwykle wolny od porażenia. Czucie jest zniesione po stronie łokciowej kończyn górnych. Pozatem występują objawy uszkodzenia centrum cilio-spinalne.

W razie umiejscowienia ognisk zapalnych w górnej części zgrubienia szyjowego, porażenia wiotkie i zaniki występują w mięśniach ramieniowych i barkowych (biceps, brachialis internus, deltoideus, infra et supraspinatus); wiotkiemu porażeniu ulega również supinator longus. W innych mięśniach kończyn górnych, w mięśniach kończyn dolnych i tułowia powstaje porażenie spastyczne.

Wreszcie umiejscowienie ognisk zapalnych ponad zgrubieniem szyjowym zdarza się nader rzadko i objawia się w porażeniu spastycznym kończyn górnych i dolnych oraz mięśni tułowia. Porażenie wiotkie i zaniki występują wtedy w mięśniach karku. Czucie jest upośledzone na całym ciele aż do szyi. Jako objaw groźny występuje w takich razach utrudnienie oddechu na skutek porażenia przepony, spowodowanego przez uszkodzenie jąder n. phrenici.

Częsty objaw w zapaleniu rdzenia szyjowego stanowi priapismus.

Przypadki myelitis cervicalis często kończą się śmiercią, szczególnie jeżeli sprawa zapalna przechodzi na opuszkę.

W bardzo rzadkich przypadkach myelitis cervicalis, ulegają porażeniu przy częściowem uszkodzeniu przekroju rdzenia jedynie kończyny górne (paraplegia brachialis).

Myelitis transversa lumbo-sacralis. W zapaleniu rdzenia lędźwiowo-krzyżowego obraz cierpienia również jest rozmaity (zależnie od tego, czy sprawa zapalna ogarnęła cały rdzeń lędźwiowo-krzyżowy czy też górną lub dolną jego część). Zapalenie całego rdzenia lędźwiowo-krzyżowe posiada jako objaw charakterystyczny porażenie wiotkie kończyn dolnych ze zmianami ilościowemi i jakościowemi w pobudliwości elektrycznej mięśni, z brakiem odruchów ścięgnowych i zanikiem mięśni. Czucie zniesione być może aż do crista ossis ilei.

Wrazie, jeżeli ogniska zapalne zajmują tylko górną część rdzenia lędźwiowego, porażenie wiotkie z zanikami występuje jedynie w mięśniach przedniej powierzchni uda, odruch kolanowy bywa zniesiony, reszta mięśni kończyn dolnych oraz m. glutaei ulegają w takich razach porażeniu spastycznemu, odruch ze ścięgna Achillesa bywa wzmożony, może nawet wystąpić clonus stopy.

Przypadki zajęcia przez sprawę zapalną dolnego odcinka rdzenia krzyżowego wraz z conus medullaris zdarzają się wyjątkowo rzadko (częściej spotykamy cierpienia urazowe i uciskowe tej części rdzenia). W przypadkach podobnych znajdujemy porażenie wiotkie oraz zaniki w m. m. glutaei, peronei, w mięśniach tylnej powierzchni uda oraz w mięśniach goleni i stopy. Odruch kolanowy jest w takich razach zachowany, a nawet może być wzmożony, odruch ze ścięgna Achillesa znika. Czucie jest zniesione na zewnętrznej i tylnej powierzchni uda oraz na goleni i stopie, z wyjątkiem wąskiego pasa skóry na wewnętrznej stronie goleni i stopy. Znieczulenie znajdujemy również na skórze części rodnych, na perineum i około anus, w jądrach jednak czucie jest zachowane (ból przy ucisku).

We wszystkich tych postaciach zapalenia rdzenia lędźwiowo-krzyżowego zaburzenia w czynności pęcherza i odbytnicy występują od początku cierpienia w postaci niétrzymania moczu i kału. Czynność pęciowa traci się w zupełności. Odleżyny poczynają się tworzyć bardzo wczesnie i rozszerzają się nader szybko wszcz i wglęb (decubitus acutus gangraenosus).

Myelitis transversa chronica.

Myelitis transversa chronica dawniej rozpoznawano dosyć często, obecnie zaś odkąd przekonano się, jak wiele przypadków występujących klinicznie pod postacią myelitis transversae chronicae należy do sclerosis multiplex, uszkodzeń uciskowych rdzenia (nowotworów), do cierpień specyficznych (syfilitycznych i gruźliczych), oraz przewlekłego zapalenia nerwów, cierpienie to rozpoznawanem bywa w nader rzadkich przypadkach. Wśród współczesnych neuropatologów jedni, jak Pierre Marie stanowczo zaprzeczają istnieniu myelitis transversae o przebiegu przewlekłym, inni zaś jak Brun i Oppenheim uważają to cierpienie za wyjątkowo rzadkie. Oppenheim naprzykład w szpitalu Charité w Berlinie widział w przeciągu 7-miu lat tylko 4 przypadki myelitis transversae chronicae. Strümpell utrzymuje, że nie widział ani jednego przypadku tego cierpienia stwierdzonego przez sekcję. Leyden i Goldscheider utożsamiają wogóle przypadki przewlekłego zapalenia rdzenia ze stwardnieniem rozsianem. Gowers uznaje przeciwnie myelitis transversa chronica za cierpienie względnie częste, szczególnie w wieku dziecięcym.

Symptomatologia myelitis transversae chronicae nie różni się w zasadzie od symptomatologii ostrej formy tegoż cierpienia. Obraz kliniczny bywa również różnym, zależnie od tego, w którym z odcinków rdzenia umiejscowione są ogniska zapalne, oraz od tego, w jakim stopniu uszkodzony został przekrój rdzenia. Cała różnica pomiędzy myelitis acuta i chronica polega na tem, że podczas gdy w ostrej postaci wszystkie objawy występują w ciągu kilku dni, najwyżej zaś w ciągu kilku tygodni, w przewlekłej okres występowania wciąż nowych objawów trwa nieraz całe miesiące, a nawet lata.

Z tej różnicy w przebiegu wynikają pewne różnice w obrazie klinicznym tych dwu postaci cierpienia. Mianowicie w myelitis chronica występują wyraźniej objawy podrażnienia dróg i ośrodków czuciowych i ruchowych w rdzeniu w postaci bólów, parestezyi oraz drgawek w mięśniach. Objawy te mogą przez czas dłuższy stanowić jedyną oznakę istniejącego zapalenia rdzenia. W przewlekłej postaci cierpienia, częściej również aniżeli w ostrej istnieć mogą przez czas dłuższy objawy częściowego uszkodzenia przekroju rdzenia. Nieraz więc myelitis chronica przedstawiać się może przez czas pewien pod postacią kliniczną porażenia rdzeniowego spastycznego (*spastische Spinalparalyse* Erb'a), skombinowanego cierpienia układowego, lub porażenia Brown-Séquard'a; nieraz też spotykamy w myelitis chronica porażenie wyłącznie górnych kończyn (*paraplegia brachialis*).

Porażenia ruchowe rozwijają się zwykle w myelitis chronica powoli, poczynając od lekkiego niedowładu i potęgując się stopniowo aż do bezwładu zupełnego. Zmiany czuciowe są nieraz bardzo nieznaczne, a nawet możliwy jest zupełny ich brak. Zaburzenia czynności pęcherza i odbytnicy występują najczęściej w postaci utrudnionego oddawania moczu i zaparcia stolca. Odleżyny rozwijają się rzadko, zwykle dopiero pod koniec cierpienia i nigdy nie są tak rozległe jak w myelitis acuta.

Wszystkie wogóle objawy w myelitis chronica, a między innymi i stan odruchów ścięgowych oraz skórnych, bywają trwalszemi i nie ulegają takim wahaniom jak w myelitis acuta w okresie początkowym.

Stan ogólny chorego w myelitis chronica może być przez czas długi tak pomyślny, że nie zmusza go nawet do porzucenia zwykłych zajęć. Dopiero w późniejszych okresach cierpienia następuje ogólne osłabienie i wycieńczenie, przykuwające chorego na stałe do łóżka.

Przebieg cierpienia jest, jak już wspominaliśmy, rozmaity i trwały może od kilku miesięcy do kilku lat. Początek bywa w większości przypadków ostry, tak że różnica pomiędzy myelitis acuta i chronica występuje dopiero w dalszym przebiegu, a zresztą istnieją pomiędzy nimi formy przejściowe (myélite à réchutes).

Rokowanie w myelitis chronica jest zawsze niepomyślne; zejście może być o tyle tylko względnie dobrem, o ile cierpienie zatrzyma się w pewnym okresie i przestanie się dalej rozwijać. Lecz i w tych względnie pomyślnych przypadkach obawiać się zawsze należy nowych nasileń, chory przytem staje się najczęściej nie zdolnym do pracy kaleką. W większości przypadków następuje śmierć wskutek wycieńczenia.

Rozpoznanie. Do ostatnich prawie czasów rozpoznawanie myelitis transversae acutae et chronicae było oparte na chwiejnych podstawach. W każdym prawie przypadku, w którym jako objaw cierpienia występowały mniej lub więcej rozległe porażenia ruchowe wraz z zaburzeniami czucia i zmienioną czynnością pęcherza lub odbytnicy przypuszczano, że podstawę cierpienia stanowią ogniska zapalne w rdzeniu. Nowsze jednak zdobycze naukowe z dziedziny anatomii patologicznej i patogenyzy chorób rdzenia dowiodły, jak często obraz cierpienia ludzako podobny do obrazu myelitis transversae, jest wywołany przez sprawy swoiste w rdzeniu, dalej przez sprawy uciskowe (nowotwory, spondylitis) przez stwardnienie rozsiane, a wreszcie przez zmiany patologiczne w nerwach obwodowych. Fakty te zmusiły do bardziej szczegółowego rozróżniania obrazów tych cierpień,

których podstawy histopatologiczne nie miały częstokroć ze sobą nic wspólnego. Obecnie więc rozpoznajemy myelitis transversa, dopiero po wykluczeniu możliwości istnienia wszystkich tych cierpień rdzenia i nerwów, które ujawnić się mogą w podobnej postaci klinicznej.

Uwagi powyższe odnoszą się szczególnie do myelitis transversa o przebiegu przewlekłym, gdyż cierpienie to jest bardzo rzadkie i pod względem klinicznym posiada więcej podobieństwa do cierpień swoistych rdzenia, do cierpień uciskowych i stwardnienia rozsianego, aniżeli ostra postać zapalna. Rozpoznanie różniczkowe bywa nieraz bardzo trudne, a nawet wprost niemożliwe, opierać się więc winno nie tylko na zbadaniu dziedziny nerwowej, lecz i na dokładnem zbadaniu stanu ogólnego chorego, oraz na drobiazgowo zebranych wywiadach.

Cierpienia uciskowe rdzenia rozwijają się zwykle powoli, objawy występują stopniowo w przeciągu dłuższego okresu czasu; w niektórych jednak przypadkach cierpienie rezwinąć się może szybko, a nawet zjawić się nagle, np. na skutek zwichnięcia lub złamania kręgow. Wobec tego możliwość istnienia myelomalaciae e compressione uwzględniać należy zarówno przy rozpoznawaniu myelitis transversae acutae jak i chronicae. Odróżnienie staje się łatwem, o ile istnieje zniekształcenie kręgosłupa, wskazujące na przyczynę i siedlisko cierpienia. W wielu jednak przypadkach zniekształceń nie znajdujemy, ponieważ w *caries vertibrarum* zwykłym siedliskiem sprawy chorobowej są ciała kręgow, kryjące w sobie ogniska, nie ujawniające się na zewnątrz.

Nowotwory rdzenia wyrastają znowu najczęściej z głębi, co również odnosi się do tętniaków. Odróżnienie podobnych przypadków od myelitis transversa opierać się może na dokładnych wywiadach, dotyczących początku i przebiegu cierpienia, gdyż myelomalacia e compressione rozpoczyna się zwykle od długo trwających objawów podrażnienia opon rdzenia oraz przednich i tylnych korzeni. Objawy te w postaci bólów neuralgicznych w kończynach i tułowi, bólów w kręgosłupie, parestezyi, drgawek w mięśniach, występują nieraz na rok, a nawet 2 lata przed wystąpieniem porażień i są przytem bardzo uporeczywe. Porażenia na skutek ucisku poczynają się zwykle od niedowładu spastycznego kończyn dolnych, potęgującego się stopniowo aż do zupełnego bezwładu. W okresie zupełnego rozwoju objawów cierpienia, kiedy obok porażień istnieją również zaburzenia czuciowe, czynności pęcherza i odbytnicy, t. j. kiedy obraz cierpienia najbardziej odpowiada obrazowi myelitis transversae, na myśl o istnieniu myelomalaciae e compressione naprowadzić powinna obecność uporczywych bólów neuralgicznych, bólów i sztywności (*rigiditas*) kręgosłupa oraz bolesności kręgow przy ich opukiwaniu i uciskaniu. Objawy

tego rodzaju zdarzają się w myelitis bardzo rzadko, nigdy nie występują tak wyraźnie i nie są tak uporeczywe jak w ucisku rdzenia. Jako objaw częsty w ucisku rdzenia podają również długotrwałą nadczułość skóry. Wreszcie szukać zawsze należy potwierdzenia rozpoznania w dokładnem zbadaniu stanu ogólnego chorego. Stwierdzenie pierwotnych ognisk gruźliczych w płucach, w gruczołach chłonnych, lub odnalezienie nowotworu w narządach wewnętrznych, stwierdzenie objawów tętniaka aorty, przyczynia się nieraz znakomicie do rozpoznania ucisku, z drugiej zaś strony ujawnienie związku pomiędzy cierpieniem, a zakażeniem ostrem lub zatruciem przemawia za zapaleniem.

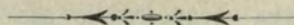
Swoiste cierpienia rdzenia i jego opon, a zwłaszcza *przymiotowe* najczęściej bodaj dawały dawniej powód do mylnego rozpoznawania myelitis transversae. Brunsi i Oppenheim utrzymują, że w większości przypadków opisy myelitis transversae wzorowane były na przebiegu tych właśnie cierpień. W rzeczy samej obraz kliniczny cierpienia, spowodowanego przez przymiotowe zmiany w naczyńiach rdzenia (*endoarteriitis et endophlebitis syphilitica*) do złudzenia naśladować może obraz myelitis transversae. Cierpienie to występuje najczęściej nagle, w postaci ostrej (rzadko podostrej) i odróżnienie tego cierpienia swoistego od prawdziwej myelitis acuta, a zwłaszcza od myelitis apoplectica jest trudne, a nieraz wprost niemożliwe. Za cierpieniem przymiotowem przemawia nagle zjawienie się porażeń bez wszelkich objawów poprzedzających; przy myelitis podobny początek cierpienia zdarza się bardzo rzadko. Obecność gorączki przemawia za myelitis. Rozstrzygnąć wątpliwości na korzyść przymiotu może stwierdzenie w ustroju chorego śladów zakażenia przymiotowego, z drugiej zaś strony stwierdzenie związku cierpienia rdzenia z niedawno przebytą ostrą chorobą zakaźną, z ostrem zatruciem, lub też znalezienie zakażenia miejscowego (np. w postaci rzeżączki), skłaniać nas winny do rozpoznania myelitis transversae. Najczęściej występująca forma syfilisu rdzenia, a mianowicie przymiotowe cierpienie opon, przechodzące następnie na rdzeń (*meningo-myelitis syphilitica*) jest zwykle, co do obrazu klinicznego i przebiegu podobne do myelitis transversa chronica, gdyż rozwija się powoli, objawy występują stopniowo w przeciągu dłuższego okresu czasu. Jednakże możliwe jest i ostre wystąpienie objawów, cierpienie to należy więc mieć na uwadze zarówno przy rozpoznawaniu myelitis transversa acuta, jak i—chronica.

Do rozpoznania przyczynia się znakomicie zebranie dokładnych wywiadów, gdyż w meningo-myelitis syphilitica wystąpienie porażeń ruchowych bywa poprzedzane przez okres długotrwały, w czasie którego cierpienie się ujawnia w postaci podrażnienia opon rdzeniowych i korzeni

nerwowych, o których wspominaliśmy, omawiając uciskowe cierpienie rdzenia. W meningo-myelitis syphilitica częstokroć pierwszym wyrażniejszym objawem uszkodzenia rdzenia są zaburzenia czynności pęcherza moczowego, nieraz też występują w tem cierpieniu zaburzenia czynności nerwów głowy, szczególnie zaś nerwów okoruchowych. Częste są również ogólne objawy mózgowie, a mianowicie: bóle uporczywe, zawroty głowy, napady podobne do apoplektycznych lub epileptycznych. Wszystkie wogóle objawy w meningo-myelitis syphilitica odznaczają się zwykle znaczną zmiennością i niestałością; nader zmiennym jest zwłaszcza stan odruchów kolanowych, cały wreszcie obraz cierpienia posiada zwykle specjalną cechę, dzięki współczesnemu istnieniu objawów, które wskazują na obecność wielu ognisk chorobowych w układzie nerwowym. Pozatem ustalenie faktu zakażenia przymiotowego, czy to przez samego chorego, czy też przez stwierdzenie oznak tego zakażenia w ustroju, posiada naturalnie pierwszorzędną wartość rozpoznawczą.

Na specjalne uwzględnienia przy rozpoznawaniu myelitis transversae chronicae zasługuje paraliż syfilityczny rdzeniowy Er b'a (*Erb-sche syphilitische Spinalparalyse*). Postać ta chorobowa uważana przez Er b'a i wielu współczesnych neuropatologów za samodzielną jednostkę chorobową, odznacza się pod względem klinicznym powoli rozwijającym się niedowładem spastycznym kończyn dolnych: na pierwszy plan występują tu nie objawy niedowładu, lecz spastyczne, wraz z znacznie wzmocnionymi odruchami ścięgowymi. Zaburzenia czuciowe, występujące w tej postaci Er b'a, są nieznaczne. Zwykle natypykamy natomiast zaburzenia czynności pęcherza i odbytnicy.

(D. n.).



III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

604. Dr. Wilms. W sprawie ran naczyń szypuły krezkowej (*radix mesenterii*). (München. med. Wochenschr. № 32, 1901).

Poważne uszkodzenia szypuły krezkowej, sądząc z niezwykle skąpej ilości ogłaszanych tego rodzaju spostrzeżeń, są zjawiskiem rzadkiem, co nie uwalnia jednak chirurga od dokładnego obznajmienia się z przebiegiem naczyń w tem miejscu, tak ważnych dla odżywiania

kiszki resp. dla życia operowanego. Jak mozolną, choć nieodzowną bywa w przypadkach takich interwencja operującego, przekonał się o tem sam niedawno autor na osobniku, któremu należało dokonać laparotomii wśród okoliczności, o których mowa. 18-letni ślusarz zranił się przypadkowo w brzuch dłutem, szerokim na 2 ctm. i ostrem, przyczem to ostatnie wyciągnięte zostało z rany bezzwłocznie; w niespełna trzy kwadransy od wypadku poszkodowany leżał już na stole operacyjnym. Podczas badania bladego i zdradzającego silny niepokój pacyenta znaleziono, prócz dość wybitnych objawów zapaści, brzuch dość wciągnięty i twardy, umiarkowane stopienie obu podbrzuszy, ustępujące po zmianie pozycyi oraz przebiegającą w odległości 2 ctm. na lewo od linii środkowej brzucha, pomiędzy pępkiem i wyrostkiem miedzykikutym, ranę ciętą o brzegach krwawiących słabo. Po obrównaniu tychże, dłutem na 10 ctm. cięciem w smudze białej otworzono jamę otrzewny, poczem wykryto niebawem obecność zębatej rany kłótej lewego zrazu wątroby. Długa na 2 $\frac{1}{2}$ ctm. rana ta, oddalona na 2 ctm. od brzegu narządu, krwawiła obficie i wypadło też tu uciec się do pomocy szwu. Wylot rany od wyklucia na tylnej powierzchni wątroby zaszyto również. Przez cały czas dokonywania manipulacji tych z pod sieci oraz z pod pęteli jelita cienkiego wytryskiwała ciemna krew obficie. Gdy wobec tego cięcie przedłużono ku dołowi i odsunięto ku górze sieć razem z okrężnicą poprzeczną, przekonano się wówczas, że źródłem krwawienia jest nasada krezki (radix mesenterii). Zorientowanie się dokładne utrudniała znacznie ta okoliczność, że trzeba było się krzątać bez ustanku w morzu krwi, podsycanem, niby ze zdrojowiska, od dołu nader obficie i, co uporano się z jedną porcją, w leju krwawym miano już niebawem drugą. Po przyciśnięciu dopiero okolicy broczącej palcem ku podłożu, znaleziono w napiętej krezce dziurę okrągłąwą, tuż u szypuły, przed poziomym odcinkiem dolnym dwunastnicy; do otworu tego można było wprowadzić wygodnie końce dwóch palców. Pod raną krezki wyczuwano wyraźnie tętnienie aorty, a z chwila, gdy zmniejszono nieznacznie ucisk palcami, liczne naczynia większe zaczęły krwawić gwałtownie z brzegów rany ciętej. Z uwagi na bezpośrednie sąsiedztwo tętnicy głównej i głębokość jamy, w której należałoby dokonać obklucia, operujący zrzekł się zamiaru nakładania szwu, tem więcej, że w szew taki możnaby pochwycić i zamknąć naczynia niezranione, co powiększyłoby tylko widoki na zgorzel jelita. Autor poprzestał więc na pochwyceciu brzegów cięcia w pensety, których nie podwiązywał nawet, gdyż w naszpikowanym temiż lejku czynność taka była prawie niemożliwą. Pensety, oparte końcami wprost niemal na aorcie i jej tętnieniem wyraźnie podnoszone do góry, owinięto w gazę i pozostawiono w jamie brzusznej à demeure, ranę powłok zaszyto częściowo, na czem ukończono zabieg, który trwał $\frac{3}{4}$ godziny; z uwagi, wreszcie, na liche tętno, zastrzyknięto operowanemu pod skórę litr fizyologicznego roztworu soli kuchennej.

Ze względu na znaczne wymiary naczyń, pochwyconych w kleszczyki tuż prawie u szypuły kiszki, liczone się niemal na pewno z ewentualnością zgorzeli kiszki; obawiano się dalej, że tak wielka

wiązka penset (sztuk 13), ważących razem 600,0, może wytworzyć na ścianie tętnicy głównej nadżarcie. Na szczęście, obie przepowiednie nie ziściły się. Wobec pomyślnego przebiegu sprawy trzeciego dnia usunięto pensety po uprzednim zachloroformowaniu chorego; krwawienie zatrzymało się zupełnie. Gojenie postępowało naprzód trybem zwykłym, tak że po upływie 9 tygodni osobnik ów, zaopatrzony w opaskę brzuszna, wypisał się ze szpitala, jako zdrowy.

Nie ulega, zdaje się wątpliwości żadnej, że w danym przypadku miano do czynienia z uszkodzeniem rozgałęzień znaczniejszych górnej żyły kiszkowej (ven. mesentericae sup.) na wysokości części pozioamej dwunastnicy; z toku rzeczy nasuwa się pytanie, czy pień żyły tej można podwiązywać bezkarnie, bez wystawienia na niebezpieczeństwo jelit u człowieka? W kierunku tym żadnych dotąd nie robiono doświadczeń, a w piśmiennictwie znajdujemy tylko wzmianki o podwiązywaniu tętnicy kiszkowej. Badania te wykazały zgodnie, że ligatura a. mesentericae sup. prowadziła w każdym bez wyjątku razie do zgorzeli jelita na przestrzeni od dwunastnicy aż do okrężnicy poprzecznej, co zrozumiałem jest zupełnie, gdy przypomnimy sobie mechanizm odżywiania jelita. Tętnice krezkowe: górna i dolna dostarczają krwi całej prawie rurze kiszkowej, wyjąwszy jedynie połowę pierwszą dwunastnicy oraz część dolną jelita stolcowego. Gałęzie tętnicy dolnej odżywiają okrężnicę zstępującą (a. colica sin.), kątnicę esowatą (aa. sigmoideae) i część większą odbytnicy (a. haemorrhoidalis sup.) z tętnicy górnej odchodzą: tętnica, odżywiająca dolną połowę kiszki dwunastnicowej (a. pancreatico-duodenalis inf.), gałąź dla jelita biodrowego, kiszki ślepej i początku okrężnicy wstępującej (a. ileo-colica), ostatnia posiada nadto tętnicę okrężnicową prawą (a. colica dex.). Okrężnica poprzeczna ma również gałązkę własną (a. colica media), wreszcie z lewej strony a. mesentericae sup. odchodzi 10—18 gałązek mniejszych (aa. intestinales) dla kiszki częściej i biodrowej. Ponieważ łączenie się wzajemne naczyń tych jest dość rozległym, rana pojedynczej gałązki niema wielkiego znaczenia dla zdolności życiowej jelita, co potwierdziły też próby na zwierzętach. Uszkodzenie za to krezki u przyczepu kiszki wywiera na ostatnią wpływ nader ujemny, jelito bowiem zamiera na całej tej przestrzeni, na której oddzielone zostało od kiszki. Względ tej natury zniewala też w takich przypadkach chirurga do wyresekowania całego wyosobnionego kawałka kiszki, gdy tymczasem, w razie zranienia mesenterii zdala od ostatniej, można, nie troszcząc się o los jelita, ranę zaszywać śmiało.

To samo, mniej więcej, da się powiedzieć i w sprawie podwiązywania pni żylnych. Żyła krezkowa górna daje także prawie, jak i tętnica podziały i zespolenia, z tą jednak różnicą, że v. gastro-epiploica dextra, odpowiadając tętnicy trzustko-dwunastnicowej, dzięki zespoleniom venae mesentericae z v. gastro-epiploica sin. na żołądku, wytwarza sobie łączność z v. lienalis, a stąd i z v. portae. Vena mesenterica sup., na którą składają się vv. intestinales, v. colica media, v. colica dex., v. ileo-colica i v. gastro-epiploica sin., tworzy po za trzustką, łącząc się z vena lienalis, żyłę

wrotną. Do pierwszej z tychże wlewa się żyła krezkowa dolna. Uwzględniając dane te z anatomii, nie trudno zrozumieć, że podwiązanie pnia żylnego poniżej dolnej granicy trzustki, na wysokości wstąpienia *venae colicae dex.* i małych żył jelita cienkiego, nie jest właściwie podwiązaniem pnia *venae mesentericae superioris*. Tymczasem jedyny w piśmiennictwie przypadek *Robson'a*, przypadek szczęśliwego podwiązania górnej żyły krezkowej, przytaczany przez wielu, jako fakt przekonywający, skreślony został przez chirurga tego na podstawie błędnej, bo niewątpliwem musi być dla każdego, kto czytał opis owego przypadku, że podwiązanie właściwego pnia żyły bynajmniej nie miało tam miejsca. Stąd i teoria cała o bezkarności tego rodzaju zabiegu upada. Że tak jest, przekonano się o tem dostatecznie z badań odnośnych nad królikami. Niebawem po podwiązaniu u zwierząt tych żyły, w mowie będącej na kiszkach występowało wyraźne zabarwienie niebieskawe; po upływie kilku godzin króliki zdychały. Na trupach zwierząt tych znajdowano zazwyczaj zawały krwawe, wypełniające całą niemal kiszke cienką, a takie same mniej więcej wyniki otrzymywano i na psach.

K. Niedzielski.

605. Dr. H. Gebele. **W kwestyi leczenia niedrożności jelit za pomocą atropiny.** (München. med. Wochenschr. № 33, 1901)

Ostatnimi czasy w przypadkach zamknięcia światła kiszek (ileus) atropina zalecaną była niejednokrotnie nader gorąco. Przyznać należy jednak, że protegujący ów środek leczniczy wygłaszali wszyscy niemal wnioski swe za pośpiesznie: materiał kliniczny każdego z nich redukowal się do jednego, maximum dwóch przypadków, nieraz zbadanych nie dość wyczerpująco i z rozpoznaniem, uzasadnionem niedostatecznie. Nadto odróżniać trzeba ściśle zamknięcie światła jelit dynamiczne od mechanicznego, a różniczkowanie to dla większości spostrzeżeń jest możliwem zupełnie. Wobec niedrożności, opartej na porażeniu, środki wewnętrzne mogą być stosowane jeszcze z niejakim dla chorego pożytkiem i tu, obok zdawna używanego makowca, postawiłby można modną dziś atropinę. Prócz uspokojenia kiszek przez porażenie zakończeń nerwowych umięsienia gładkiego, atropina prowadzi podział równomierny ciśnienia guzów i, prawdopodobnie, zmniejszenie wydzieliny kiszkowej. Z drugiej znów strony środek ten w zalecanych najczęściej dawkach (0,003—0,005) prowadzi łatwo do zatrucia i atropinie wypadnie przypisać występowanie objawów takich, jak: majaczenie, omamy z zupełnym naprzemian brakiem świadomości, uczucie pragnienia, trudność połykania, zaburzenia wzrokowe, zawroty i t. p. Najcięższy, wszelako, zarzut, który stawia się słusznie atropinie i pokrewnym jej lekom, polegać musi na tem, że środki te zaciemniają nader często wydatność obrazu chorobowego, prowadząc do bałamucań i macania w terapii. Autor trzyma się zdania, że atropina bywa skuteczną jedynie w przypadkach zwykłego i ciężkiego zastojów mas kałowych, który może wywoływać objawy, podobne do ileus;

z tem też tylko miano prawdopodobnie do czynienia w owych dających się zażegnać przez atropinę stanach chorobowych, lub co najwyżej z zaburzeniami kiszki natury czynnościowej (enterospasmus reflectorius paralyticus), zależnemi od kolki kamicowej, kurezu żołądka i t. p. rzeczy i tu, istotnie niewielkie dawki atropiny, po 0,0005 rano i wieczór, mogą być dla chorego korzystne.

W przypadkach tak zwanego zamknięcia światła mechanicznego środek w mowie będący jest jeszcze mniej skuteczny, a jego stosowanie wobec powikłanej przez zaciśnięcie postaci (Strangulationsileus) jest wprost błędem nie do darowania. Bo i w jaki sposób zagięcie, zasznurowanie, uwięźnięcie albo skręcenie dokoła osi może rozwikłać, rozprostować się pod wpływem atropiny? Jest to rzecz niemożliwa teoretycznie i praktycznie, a wpływ leku może być tu chyba raczej odwrotny. Pamiętnym też być winno spostrzeżenie Rofinger'a, gdzie leczenie atropiną uwięźniętej przepukliny doprowadziło do śmierci, a w pracy swej B. oskarża sam siebie jawnie, że skuszony szumnemi zachwaleniami atropiny, stosując ją wytrwale, czas tylko tracił napróżno i zwlekał niepotrzebnie z oddaniem chorego w ręce chirurga. Podobne spostrzeżenie przytacza Höchtlen, a Batsch, gorliwy obrońca atropiny, przyznaje, że w przypadkach uwięźnięcia środka ten nic nie zdziała i jelito, już i tak porażone, obezwładnię może jeszcze bardziej.

O drugiej postaci zamknięcia mechanicznego (obturationsileus), do której zalicza się przypadki wpochwienia ciał takich, jak kamyki pęcherzykowe, lub złogi kału, w stosunku do atropiny powtórzyć można tylko to samo. Co gorsza, maskowanie przebiegu cierpienia pod działaniem atropiny jest tu więcej wydatnem, niż w innych rodzajach niedrożności, objawy bowiem takie, jak bóle, wymioty, wzdęcie brzucha ustępują częściowo, a lubo zaparcie bez zmiany trwa dalej, nie jednego jednak zwieść może owa poprawa pozorna. Ale niedługo w razach takich atropina święci swój tryumf, bo jak piorun z pogodnego nieba, wybucha znowu sprawa chorobowa w całej swej grozie, prowadząc tym razem już do katastrofy nieuchronnej.

Jako przyczynek do omawianej sprawy autor przytacza spostrzeżenie, dotyczące pewnej 72-letniej kobiety, chorej od dni 10. Objawy niepokojące: bóle, zatrzymanie się stolca i gazów, wymioty i wzdęcie brzucha nie ustępowały w ciągu pierwszych dni pięciu, pomimo obfitych wlewań i okładów; jakoż zamysłano już o operacyi, przed którą postanowiono jednak spróbować zastrzyknąć atropiny. Rzeczywiście, po trzykrotnem zaaplikowaniu chorej pod skórę atropiny (0,001) otrzymano ustąpienie wymiotów oraz zmniejszenie się znaczne wzdęcia brzucha, a pacjentka mogła nawet na krótko opuszczać łóżko. Sytuację uważano ogólnie za uratowaną, lubo wypróżnień wciąż jeszcze nie było; 8-go dnia jednak rankiem napad burzliwy powrócił w całej pełni jednocześnie z wymiotami natury kałowej. Przy pogarszającym się szybko stanie ogólnym chorą przewieziono do kliniki, gdzie z uwagi na zupełne wyczerpanie sił owej kobiety postanowiono poprzestać na wykonaniu tylko przetoki kałowej, Po lekkim tedy odurzeniu chorej eterem poprowadzono długie na 15 ctm. cięcie skośne w oko-

licy prawego podbrzusza, a po przedostaniu się do otrzewny, przyczem cięcia nie krwawiły prawie wcale, ujrano zabarwioną mocno na kolor siny kışkę cienką i wypuszczono z jamy otrzewnej ilość pewną mętnego, cuchnącego kałem wysięku oraz gazów. Jelito ślepe i okrężnica wstępująca były zupełnie puste, wyrostek robaczkowy—nie zmieniony. Ponieważ jelito cienkie na przestrzeni 30 ctm. powyżej zastawki Bauhiniego było tak zmurszałem, że o wszyciu, resp. wytworzeniu żeń przetoki kałowej niepodobieństwem było myśleć, postanowiono zużytkować w tym celu wyżej położony odcinek kışki, lecz podczas manipulowania wewnątrz brzucha naderwano w jednym miejscu nieznacznie ścianę jelita zmartwiałą i kał dosyć obficie wylał się żeń na zewnątrz. Otwór zaszyto, poczem przekonano się w ciągu dalszym, że przyczyną zgorzeli był kamień kałowy, wielkości orzecha włoskiego, który został usunięty za pomocą nadeięcia, dokonanego żegadłem. Wytworzoną stąd rankę ściany kışkowej pozostawiono otworem, jelito chore owinięto w ciepłe, nasycone roztworem soli kompresy, przyczem litr tej ostatniej wiano chorej pod skórę. Operowana zmarła po upływie 4-eh godzin po zabiegu.

Jedno to spostrzeżenie niepomyślne mówi przez się więcej, niż wiele innych o przebiegu dobrym, a nie sprawdzonych należyćie. Jeżeli już w przypadkach niedrożności kışkowej mamy się chwytać koniecznie środków wewnętrznych, to rozumie się, nie w mechanicznej postaci cierpienia, właściwszem będzie zastowanie morfiny, wsparte dokonywanemi wytrwale przemywaniami żęładka oraz powtarzaniem kilka razy dziennie wlewaniem oliwy z rycyną przez odbyćnicę. Leczenie takie tam, gdzie rzecz cała jest zależną od porażenia ścian jelita (ileus paralyt.), może w ostateczności być skutecznem, w innych, wszelako, postaciach zamknięcia światła pomaga jedynie tylko operacya. Zważywszy nadto, że postawienie dyagnozy ścisłej w większości przypadków ilei jest wprost niemożliwym i że laparotomia próbna tak, jak się ją dziś stosuje, jest rękoczynem całkiem niewinnym, nie trudno zrozumieć, że lepiej będzie szukać w tej ostatniej oparcia pewnego, niż grać niepewnymi lekami w ślepą babkę. Zarzut, że i wyniki dotychczasowe chirurgów nie są tu zbyt świetne, nie dowodzi niczego, bo ci otrzymują klienta zbyt późno, co ciężkim jest błędem, któremu atropina nie zaradzi na pewno.

K. Niedzielski.

II. Choroby kobiet i akuszerya.

606 Dirmoser: *Hyperemesis gravidarum* (Centralblatt für Gynäk. 1901 № 40, str. 1127)

Już w roku 1897 autor, na mocy licznych spostrzeżeń, pierwszy wygłosił zdanie, że uporeczywe wymioty u ciężarnych przypisać należy samozatruciu organizmu. Na usprawiedliwienie swojego poglądu autor przytacza 3 następujące dane:

1) Obraz kliniczny u ciężko chorych: wychudnięcie, skąpa ilość moczu, żółtaczka, podwyższenie ciepłoty ciała, drganiemięśni, chwilowe omdlenia, zupełne wyleczenie lub czasowe polepszenie po należytem opróżnieniu kiszek.

2) Dane, otrzymane z dokładnego rozbioru moczu, u pewnej liczby chorych: stale wzmożona ilość indoksyłu, skatoksyłu i kwasu siarczanego; w osadzie często znajdowano elementy nerkowe.

3) Dane, znalezione przy autopsyi: nephritis, tłuszczowe lub mięsiste zwyrodnienie wątroby i śledziony.

Leczenie musi przede wszystkim polegać na należytem opróżnieniu kanału pokarmowego (płukanie żołądka, lawatywy czyszczące, laxantia) i ewentualne powstrzymanie rozwoju toksyn za pomocą środków odkażających. Jednocześnie należy systematycznie odżywiać chorą; bardzo wycieńczonym należy podawać najpierw per rectum, a potem per os.

Autor formułuje wyniki swojej pracy długoletniej w następujący sposób:

1) Wymioty uporczywe u ciężarnych powstają na drodze podrażnienia odruchowego, udzielającego się zakończeniom nerwów błędno-sympatycznych w organach płciowych wewnętrznych. Przekrwienie spowodowane przez ciążę, powiększenie się macicy, drażnienie otrzewny i jajników powodują:

2) zmiany w normalnych przejawach biochemicznych przez pośrednictwo włókien wydzielniczych i naczynioruchowych odpowiednich nerwów. Przejawy powyższe odbijają się przede wszystkim na kanale pokarmowym; powstała atonia resp. antyperystaltyka kiszek ze swej strony sprowadza:

3) niezwykle fermentacje w żołądku, procesy gnicia zwłaszcza ciał białkowych w kiszka; oprócz tego dzięki atonii kiszek zwiększa się wessanie toksyn.

4) Wymioty uporczywe mogą łatwo powstać wskutek spraw chorobowych tych organów, które wchodzą w zakres rozgałęzienia nerwów błędno-sympatycznych; podrażnienie lekkie całego systemu nerwowego (jak w histeryi) może również spowodować wymioty, lecz nie koniecznie.

5) Dopóki wpływ powyższych nerwów na sprawy chorobowe organów ośrodkowych dokładnie nie zostanie określony, musimy się zadowolnić pojęciem „usposobienia“.

6) Leczenie wymiotów uporczywych musi być skierowane przeciw substancjom trującym przemiany materii, nagromadzonym w organizmie. Należy dążyć do tego, aby przeszkodzić tworzeniu się toksyn w kanale pokarmowym i czempędzej obezwładnić już powstałe toksyny.

7) Nie należy się spieszyć z wywołaniem poronienia lub porodu przedwczesnego, dopóki powyższa terapia nie została zastosowana w całej rozciągłości:

Praca powyższa odznacza się oryginalnością i postępowaniem w etyologii i terapii wymiotów uporczywych, ciężkiej niedoli ciężarnych.

M. Warszawski.

607. L. Demelin: **Kokaina w położnictwie** (Obstétrique 1901 № 2.)

Kokaina zajmuje akuszerów z dwóch względów: 1) jako środek znieczulający i 2) jako środek pobudzający macicę do skurczów. W roku 1884 Polk po raz pierwszy w celu znieczulenia stosował 4% rozczyń kokainy przy nakładaniu szwów na szyję maciczną. Doleris (1884) badał znieczulające działanie kokainy przy porodzie. W roku 1886 Jeannel wkładał do pochwy tampony, jeden za drugim, nasiąknięte 5% rozczyń kokainy.

W roku 1887 Auvard i Secheyron przedsięwzięli nowe badania i pierwszy z nich przyszedł do przekonania, że kokainę należy stosować w okresie wydalania płodu i tylko na organy płciowe zewnętrzne (wstrzykiwania do warg dużych).

Pierwsza myśl Corning'a (w roku 1885) wywołania „analgезy chirurgicznej“ poszła prędko w zapomnienie i dopiero w roku 1898 wznowiona została przez Bier'a i udoskonaloną przez Tuffier'a (1899). Posypały się liczne prace, traktujące o wstrzykiwaniach kokainy do kanału rdzenia, jako to: Doleris'a i Malartic'a, Bumm'a i Kreiss'a, Dupaigne'a (1900).

13 Lutego Doleris pisze o własnościach bóle wywołujących kokainy; publikacja ta posłużyła za temat Budin'o wi do obszernej rozprawy.

Guéniot podaje następujące przeciwskazania do stosowania kokainy: 1) cierpienia serca i wielkich naczyń,

2) cierpienia przewlekłe dróg oddechowych,

3) cierpienia ośrodków nerwowych, a zwłaszcza nowotwory mózgowe i

4) niemożliwość przeprowadzenia wstrzykiwania sposobem aseptycznym.

Odnosnie anestezyi rdzeniowej Guéniot podaje następujące wskazania:

1) operacje akuszerskie, wymagające znieczulenia, z wyjątkiem takich, gdzie ręka musi być wprowadzona do jamy macicy.

2) silne bardzo bóle, towarzyszące zazwyczaj końcowi porodu.

3) powolne postępowanie porodu, wskutek osłabienia bólów i nieprawidłowych bólów i

4) skłonność do krwotoków.

W nowszej pracy (1901) Peclus cytuje przypadki śmiertelne, które dowodzą, że znieczulenie rdzeniowe nie jest środkiem obojętnym i zupełnie bezpiecznym.

M. Warszawski.

608. F. Lehman. **Wpływ ustalonego tyłozgięcia macicy (retroflexio uteri fixata) na ciężę, poród i połóg.** (Centr. f. Gyn. 1901, № 32 str. 930; Berlin. Klin. Wochenschr. 1901, № 21 i 22).

Rozpatrzywszy przedewszystkiem etyologię ruchowego tyłozgięcia macicy ciężarnej i przyczyny, utrudniające zajście przy ustalonym

tyłozgięciu macicy, autor analizuje objawy towarzyszące ciąży przy ustalonym tyłozgięciu macicy, objawy te są natury parametrycznej i cechują się tem, że nie ustępują pod wpływem racjonalnego leczenia, lecz przeciwnie, wzmagają się. Gdy sprawa nie dojdzie do poronienia lub do uwięźnięcia, zrosty tak się rozciągają, że nieraz udaje się wyprostować macicę, iub też, co się rzadziej zdarza, samoistna repozyycja macicy. Nie uznając hipotezy Chrobak'a o nagłej samoistnej repozyycji macicy, autor wierzy w powolną repozycję, która powstaje w ten sposób, że kąt tyłozgięcia stopniowo się zmniejsza poczem następuje powolna repozyycja macicy; skutek pomyślny w tych razach zależy przede wszystkim według zdania autora, od miejsca przyczepu jaja płodowego, a potem od jakości i miejsca zrostu. Gdy repozyycja samoistna nastąpiła, wianek staje zbyt cieżnym. Dolegliwości ciężarnych nie ustępują natychmiast po repozyycji. Bywa to wtedy, gdy cierpienia spowodowane zostały przez zrosty i blizny więzów szerokich; ostatnie, stawiając znaczny opór powiększającej się macicy, mogą wywołać bóle i poród przedwczesny. Zrosty perimetryczne sprawiają dolegliwości po przyjęciu pokarmów i przy ruchach robaczkowych kiszki.

Gdy ciąża doszła do kiszki, to zazwyczaj występują bolesne skurcze, które można usunąć za pomocą prozkwów D o w e r'a, morfiny lub chlorku. Nieprawidłowe położenie płodu należy zawczasu usunąć.

Nawet po pomyślnie zakończonym porodzie, chora nie jest wolna od niebezpieczeństwa, gdyż powstaje skłonność do chorób ewentualnie do zatkania naczyń. Gdy połóg przebiega normalnie, można w drugim tygodniu nałożyć wianek; z chwilą występowania objawów podrażnienia otrzewny, należy wianek natychmiast usunąć. Dopiero po ustąpieniu zupełnym podrażnienia otrzewny, można nanowo przystąpić do wyprostowania macicy i nałożenia wianka.

Przy ciąży w tyłozgięciu i ustalonej macicy autor zaleca wyprostowanie jej w pierw bez, a potem pod narkozą. Gdy się to nie uda autor zaleca: leżenie w łóżku w położeniu bocznem, leżenie przez czas dłuższy w położeniu łokciowo-kolanowem, leżenie na brzuchu w łóżku z krawędzią nożną uniesioną do góry, przyczem z pod górnej części tułowia należy usunąć wszelkie poduszki. Pęcherz należy opróżnić co 3 godziny. Kolację chora powinna spożyć na 3 godziny przed spoczynkiem nocnym. Pamiętać należy o wypróżnieniach prawidłowych. Gdy się uda rękę stopniowo popchnąć dno macicy ku górze, należy założyć wianek lub zatamponować tylne sklepienie resp. wprowadzić kolpeurynter. Z ostatnimi dwoma rękoczynami nie należy się zbyt spieszyc, lecz stosować je z ostrożnością.

M. Warszawski.

609. Dr. L. Huppert. Leczenie pochwy (vaginismus) za pomocą kolpeurynteru. Centralbl. f. Gyn. 1901, № 32 str. 919).

Często przytrafiające się w praktyce przypadki pochwy i uciążliwe jej leczenie za pomocą różnej grubości wzierników cylindrycz-

nych w celu rozszerzenia ujścia pochwy nasunęły autorowi myśl stosowania balonu kauczukowego (kolpeurynteru), który może być bez bólu wprowadzony do pochwy i znakomicie rozszerza ujście pochwy. Znieczuliwszy ujście pochwy za pomocą 10% roztworu kokainy, autor wprowadzał zmięty i tłuszczeniem posmarowany kolpeurynter do pochwy i stopniowo napełniał go wodą za pomocą szprycy dopóty, dopóki chora nie doznała pierwszego nieprzyjemnego uczucia. Gdy pierwsze wrażenie minęło, autor jeszcze więcej dolewał wody do kolpeurynteru i pozostawia go in situ przez pół godziny, poczem wypuściwszy płyn, z łatwością kolpeurynter z pochwy wyciągał. O postępach kuracji autor sądził z ilości wlanego płynu, którą wskazywały istniejące w szprycy działki. Autor zapewnia, że po 2—3 tygodniowej takiej kuracji wstrzykiwał naraz do 200 cmm. płynu, poczem bez bólu dla chorej mógł wprowadzić do pochwy wziernik cylindryczny grubości 3 cm. Podczas kuracji spółkowanie zostało surowo wzbronione, a po dokończonej kuracji często następowało zajście. Przy zbyt wielkiej wrażliwości srom i ujścia pochwy autor stosował okłady z wody gulardowej lub aluminis 1, plumbi acet. bas. sol. 5, aq. dest. 100, lub też pędzlowanie 3—5% roztworu lapisu.

Stosując często metodę powyższą autor osiągał w każdym przypadku rezultat pomyślny i nigdy nie uciekał się do żadnych rękoczynów chirurgicznych (nadeinania lub wycinania błony dziewiczej lub cięcia mięśnia, zwłaszcza pochwy). Prędko osiągnięte rozszerzenie sromu utorowało autorowi dostęp do szyi macicznej, której cierpienia (nadżerka, katar, rzeżączka) stały się dostępnymi dla leczenia.

M. Warszawski.

610. L. Landau. **Leczenie puchliny brzusznej.** (Med. Woch. 1901, № 1 i 2; Centralbl. f. Gyn. 1901, № 25 str. 760).

Wyczerpująco traktuje autor genezę puchliny brzusznej, która może powstać wskutek zastoju w cierpieniach serca, płuc, wątroby i nerek, lub też wolna puchlina brzuszna może być spowodowana przez podrażnienie przy pierwotnych lub wtórnych cierpieniach otrzewny, lub wreszcie przy złośliwych lub dobrotliwych guzach organów jamy brzusznej i miednicy. Autor wyprowadza następujące wnioski:

1) We wszystkich przypadkach puchliny brzusznej, w których stanowczo można wykluczyć cierpienie serca, nerek lub wątroby, należy dokonać cięcia brzuszego, jak to ma miejsce przy wszystkich wątpliwych guzach, które podrywają zdrowie i grożą śmiercią.

2) Punkcję brzuszną (w celu opróżnienia jamy brzusznej) i stosowanie narkozy w celach dyagnostycznych w przypadkach wątpliwych należy stanowczo zarzucić.

M. Warszawski.

III. Choroby weneryczne i skórne.

611. Dr. L. Stein. **Antyseptyka i aseptyka w cierpieniach dróg moczowych.** (Wien, Med. Woch. № № 19—21, 1901.)

Autor w pracy swej zaznajamia z antyseptyką resp. aseptyką przy wprowadzaniu do pęcherza cewnika lub też innych instrumentów. Przy rękoczynach tych wiedzieć winniśmy o możliwości wywołania zakażenia za pośrednictwem:

1) osobnika w owadzającego instrument.

2)—instrumentów.

3)—drogi, którą instrument odbywa, nim dojdzie do pęcherza.

Co się tyczy punktu pierwszego, to przedewszystkiem należy mieć na uwadze czystość rąk wprowadzającego. Dotychczas nie mamy sposobu na wyjałowienie rąk. Ani gorącą wodą z alkoholem, zalecaną przez Ahlfeld'a, ani też spirytusem mydlanym, wychwalanym przez Mikulicza, nie wyjałowimy rąk, lecz doprowadzimy tylko ilość znajdujących się tam zarazków do możliwego minimum. Wprowadzenie w użycie rękawiczek operacyjnych jest wielkim krokiem naprzód. W praktyce urologicznej autor radzi używać rękawiczek gumowych, które wyjaławiają się zupełnie za pomocą mydła i szczotki z następczem wygotowaniem w wodzie w ciągu 5 minut lub pozostawieniem na 10 minut w bieżącej parze wodnej lub też na 15 minut w 1⁰/₁₀₀ sublimacie. W razie niemożności użycia rękawiczek pozostaje ograniczyć się do jaknajdokładniejszego oczyszczenia rąk. Palce wprowadzającego instrument winny jaknajmniej stykać się z tymże i nie dotykać się części instrumentu, która ma wejść do próżni pęcherza. Ten ostatni warunek możliwy jest do wykonania tylko przy użyciu instrumentów twardych lub też półtwardych. W dalszym ciągu pracy autor, przechodząc do wyjaławiania instrumentów wprowadzanych do pęcherza, rozpoczyna od t. zw. elastycznych cewników i bougies. Dwie drogi prowadzą do ich wyjałowienia, a mianowicie środki przeciwnilne i wysoka temperatura. W celu odkażenia środkami przeciwnilnymi należy instrument wymyć wodą z mydłem, światło przestrzyknąć płynem antyseptycznym i następnie włożyć na pewien czas do odpowiedniego roztworu. Barlow poleca zanurzenie na 15—do 30 minut do 1⁰/₁₀₀ azotanu srebra lub 1⁰/₁₀₀ sublimatu.

Albarran radzi światło cewnika przestrzyknąć alkoholem a następnie 1⁰/₁₀₀ sublimatem; potem do roztworu tego kładzie cewnik na godzinę. W celu przekonania się, czy powyższe sposoby odkażania odpowiadają pokładanym nadziejom, przeprowadzone były odpowiednio badania. Alapy wykazał, że włożenie cewnika na 15—20 minut do 1⁰/₁₀₀ sublimatu z jednoczesnem przestrzykiwaniem światła płynem powyższym nie gwarantuje kompletnego wyjałowienia. Grosalik cewniki i bougies, po starannem ich wymyciu, kładł na 20—do 30 minut do 1⁰/₁₀₀ sublimatu i w ciągu tego czasu przestrzykiwał tym roztworem światło cewników. Pomimo to wszystko przekonywał się na odżywkach o niekompletnem wyjaławianiu in-

strumentów. Według Gros glika, cewniki i bougies elastyczne nie tylko, że nie wyjąłwiają się kompletnie w płynach antyseptycznych, lecz ulegają pękaniu i drażnią błonę śluzową cewki moczowej. Autor przeciwnie zauważył, że instrumenty elastyczne, pomimo codziennego leżenia po $1\frac{1}{2}$ godzin w 10% sublimacie, zaczynają się psuć dopiero po 5—6 tygodniach. Co się zaś tyczy drażniącego cewkę moczową działania tych instrumentów, wyjętych z płynów antyseptycznych, to zdaniem autora, łatwo uniknąć tego przez wytarcie ich wyjąłowioną gazą lub zanurzenie w wodzie wyjąłowionej. W dalszym ciągu autor przechodzi do odkażania formaliną. Według Katzenstein'a para formaliny cewniki o szerokiem świetle wyjąłwia przy ciepłocie 15° dopiero po 24 godzinach Katzenstein otrzymywał b. dobre rezultaty odkażania formaliną od czasu sporządzenia przezeń aparatu, w którym para formaliny krąży swobodnie w świetle cewników. Przy ciepłocie 80° cewniki w tym aparacie odkażają się kompletnie po 20 minutach. Autor niezbyt poleca aparat powyższy, gdyż jest zbyt skomplikowany i pozostawia na cewnikach osad formaliny. Stosuje on formalinę tylko do odkażania cystoskopów; w tym celu kładzie je na kilka godzin do naczynia, w którym tabletki trioxymetylenu, parując, wytwarzają formalinę.

W dalszym ciągu autor przechodzi do odkażania w ogniu, gwarantującego kompletnie wyjąłwienie narzędzi. Sposób ten stosowany być może tylko do instrumentów metalowych tępych (sondach i cewnikach), zrobionych notabene z jednego rodzaju metalu. Po kilkakrotnem przeprowadzeniu przez płomień wyjąłwiają się kompletnie, przyczem od ognia się nie psują, jeżeli zrobione są z dobrego materyału. Do odkażania tym sposobem nie nadają się narzędzia, złożone z kilku metali, lub też mające ostre brzegi. Dalej autor wspomina o wyjąłwianiu w gorącym suchem powietrzu, parze wodnej i wrzącej wodzie, od których to czynników narzędzia metalowe i cewniki Nelaton'a nie ulegają psuciu. Ostatnie, wprawdzie, od częstego gotowania tracą elastyczność, lecz nie stają się kruche i łamliwe. Cewniki i bougies, składające się z tkanki jedwabnej i powłoki z laku, rzadko są odporne na działanie przez czas dłuższy wody wrzącej, pod wpływem której powłoka laku staje się kruchą, nierówną i nawet zdolną do pęknięć.

Najodporniejsze z nich na działanie wody wrzącej są czarnobrunatne Mercier'a z fabryki Porgés, które autor wygotowywał 1—2 razy dziennie przez 3—5 minut aż do 5 tygodni i nie uważał w ciągu tego czasu, ażeby się psuły. Dla przyczyn powyższych, chcąc elastyczne cewniki i bougies poddać wysokiej ciepłocie, należy wybrać do tego rozgrzane powietrze lub parę wodną. Wyjąłwianie rozgrzanem powietrzem ma te strony ujemne, że zabiera dużo czasu i wymaga specjalnych aparatów, dostępnych głównie dla szpitali. Ciepłota przytem od 110° i wyżej nie jest obojętną dla trwałości instrumentów. Dlatego w wyjąłwieniu instrumentów elastycznych należy oddać pierwszeństwo parze wodnej bieżącej, która przy 100° i dostatecznie długiem działaniu jest w stanie wyjąłwić je zupełnie, nie działając ujemnie na trwałość. Najodpowiedniejszym do tego

jest przyrząd K u t t n e r'a, w którym to przyrządzie para krąży wewnątrz cienkich nawet cewników.

Według G r o s g l i k a wyjałowienie w tym sterylizatorze następuje po 7-miu minutach; przytem częste nawet odkażanie nie wpływa ujemnie na trwałość instrumentów. W dalszym ciągu pracy autor przechodzi do wyjaławiania środków, nadających instrumentom śliskość. Z najczęściej używanych do tego waseliny, gliceryny i oliwy, pierwsza nadaje największą śliskość, przytem nie drażni wcale cewki moczowej. Należy ją przed pierwszym użyciem wyjałować, a następnie, jeżeli jest w użyciu, wyjaławiać co dni kilka. W razie zetknięcia z palcami waselina musi być wyjałowioną na nowo. Wyjałowienie waseliny najpewniejsze jest za pomocą wysokiej temperatury; najdogodniej jest to uskutecznić przez wygotowanie w ciągu $\frac{1}{2}$ godziny nad ogniem lub też w wodzie. Ponieważ kompletne wyjałowienie rąk jest niemożliwe, przeto część odkażonego instrumentu zanurzyć należy w waselinie i następnie rozetrzeć ją po pozostałej powierzchni kawałkiem wyjałowionej gazy. Wata tutaj w zastępstwie gazy byłaby nieodpowiednią, gdyż włókna, łatwo pozostając na instrumencie, mogą się dostać do pęcherza i przyczynić się do wytworzenia kamieni. W niektórych przypadkach musimy się posługiwać wyjałowioną gliceryną, pomimo jej drażniącego działania na cewkę. Z powodu swej rozpuszczalności w wodzie nie da się ona niczem zastąpić przy badaniach cystoskopem, jak również wkraplaniach według G u y o n'a i U l t z m a n n'a. W dalszym ciągu autor przechodzi do dezynfekcyi drogi, którą instrument przedostaje się do pęcherza. Przedewszystkiem należy otwór zewnętrzny cewki wytrzeć 1^o/_o sublimatem, nadmanganianem potasu i t. d. Dalej należy zwrócić baczną uwagę na dezynfekcyę cewki moczowej wobec znacznej liczby znajdujących się tam normalnie nawet mikrobów i tem samem wobec niebezpieczeństwa zawleczenia ich do pęcherza. Ponieważ nie jesteśmy w stanie wyjałować kompletnie cewki moczowej, powinniśmy się starać ograniczyć do minimum znajdującą się tam liczbę zarazków. Przed każdym wprowadzeniem instrumentu do pęcherza należy przemycić cewkę wodą wyjałowioną, wyjałowionym 1^o/_o roztworem kwasu salicylowego, wyjałowionym 3^o/_o kwasem bornym i t. d.

Po wprowadzeniu zaś, w razie przypuszczenia przekrwienia w pęcherzu błony śluzowej, dokonywamy przemycia go. Z korzyścią można użyć do tego 20—30 grm. 2% roztworu lapisu z natychmiastowym wypuszczeniem. Co się tyczy wyjałowienia sprycy, to, ponieważ wewnętrzna ich powierzchnia styka się zwykle tylko z płynami aseptycznymi, wystarczającym jest wygotowywanie ich raz na tydzień.

Rozczyny, które wstrzykujemy do pęcherza w celach leczniczych, winny być wyjałowione. Przy zabiegach operacyjnych w cierpieniach moczowych wszystko, cośmy wyłuszczyli powyżej w sprawie aseptyki, winno być również pedantycznie przestrzegane i tutaj.

H. Uliński.

612. Prof. v. Zeissl. **Zapobieganie rzeżączce.** (Wien. Medic. Woch. 1901, № 8).

Od czasu odkrycia przez Neisser'a gonokoka stało się wiadomem, że zarazek ten zająć może nie tylko pewne błony śluzowe, lecz i cały organizm, jak również przedostać się może, zagrażając życiu, do ważnych nawet organów. Znamy nprz. cierpienia serca pochodzenia rzeżączkowego, cierpienia mlecza pancerzowego i t. d. Rzeżączka przyczynić się również może do niepłodności jak kobiet tak i mężczyzn. Wszelkie dotychczasowe usiłowania znalezienia sposobu prędkiego i pewnego wyleczenia trypra cewki moczowej męskiej pozostały bez skutku. Wobec niezwykłego niebezpieczeństwa, na jakie ludzkość wystawiona jest z powodu rzeżączki, pożądanem byłoby wystąpić jaknajenergiczniej przeciwko rozszerzaniu się cierpienia tego szczególnie wśród mężczyzn. Oświecanie ich co do niebezpieczeństwa, połączonego ze stosunkami płciowymi poza domenę może wpłynąć na poprawę pod względem moralnym i zdrowotnym. W celu uniknięcia zakażenia rzeżączkowego nie należy powtarzać stosunków kilkakrotnie raz po razie, jak również opóźniać umyślnie wydzielania nasienia. Zdaje się również, że u kobiet, cierpiących na rzeżączkę gonokocki rozmnażają się silniej podczas peryodu. Mycie członka i urynowanie bezpośrednio po stosunku należą również do zabiegów zapobiegawczych, aczkolwiek niezawsze pewnych. Jedynym pewnym środkiem zapobiegawczym jest kondon. Ponieważ jednak wielu nie chce nim się posługiwać ze względów moralnych lub też z powodu własności kondonu zmniejszania podrażnień płciowych przy stosunku, pożądanem byłoby mieć środek, który mógłby zabić jad, zastrzyknięty do cewki moczowej zaraz po podejrzanym stosunku. W tym celu radzono wpuszczać parę kropel 2—3% lapisu lub zastrzykiwać 1:10000 sublimatu z domieszką dwuwęglanu sodu. Zbyt silne jednak podrażnienie, wywoływane przez pierwszy środek, jak również zbyt słabe działanie gonokokobójcze środka drugiego zniewoliły do szukania czegoś odpowiedniejszego. Doświadczenia We lander'a i następnie Frank'a wykazały, że protargol jako środek zapobiegawczy jest pewny i rzadko tylko wywołuje lekie podrażnienie cewki moczowej. W tym celu zalecają oni wpuszczenie zaraz po stosunku paru kropli 20% protargolu. Frank stosuje roztwór protargolu w glicerynie, który wcale nie drażni cewki moczowej. Autor, chociaż nie uważa protargolu za pewny środek zapobiegawczy, jednak od czasu doświadczeń Frank'a zaleca umyć członka zaraz po stosunku i następnie wpuścić do cewki 3—5 kropli 20% protargol-glicerini, co w praktyce nie pociągało za sobą żadnych złych następstw.

H. Uliński

613. Dr. Bleicher. **Leczenie ostrej rzeżączki cewki moczowej.** (Wien Med. Woch. 1901, № 14.)

Dotychczas nie mamy środka lub też metody leczniczej, które mogłyby nas zadowolnić w leczeniu rzeżączki. Upoważniło to auto-

ra do ogłoszenia sposobu leczenia ostrej rzeżączki, wypróbowanego przezeń w szpitalu wojskowym w Bistritz, który to sposób stosował od 8 lat na 300 chorych. Chory w ciągu 10 dni od chwili wstąpienia do szpitala leży w łóżku i trzyma na członku pęcherz z lodem. Do wewnątrz bierze balsam kapajski w ilości 2 g. dziennie. 11 dnia, po zaprzestaniu przyjmowania balsamu, rozpoczyna szprycowanie 1⁰/₀₀ nadania manganem potasu. Wykonywa on je w ciągu następnych 14 dni, przytem w 1-szym tygodniu 3 razy, w 2-gim zaś 4 razy dziennie. W razie braku powikłań wypływ staje się w końcu tego okresu minimalny z własnością więcej kataralną. Chory wówczas przechodzi do szprycowania 4 razy dziennie według recepty.

Rp. Zinci sulfurici 1 g., Aluminis crudi 4 g., Aq. destill. 400 g. po 6—8 dniach tego szprycowania znikają ostatnie ślady rzeżączki z bardzo małemi wyjątkami. Autor zaleca płyny używane do zastrzykiwań nagrzewać za każdym razem do 25° C. i zatrzymywać je w cewce moczowej 10 minut. Szprykę dawał chorym 10 gramową. Podcząc całej kuracji chory otrzymuje pożywienie łagodne, przyczem pije dużo mleka. Z tego co wyżej widzimy, że leczenie przypadków nie skomplikowanych trwało przeciętnie 32 dni. Sposób omawiany, jak widzimy, dał autorowi w szpitalu doskonale rezultaty, w praktyce zaś prywatnej mniej się nadaje do stosowania.

H Uliński.

IV. Wiadomości terapeutyczne.

614. (jz) Impetigo vulgaris.

Hodara zaleca w tej chorobie pędzlowanie pęcherzy co drugi dzień 50% roztworem lapisu; po 2—4 przyżeganiach następuje wyzdrowienie. U niemowląt wystarcza jedno lub dwukrotne przyżeganie 2—10% roztworem lapisu i pudrowanie: Rp. Calomeli 1,0 Amyli 9,0 Mfpulv. S. przysypka. (Monat. f. prakt. Derm.).

615. (jz) Natrum cacodylicum.

Saalfeld w 50 przypadkach chorób skórnych stosował preparaty kakodylowe, podając je w dawkach po 0,025 4 razy dziennie w pigułkach lub w 5% roztworze po 10 kr. 4 razy dziennie, lub wreszcie podskórnie. 5% roztworu

1 cm. sz. Stosowanie podskórne jest według autora lepsze.

(Th. Mon. 6).

616. (jz) Obstipatio alvi.

Ziemmsen zaleca w uporczywych zaparciach stolca przepłukiwanie codzienne żołądka wodą Wiesbadeńską. Według niego następuje szybkie wzmożenie ruchów robaczkowych kiszki po każdym przepłukaniu.

(Berl. Kl. Woch. 33).

617. (jz) Typhus abdominalis.

Cavazzani i Lucchesini stosują od dawna z powodzeniem jod w durze brzuszny.

Rp. Jodi puri 0,7

Kali jodati 7,0

Aq. destill 100,0

MDS. 20 kr. do 400 grm. wody ocukrzanej na dobę.

Środek ten według nich ma obniżyć ciepłotę i skracać przebieg choroby.

(Il. Morgagni, 8).

618. (jz) **Tussis.**

Jako środek symptomatyczny przeciw kaszlowi S ä n g e r zaleca *mentol* dla inhalacji. W tym celu ogrzewa nad lampą w łyżce kilka kryształków i daje chorym do wdychania, można również w tym celu rozetrzeć 40—50% roztwór na rękę i dać choremu do wdychania, w tym celu zaleca też i użycie maski do chloroformu.

(Ther. Mon. 7).

619. (jz) **Ulcus cruris.**

R a n k zaleca opatrywanie wrzo-

dów goleni następującą maścią:

Rp. Camph. trit. 0,3

Olei olivar. 2,0

Liqu. plumbi acet. 2,0

Ugt. Hydr. praec. albi 36,0

M. funguent.

620. (jz) **Zębów bóle.**

Zębów ból uśmierza według Gaz. Hebd. de méd. następująca mieszanka:

Rp. Chinini sulfurici gutt. 0,12,

Acidi bromhydrici XV

Trae gelsemii gt. XV

Sirupi simpl. 15,0

Aqu. destil. 30,0

MDS.

V. Notatki bibliograficzne.

—z— Browiez. O pochodzeniu substancji skrobiowatej (Nakł. Akad. Ujętn. 1901.)

Autor streszczając na wstępie dotychczasowe na daną kwestyę poglądy na zasadzie badań własnych dochodzi do wniosku że „skrobiowica“ jest nacieczeniem tkanek skrobiowato zwyródnionemi czerw. ciałkami krwi powstałym skutkiem wynacynień. Substancya hyalinowa pochodzi również od cz. ciałek krwi. — Broszurę uzupełniają 3 chromolitografowane tablice.

—s— Dr. Jessner. Dermatologische Vorträge. Die ambulante Behandlung der Unterschenkelgeschwüre. Würzburg A. Stuber 1901.

Jest to siódmy w kolei zeszyt z szeregu wydawanych przez dra Jessnera odczytów. Dotąd wyszły: wypadanie włosów, acne, patologia i terapia swędzenia, leczenie wewnętrzne w chorobach skóry, działanie mydła.

W każdym z tych odczytów autor w krótkości zapoznaje czytelnika z obecnym stanem danej kwestyi. W zeszycie, który mamy przed sobą, autor po krótkim opisie pochodzenia wrzodów goleni i rozpatrzeniu metod leczenia tego crux medicorum podaje swój sposób opatrywania za pomocą bandaża trykotowego, który to sposób dał mu 90% wyzdrowień.

—z— Dr. H. Strauss (Berlin). Grundsätze der Diätbehandlung Magenkranken. Würzburg A. Stuber 1901. Würzburger Abhandlungen T. I. Z. XII.

W niezmiernie doniosłej dla leczenia chorych na żołądek kwestyi zabierało głos już wielu klinicystów. W języku polskim posiadamy wyborną kuchnię dyetetyczną J a w o r s k i e g o, do której autor między

innymi odsyła po bliższe informacje. W broszurze wymienionej w nagłówku autor rozpatruje wskazania ogólne i specjalne w poszczególnych chorobach żołądka, streszczając dotychczasowe wyniki, otrzymane przez innych oraz przez siebie. Rzecz napisana wyczerpująco i nadaje się dla lekarzy praktyków.

—z— Dr. Labonne. **Jak uchronić się od chorób serca?** Przekład dr. J. Bartoszewicza.

H. Quensel. **Jak można zapobiegać suchotom płucnym?** Przekład D-ra Bartoszewicza. Nakład A. A. Dubowskiego. Warsz. 1902. Cena kop. 20. W broszurkach tanich, wymienionych powyżej, prócz wiadomości z anatomii i fizjologii umieszczono krótkie wskazówki postępowania higienicznego w chorobach serca i suchotach płucnych.

Obie napisane są zrozumiale dla ogółu i zasługują na rozpoznanie.

V. Z towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z d. 8 Października 1901 r.

1) Kozerski przedstawia 20-letnią dziewczynę z nadzwyczaj rzadkiem cierpieniem skóry. W 9-ym roku życia zjawił się na skórze pacjentki pierwszy pęcherz; w przeciągu 11 lat jedne pęcherze powstawały, stare się goiły—i tak sprawa trwa aż do chwili obecnej. Przeważnie na obwodowych częściach kończyn skóra ma barwę wiśniowo-siłą, jest bliznowato-zwyrodniałą i pokrytą przez wiotkie pęcherze, napelnione płynem surowicznym, ropnym lub krwawym, lub też w postaci strupów przyschłe. Niekiedy pęcherze owe zjawiają się również i wśród skóry normalnej na szyi, tułowiu, ramionach i udach. Skóra na rękach jest w stanie silnie posuniętego zaniku, na stopach widać mniej więcej to samo, tylko w słabszym stopniu; paznokci u rąk i nóg brak zupełny. Jest to nadzwyczaj rzadko spostrzegana postać chorobowa, znana p. n. „Epidermolysis bullosa hereditaria c. atrophica consecutiva“, opisana pierwszy raz w Niemczech przez G old s c h e i d e r a. Z 9-ga rodzeństwa przedstawionej chorej 10-letnia jej siostra cierpi na tę samą chorobę, wykazując powyższe objawy w stopniu jeszcze silniejszym. Rodzice obu dziewcząt nigdy podobnemu cierpieniu nie ulegali.

2) E n d e l m a n Z. przedstawia dwie kobiety, u których dokonane zostało przez kol. J u r o w s k i e g o cięcie cesarskie sposobem F r i t s c h a. Pierwszy przypadek dotyczył 28-letniej kobiety, która przedtem przechodziła już trzy porody: pierwszy zakończony był wymóżdżeniem, a dwa ostatnie obrotem i ekstrakcją martwego płodu. Przy badaniu znalaziono, co następuje: 1-e położenie potylicowe, główka ruchoma nad wejściem do miednicy, ankylosis lewego stawu biodrowego (chora w 10-ym roku życia przechodziła zapalenie tego stawu). Wymiary miednicy: dist. spinarum = 25 ctm., dist. cristarum = 26

ctm., conjug. exter. = $17\frac{1}{2}$ ctm. Badanie wewnętrzne wykazało, że okolica lewej panewki biodrowej wtłoczona jest do jamy miednicy, wskutek czego nastąpiło znaczne zwięźenie w prawym ukośnym wymiarze. Szyjka maciczna nie wygładzona; ujście otwarte na 3 palce; pęcherz zachowany.

Następnego dnia wieczorem przy ujściu rozwartem na 5 palców kol. Jurowski po zachloroformowaniu chorej i wstrzyknięciu 0,3 ergotyny pod skórę przystąpił do cięcia cesarskiego: cięcie powłok brzusznych długości około 14 ctm. Wydobycie macicy na zewnątrz, cięcie poprzeczne na dnie macicznem pomiędzy ujściami jajowodów; przebicie pęcherza płodowego, wydobycie za nóżki żywego płodu płci żeńskiej długości 50 ctm., wagi 3200 grm. Po podwiązaniu pepowiny, oddzieleniu łożyska i błon płodowych cięcie maciczne zaszyto szwem jedwabnym dwupiętrowym; zaś po wprowadzeniu macicy do jamy brzusznej zeszyto ranę brzucha szwem dwurzędowym. Okres połogowy normalny. 9-go dnia zdjęto szwy brzuszne: na całej przestrzeni — prima intentio.

Drugi przypadek dotyczył również 28-letniej kobiety, która przedtem rodziła 4 razy, za każdym razem bardzo ciężko. Wobec tego, że w przeciągu 24-ch godzin ujście rozwarło się tylko na $2\frac{1}{2}$ palca, nie było nadziei wydobycia dziecka drogą naturalną, a ponieważ chora domagała się koniecznie żywego dziecka, więc zaproponowano jej cięcie cesarskie, na które chętnie się zgodziła. Operacji dokonano tą samą metodą, co i w pierwszym przypadku i wydobyto również żywy, zdrowy płód, płci żeńskiej. Matka i dziecko czują się obecnie wysmienicie.

3) Neugebauer demonstrował preparat ogromnego włókniaka szyjki macicznej (1100 gramów wagi), usuniętego wraz z macicą u 36-letniej kobiety, dotkniętej silną anemią wskutek krwotoków macicznych, powtarzających się często od kilku lat. Przypadek ten z kilku względów zasługuje na uwagę. Po 1-e guz takiej wielkości rzadko napotyka się w szyjce macicznej; po 2-e guz, który zazwyczaj bywa kulistym, w danym przypadku był jakby zlany z kilku kulistych guzów, chociaż mimo to tworzył jednolitą całość; po 3-e zaś, co najważniejsza, guz ten udało się usunąć przez światło pochwy pomimo jego wielkości, a nie trzeba było uciekać się do cięcia brzuszego. Operację ułatwiło mianowicie w stopniu znakomitym użycie francuzkiego przyrządu w postaci grajcarka, wkręcanego w miąższ samego guza. Przy pomocy tego przyrządu ściągano guz ku dołowi i wycinano z niego części w postaci klinów, póki nie usunięto całego; miał on w największym wymiarze podłużnym 19 ctm., a objętości 36 ctm. Następnie ściągnięto przy pomocy zębatych kleszczy macicę ku dołowi i usunięto ją również w całości, pozostawiając tylko ze względu na wiek chorej jeden jajnik z jajowodem. Przebieg pooperacyjny był najzupełniej pomyślny. Gdyby operacji tej dokonano przy pomocy cięcia brzuszego, to byłaby ona związana z większymi trudnościami technicznymi (wobec siedziby guza w głębi małej miednicy) i z większym niebezpieczeństwem, gdyż obecność ropy w kanale szyjki macicznej łatwiej sprowadzić by mogła zakażenie otrzewny.

4) Bronowski Szczęsny przedstawił dwie chore, jako „Przyczynę do względnej uleczalności gruźlicy u dzieci przed okresem rozpoczynającego się rozwoju płciowego“.

Dwie dziewczynki, lat 11 i 12, leczyły się mniej więcej w przeciągu 6-u miesięcy na oddziale wewnętrznym szpitala praskiego. Obie zapisały się na oddział z objawami ciężkiej gruźlicy ogólnej: gruźlicy płuc, kiszek, gruczołów chłonnych, uszu, z ciepłotą ciała wysoką (39°—40° C.), przy ogólnym osłabieniu i wyniszczeniu organizmu i bieguncie. U jednej chorej były nawet wyraźne objawy jamy w prawym płucu. Po paru miesiącach ciężkiej walki z życiem, chore zaczęły się poprawiać: ciepłota zaczęła nieco opadać, biegunka się zmniejszać i t. d. Jednocześnie apetyt się poprawił i chore powracały powoli do zdrowia. W lipcu, t. j. po 6 miesiącach pobytu w szpitalu wypisały się obie małe w stanie bezgorączkowym, bez objawów jamy w płucach, bez biegunki, ze znacznie zmniejszonymi gruczołami chłonnymi, z przybytkiem na wadze, w płwocinie u jednej z nich nie wykrywano już wtedy wcale laseczników Kocha, a u drugiej ilość ich bardzo znacznie się zmniejszyła. Objawy stwardnienia w górnych odcinkach płuc pozostały. Pomyślnie te wyniki przypisać należy, według prelegenta odporności młodych ustrojów przy współdziałaniu dobrego pożywienia i względnie dobrego powietrza.

Autor, rozpatrując szczegóły warunków odporności przeciw gruźlicy u dzieci przed okresem rozpoczynającego się rozwoju płciowego, zwraca uwagę głównie na: 1) odżywianie u dzieci i 2) na przemianę materii. Co się tyczy odżywiania, to wobec pewnych, przytoczonych przez prelegenta warunków anatomicznych ustroju dziecięcego wogóle i kanału pokarmowego w szczególności, wchłanianie pokarmów odbywa się u dzieci znacznie lepiej i zdolność ich przyswajania jest znacznie większą, niż u dorosłych. Co zaś do przemiany materii, to prelegent zaznacza, że u dzieci prawe serce jest zawsze większe i do okresu dojrzewania płciowego tętnica płucna z jej rozgałęzieniami jest również szerszą, niż u ludzi dorosłych, wobec czego krew do płuc przyływa w większej ilości, pochłanianie tlenu i wydalanie kwasu węglanego odbywa się lepiej, niż u dorosłych. Dalej, dzienna ilość moczu u dzieci jest większą (badania wykazały, że praca nerek dziecięcych jest $1\frac{3}{4}$ raza większą, niż u dorosłych. Z tego wszystkiego wynika, że przemiana materii u dzieci odbywa się daleko szybciej, niż u ludzi dorosłych. Wzmoczona przemiana materii u dzieci posiada jeszcze tą zasadniczą cechę, że przychód zawsze jest większy od rozchodu wobec tego, że część rozchodów iść musi na wzrost organizmu.

Na podstawie tych danych o odżywianiu i przemianie materii u dzieci autor przypuszcza, że silniejsza zdolność przyswajania pokarmów podnosi odporność ustroju dziecięcego, a szybsza przemiana materii pozwala mu prędzej pozbyć się obcych pierwiastków i sprzyja odnowieniu tkanek. Poza tem istnieje jeszcze u dzieci większa odporność na podniesioną ciepłotę i większa siła zapasowa prawego serca. Wogóle, w dzieciństwie do rozwoju płciowego rozchody ustroju są znacznie mniejsze na pracę fizyczną (dziecko w tym okresie żyje przeważnie życiem roślinnym: je, pije, bawi się) i psychiczną, niż póź-

niej, kiedy rozpoczyna się nauka, rozwój płciowy i t. d., ma też dziecko więcej sił i na walkę z gruźlicą, niż ludzie dorośli. Bezasadnie więc wydaje się autorowi twierdzenie, że gruźlica u dzieci jest niebezpieczniejsza, niż u dorosłych: są one bardziej wrażliwe na zarazek, ale w wieku przed rozpoczynającym się rozwojem płciowym bardziej odporne niż ludzie dorośli.

W dyskusyi wzięli udział: B i r o, wiceprezes, prof. B a r a n o w s k i, R z ę t k o w s k i, Ż u r a k o w s k i A. i prezes.

B i r o zapytuje prelegenta, jak pogodzić wnioski jego z tym niezaprzeczonym faktem, że śmiertelność wśród dzieci jest tak ogromna że całe grupy chorobowe właściwe są tylko ustrojowi dziecięcemu, który, według prelegenta, jest o tyle na zarazki odporniejszym od dorosłego.

Wiceprezes w odpowiedzi B i r z e zaznacza, że organizm dziecka może właśnie posiadać odporność przeciw zarazkom chorobotwórczym po przebyciu wielu chorób.

Prof. B a r a n o w s k i na ogół zgadza się z mówcą. Leczenie gruźlicy powinno właściwie polegać na dostarczeniu środków, zwiększających odporność organizmu dziecięcego, co najlepsze odnosi skutki w tych zwłaszcza przypadkach, kiedy organizm z bardzo nieprzyjanych warunków przechodzi choć w nieco lepsze. Co do przypadków, przedstawionych przez prelegenta, to być może odbywają się tam równolegle dwie sprawy: pneumonia catarrhalis, tak częsta u dzieci, i swoista sprawa gruźlicza. Być może, że pierwsza sprawa ustąpiła, druga zaś trwa dalej, choć w stopniu znacznie słabszym. W każdym razie przypadki te świadczą o tem, że gruźlicę w szpitalu leczyć można, a rozwój szpitalnictwa umożliwi to jeszcze w stopniu wyższym.

R z ę t k o w s k i zaznacza, że przebieg gruźlicy dziecinnej jest łagodniejszy. Bywa ona śmiertelną tylko wtedy, kiedy zaatakowane są opony mózgowie; natomiast zwykle dotyczy ona narządów mniej ważnych dla życia ustroju.

P o l i k i e r zwraca uwagę, że odpowiednia statystyka przyczyniła by się do wyświeatlenia sprawy.

Ż u r a k o w s k i A. zaznacza, że za mniejszą wrażliwością ustroju dziecięcego na zarazek gruźlicy przemawia również i ten fakt, że umiejscawia się ona zwykle u dzieci w gruczołach chłonnych, narządach obronczych organizmu.

Wiceprezes zwraca uwagę, że chodzi tu o nomenklaturę: pod wrażliwością należy rozumieć łatwość wtargnięcia do organizmu zarazków, a pod odpornością—zdolność do walki z nimi.

P r e z e s zwraca uwagę na to, że w statystyce, dotyczącej tej sprawy, należało by koniecznie odpowiedzieć na pytanie, ile osób w danej ludności należy jednocześnie do danej kategorii wiekowej; badanie zaś, ile osób w danej kategorii wiekowej umiera na daną chorobę, nie ma znaczenia poważniejszego.

B r o n o w s k i w odpowiedzi zaznacza, że możliwą była w jego dwu przypadkach przymieszka zapalenia płuc kataralnego, jak to przypuszcza prof. B a r a n o w s k i, nie ulegało jednak najmniejszej wątpliwości, że chore dotknięte były gruźlicą. Statystyki odpowiedniej-

szej prelegent nigdzie znaleźć nie mógł. W walce ustrojów dziecięcych z gruźlicą są plusy i minusy. B. mówił tylko o pierwszych, a mianowicie o zwiększonej przemianie materji.

M. Bornstein.

VI. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“.

0 potrzebie biura informacyjnego o wakujących miejscach i posadach dla lekarzy.

Wiele się u nas mówi o niechęci lekarzy do wyjazdu na prowincję, o skupianiu się ich w większych miastach i t. d. Składa się na to przyczyn wiele, a bodaj jedną z najważniejszych jest brak informacji o wakujących miejscach.

Obecnie, gdy w danej miejscowości potrzebny jest lekarz, zajmuje się tą sprawą aptekarz miejscowy i zwraca się do swoich znajomych warszawskich, albo też podaje ogłoszenia w pismach. Otóż, zazwyczaj dzieje się tak, że wiadomość o wakującym miejscu nie dochodzi do tych, którzy pragnęliby wyjechać. Pozatem ogłoszenia takie są zwykle tak lakonicznie, że kandydat na posadę nie może sobie stworzyć najmniejszego pojęcia o warunkach pracy i widokach powodzenia dla siebie. Z drugiej strony lekarze, pragnący wyjechać na prowincję, dowiadują się o wakujących miejscach przez swoich znajomych lub też zwracają się do ustosunkowanych starszych kolegów. Rzecz prosta, o lekarzach, którzy chcieliby wyjechać na prowincję, nikt nie wie i ci, którzy lekarza poszukują, trafić do nich nie mogą.

Wiem o takich wypadkach, że właściciele aptek przyjeżdżali osobiście do Warszawy, jako delegaci od danej miejscowości, aby zaprosić jakiego lekarza i chodzili od szpitala do szpitala, zaczepiając napotykanego lekarza. Zazwyczaj kończyło się na tem, że wyjeżdżali, nic nie wskórawszy. Należałoby koniecznie zorganizować biuro informacyjne, do którego zgłaszałiby się poszukujący lekarza i lekarze pragnący wyjechać. Biuro takie powinno przyjmować oferty od zgłaszających się podług pewnego szematu. Oferta powinna zawierać możliwie najobszerniejsze informacje.

Zdaje mi się, że najwłaściwiej byłoby, aby biuro informacyjne znajdowało się przy Warszawskiej Kasie Pożyczkowo-Oszczędnościowej Lekarzy. Biuro Kasy jest otwarte codziennie, możnaby więc w godzinach biurowych przyjmować oferty zarówno od lekarzy, poszukujących miejsca na wyjazd, jak i od poszukujących lekarza. Roboty dla biura nie byłoby wiele z temi ofertami, wydatków również, co najwyżej wypadłoby może sprawić jakiś kajet do zapisywania ofert, albo też wydrukować blankiety ofert dla zgłaszających się. Te minimalne koszty, które pociągnęłoby przyłączenie czynności biura informacyjnego do biura kasy, chętnie pokryliby zainteresowani.

Zwracam się więc niniejszem do Zarządu Kasy z prośbą, by Zarząd zajął się tą sprawą i by ogłosił we wszystkich pismach, że kasa pożyczkowo-oszczędnościowa lekarzy podejmuje się pośrednictwa pomiędzy lekarzami, poszukującymi miejsca na wyjazd, a osobami czy instytucjami zainteresowanymi. Jeszcze raz jednak powtarzam, że biuro informacyjne powinno przyjmować oferty możliwie wyczerpujące, najlepiej podług jakiegoś wzoru.

Proponowałbym następujące szematy dla ofert:

I Oferta lekarza:

- 1-0 Imię, nazwisko, wiek, wyznanie, kawaler czy żonaty
- 2-0 adres dokładny
- 3-0 rok otrzymania dyplomu.
- 4-0 gdzie pracował po otrzymaniu dyplomu.
- 5-0 specjalność.
- 6-0 wymagania.

II Oferta poszukującego lekarza:

- 1-0 nazwa miejscowości, gubernia, powiat.
- 2-0 odległość od kolei, poczty, telegrafu, apteki, kościoła, miasta powiatowego, gubernialnego.
- 3-0 ilość mieszkańców danej miejscowości oraz najbliższych gmin.
- 4-0 nazwisko lekarza, który był poprzednio i powód dla którego miejscowość opuścił. Nazwiska lekarzy, którzy obecnie praktykują w tej miejscowości.
- 5-0 Najbliższe miasta i osady, w których mieszkają lekarze.
- 6-0 Pénswa lekarza i warunki pracy.
- 7-0 Informacye dodatkowe (poblizkie fabryki, obywatelstwo i t. d.)

Nie wątpię, że Zarząd Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej Lekarzy zorganizuje takie biuro informacyjne, gdyż jest to sprawa wielkiej doniosłości dla ogółu lekarzy. Gdyby jednak Zarząd kasy z jakichkolwiek powodów nie mógł, czy nie chciał zająć się tą sprawą, może podjęłaby się tego redakcyja któregokolwiek z warszawskich pism lekarskich.

D-r. Klemens Łazarowicz.

Przyp. red. Umieszczamy artykuł powyższy w niezmiernie ważnej kwestyi w tym celu, aby wywołać dyskusyę nie nad samą sprawą, którą już kilkakrotnie poruszaliśmy, ale nad formą ofert, podanych przez kol. Łazarowicza. Nie wątpimy, że kasa lekarzy podejmie tę sprawę i ureguluje ją ostatecznie.

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 15 Listopada 1901 r.

—z— Zaznaczyliśmy już na tem miejscu powstanie nowego pisma dla felczerów i akuszerok: „Przeglądu felczerskiego“. Jak każ-

de pismo polskie, witaliśmy nowego towarzysza pracy, tembardziej, że wziął sobie za zadanie niesienie światła w dużą rzeszę felczerów i akuserek. Zadanie to tak wielkie, że, zdawało by się, może wypełnić całkowicie program z korzyścią dla czytelników. Zdawało nam się, że prócz omawiania kwestyj zawodowych będą tu na miejscu artykuły, popularyzujące higienę ogólną i specjalną, zasady antyseptyki, pomoc w nagłych przypadkach i t. p. Zadaniu temu odpowiada *Przeгляд* w artykułach już wydrukowanych, jak *aseptyka* i *antyseptyka*, *szczepienie ochronne krowianki*, *zapalenie ropne oczu u noworodków*, *pielęgowanie chorych* i kilka innych; z przyjemnością widzieliśmy te prace w piśmie przeznaczonem dla felczerów i akuserek; z największem natomiast zdziwieniem przeczytaliśmy artykuły przez felczerów pisane „o leczeniu czarnej krosty“, „ulcus cruris jako objaw przymiotu“ „miejscowy upust krwi za pomocą przystawienia 50 pija-wek“... Zdziwienie to było tem większe, że jako redaktor podpisuje to pismo lekarz dr. Radziszewski. Komu i w jakim celu mają się przydać te artykuły, będące nieudolnemi i bezkrytycznemi notatkami felczerów, którzy nawet przyznają się, że leczą, czego im prawo zabrania surowo, czy felczerom innym, aby leczyli czarną krostę np. jakąś podejrzaną mieszkanką zamiast zalecić choremu natychmiastową kurację u lekarza w tej groźnej dla chorego i otoczenia chorobie, czy aby ich upoważnić do leczenia innych chorób i pozwolić im powoływać się na powagę pisma—nie wiem,—wiem wszakże, że lekarzowi stojącemu u steru pisma *nie wolno* umieszczać bezkrytycznych artykułów ani zachęcać do nich felczerów.

Mamy nadzieję, że był to błąd mimowolny ze strony redakcyi, którego w interesie ogółu i pisma unikać nadal zechce i dlatego zwracamy na fakt ten uwagę kol. Radziszewskiego; dział z praktyki felczerskiej może zawierać tylko dane z pielęgniarstwa, w żadnym zaś razie artykułów o leczeniu przez felczerów i w stawianiu przez nich „rozpoznania“(!?) mieć nie powinien.

— Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego, mimo uznania wielkich niezaprzeczonych zasług profesora Virchowa dla nauki i ludzkości, nie wziął żadnego udziału w obchodzie 80 rocznicy jego urodzin niedawno w Berlinie odbytych, a to z przyczyny, iż Virchow zamianowany doktorem honorowym Uniwersytetu Jagiellońskiego przy sposobności zeszlórocznego jubileuszu nie odpowiedział ani słowem na ten zaszczyt. Wobec tego uderza w tej mierze brak solidarności ze strony lwowskiego wydziału lekarskiego, który na uroczystość jubileuszową Virchowa wysłał telegram. Nie zaszkodzi przy tem nadmienić, iż prof. Virchow przyjeżdżał do Krakowa kilka razy dla zwiedzenia jego zbiorów za naukowych, widoczną jest przeto rzeczą, iż uważał nas Polaków za stojących na wyżynie umiejętności.

Jakie oryginalne o nauce i sztuce lekarskiej u ludzi nawet wykształconych panują pojęcia dowodem, iż sejm górno-austryacki uchwalił, mimo rozsądnych głosów przeciwnych, poprzeć podanie 44 gmin wiejskich o dozwolenie dwom włościanom, mającym niby znakomicie leczyć złamania kości i zwichnięcia stawów(!) praktykilekarskiej Niema wątpliwości, że rząd austriacki zajmie się tą kwestyją z rozważą na praktykę lekarską samoukom nie pozwoli.

Taksa lekarska obowiązująca w Niemczech od roku 1897 w kwestyach spornych: 139. Za zbadanie ciężarnej rodzącej lub też za baanie ginekologiczne 2—10 Mrk. 140. Za obserwację porodu normalnego 10—40 Mrk. 141. Za obserwację porodu bliźniąt 15—60 Mrk. 142. Za obserwację porodu, trwającego dłużej niż 2 godziny, za każde następne 1/2 godziny dolicza się 1.50—3 Mrk. 143. Sztuczne porody: a) Ekstrakcja ręczna 15—50 Mrk. b) obrót wewnętrzny lub kleszcze 15—100 Mrk. c) obrót, ekstrakcja i do tego kleszcze lub też wymóżdżenie lub rozkawalenie lub symfyzeotomia 30—150 Mrk. d) przy łożysku poprzedzającym oprócz tego dolicza się 10 — 50 Mrk. 144. Obserwacja poronienia 6 — 50 Mrk. 145. Wywołanie porodu przedwczesnego lub poronienia 10 — 50 Mrk. 146. Cięcie cesarskie na żywej 50 — 500 Mrk. 147. Cięcie cesarskie na zmarłej 20 — 50 148. Wyjęcie łożyska bez rozwiązania 10—20 Mrk. 149. Leczenie krwotoku poporodowego bez rozwiązania 10—100 Mrk. 150 Zaszycie krocza świeżo pękniętego 5—20 Mrk. 151. Zaszycie krocza dawno pękniętego 20—200 Mrk. 152. Zaszycie krocza pękniętego do światła kiszki 30—100 Mrk. 153. Operacja przetok wszelakich 30—500 Mrk. 154. Przyżeganie szyi lub jamy macicy, przepłukanie macicy lub skaryfikacja zapomocą wziernika 3—10 Mrk. 155. Założenie wianka 2—20 Mrk. 156. Repozycja macicy wynicowanej 10—100 Mrk. 157. Tępe rozszerzenie szyi macicznej 3—20 Mrk. 158 Krwawe rozszerzenie szyi macicznej 5—50 Mrk. 159 Operacja Emmet'a 20—50 Mrk. 160. Wyskrobanie macicy 10—100 Mrk. 161. Częściowe wyluszczenie macicy 20—100 Mrk. 162. Całkowite wyluszczenie macicy 50—500 Mrk. 163. Zbadanie mamki 3—10 Mrk.

Z M A R L I.

W Stryju dr. Antoni Gryf Papięski w wieku lat 57.

W Końskich (gub. Radomskiej) w wieku lat 33 Dr. C z e s ł a w Węgięski lek. powiatu, b. lekarz dyżurny Pogotowia ratunkowego w Warszawie. Zmarły śród kolegów wstawił pamięć zacnego człowieka. Padł ofiarą suchot płucnych.

Feliks Czerwiakowski, doktor medycyny, syn znane go botanika: autora dzieł botanicznych oraz profesora Uniwersytetu Jagiellońskiego, Ignacego Rafała, również doktora medycyny, a wnuk także Ignacego Rafała, który jako profesor anatomii w Krakowie pierwszy za czasów Stanisława Augusta odważył się na zrobienie jawne sekcji anatomicznej, lekarz niegdyś z powodzeniem w Gleichenbergu w Styryi praktykujący, zmarł po długiej chorobie nerwowej w Krakowie, licząc lat 57, w dniu 11 Października r. b.

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

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