

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z klin. chirurg. wydz. Uniwersytetu Warszawskiego.

I. Amputacya międzyłopatkowo-piersiowa.

(amputatio interscapulo-thoracica).

Napisał

Kazimierz Niedzielski.

(*Dokończenie*).

Wobec natury i stosunków nowotworu do tkanek okalających konieczność dokonania amputationis interscapulo-thoracicae była widoczną. Operacyi tej w d. 27 stycznia 1903 r. dokonał prof. Kuzniecowa przy współdziałaniu d-rów: Niedzielskiego, Przyrembla i Puryca. Po zachloroformowaniu chorego, poprowadzono cięcie wzdłuż przedniej powierzchni obojczyka w odległości dwóch palców od brzegu zewnętrznego m. zginacza głowy. Z obojczyka zesunięto okostną i wyrezekowano za pomocą piłki Gigli-Mikulicza środkową trzecią część kości. Zgłębnikiem Kocher'a uniesiono ku górze mięsień podobojczykowy, poczem wycięto tenże nożyczkami. Dalej, podwiązano tętnice poprzeczne szyi i łopatki oraz wyosobniono żyłę podobojczykową, która rytmicznie opróżniała się i znów pęczniała od krwi, zależnie od ruchów oddechowych. Pod żyłę tę przeciągnięto i zawiązano w odległości centymetrowej dwie podwiązki, poczem żyłę w środku rozcięto nożyczkami. Odszukanie tętnicy nie było ła-

twem, gdyż ta ostatnia zepchniętą została na dół w kierunku do żebra pierwszego. Ostatecznie i to naczynie podwiązano, jak żyłę. Skończywszy z podwiązywaniem naczyń, od środka incyzji pierwotnej poprowadzono cięcie wzdłuż brózdki Morenheim'a, przez ścianę przednią dołu pachowego, ten ostatni okolono z kolei, doprowadzając cięcie do brzegu zewnętrznego łopatki i potem do kąta tejże. Rozkrawano stale *skórę, tkankę podskórną i powięź. Za pomocą sondy Kocher'a przedostano się pod wielki mięsień piersiowy, ośrodkową część mięśnia pochwycono w klamp Collin'a i przecięto. W niejakiem odległości od wyrostka kruczego rozszczepiono mały mięsień piersiowy, ujęto w pincety tętnicę i żyłę barkopiersiową, gałązki mięsne, wreszcie tętnicę piersiową długą. Uniosłszy palcami splot ramieniowy, przecięto nerwy nożyczkami. Od końca zewnętrznego incyzji pierwotnej poprowadzono cięcie do kąta łopatki, płat oddzielono i odciągnięto ku tyłowi i wewnątrz, z szybkością wielką pochwycono w pincety i odseparowano od brzegu łopatki mięśnie jej tylne i górne (mm. zębaty, skośnoczworoboczny, kapturowy, unoszący łopatkę i łopatkognykowy). Górną tętnicę łopatkową oraz liczne broczące naczynia mięśniowe tętnicze i żyłne zaciśnięto kleszczykami również szybko. Operacja właściwa nie trwała dłużej, niż godzinę, lecz sumienne powstrzymanie krwawienia (nałożono 100 niemal ligatur) zajęło sporo czasu. Po zaokrągleniu końca przepiłowanego obojczyka, przystąpiono do zespolenia brzegów rany zewnętrznej, ku czemu wypadło odseparować płat przedni od mięśni piersiowych. Wykonano, wreszcie, dwa przecięcia: u podstawy płatu przedniego i tylnego; ranę, po nałożeniu szwów, zaopatrzono w dren szklanny, do części jej środkowej założono gazę, dla uniknięcia wstrząsu wiano choremu 500,0 roztworu fizyologicznego soli kuchennej, w końcu opatrzono ranę operacyjną, jak zwykle.

Po obejrzeniu otrzymanego drogą operacji preparatu, przekonano się (guz z łopatką i częścią obojczyka), że mało zmieniona główka kości ramieniowej tworzyła niby jądro no-

wotworu, którego torebka nigdzie nie była otwartą podczas zabiegu. Ostatnią tę okoliczność uważać musimy dla chorego za bardzo korzystną.

Przebieg gojenia się był nader pomyślny; operowany raz tylko, nazajutrz po zabiegu, miał niewielkie, stosunkowo, podwyższenie ciepłoty ($38,6^{\circ}$) przy tętnie 120. Po zmianie opatrunku i usunięciu nagromadzonej w ranie surowicy gorączka ustąpiła na stałe, dnia czwartego wyjęto dren, szóstego szwy zdjęto, wreszcie, po upływie dni dziewiętnastu (15-go lutego) stwierdzono zagojenie doszczętne drogą rychłozrostu na całej przestrzeni z wyjątkiem górnego odcinkarany, gdzie, skutkiem zbytniego napięcia szwu, powstało ropienie, nader nieznaczne. I to jednak miejsce, po kilkakrotnem zastosowaniu przyżegań jodyną, zabliziło się wkrótce, poczem operowany wypisał się z kliniki zdrów zupełnie. Do chwili obecnej, sądząc z otrzymywanych wiadomości listownych, osobnik ów cieszy się wybornym stanem zdrowia (sześć miesięcy po operacji), bliźnę ma dobrą i mocną, o jakichkolwiekby objawach nawrotu nie słycać zupełnie.

Typową dla mięsaka budowę nowotworu stwierdzono tu na licznych, dokonanych zeń, skrawkach pod drobnowidzem.

Wnioski ogólne.

Przytoczone powyżej i zaczerpnięte z piśmiennictwa międzynarodowego fakty, jak również własne spostrzeżenia moje, upoważniają, jak miemam, do wysnucia wniosków niejakich w sprawie wartości, będącej w mowie, metody operacyjnej. Wnioski te streściłbym w sposób mniej więcej następujący:

1) Amputacja międzyłopatkowo-piersiowa nie jest bynajmniej zabiegiem dla życia groźnym.

2) Według obliczeń statystycznych, w 33% przypadków otrzymano wyzdrowienie, w 96% — przedłużenie życia.

3) Chory znosi rękoczyn ten lepiej, niż operację w dwa tempa, a różnica co do stopnia kalectwa nie jest znaczną.

- 4) Operacya wtórna daje prognozę gorszą, recydywy częstsze.
- 5) Amputacya doraźna wyjątkowo tylko zabezpiecza chorego od nawrotu, wszelako
- 6) powstrzymuje rozwój nowotworu, a, w razie najgorszym, opóźnia takowy.
- 7) Stwierdzone w niektórych przypadkach wyzdrowienie à la longue pozostaje po za obrębem wszelkiej wątpliwości.
- 8) Operacya dostarcza chirurgowi dostęp do ognisk nowotworowych szeroki, przeoczenie zatem części zwyrodniałych jest prawie niemożliwe.

Piśmiennictwo.

1. P. Berger. L'amputation du membre supérieur dans la contiguité du tronc — amputation interscapulo-thoracique (avec figures dans le texte et deux planches en chromolitographie). Paris, 1887, G. Masson. 8-o, IX et 365 pag.
2. P. Berger. De l'amputation interscapulo-thoracique dans le traitement des tumeurs malignes de l'extrémité supérieure de l'humerus. (Revue de chirurgie, Nr. 10. Octobre, 1898).
3. G. Adelman. Die operative Entfernung des knöchernen Brustgürtels, (Archiv f. klin. Chirurgie, Band XXXVII, 1888).
4. S. Duplay i P. Reclus. Traité de chirurgie, VIII. Paris, 1899.
5. F. Bramsfeld. Ueber einige Fälle von Schulterblatt-exstirpation. In. Diss. 1888, Berlin.
6. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales par Dechambre. L. XV. Art. Omoplate, p. 310—322. Paris, 1881.
7. Referat mój w „Kronice Lekarskiej“, Nr. 24, 1898.
8. D. Nasse. Die Exstirpation der Schulter und ihre Bedeutung für die Behandlung der Sarcome des Humerus (Sammlung klin. Vorträge, Nr. 86, 1893).
9. Schultz. Deut. Zeitschr. f. Chir. Band XLIII, 1896.
10. Wanach. St. Petersburger med. Wochenschr. Band XXII, Nr. 23.

11. Heddäus. Beiträge zur klin. Chir. Bruns, Band XVIII, 1897.
12. Könitzer. Zur totalen Entfernung des knöchernen Schultergürtels. Deut. Zeitschr. f. Chir. Band LII, 1899.
13. A. Koehler. Ein Fall von Exarticulation des Armes mit Entfernung des Schulterblattes und der lateralen zwei Drittheile des Schlüsselbeins. (Berlin. klin. Wochenschr., Nr. 48, 1895).
14. Sambucy. De l'ablation totale du membre superieur avec l'omoplate.
15. Chavasse. Successful removal of the entire upper extremity for Osteochondroma.
16. Treves. Two cases of amputation of the entire upper extremity. Lancet, 21/XI, 1890.
17. Adelmänn. Zur Geschichte und Statistik der theilweisen und vollständigen Schulterblattresektionen. Prag. Vierteljahrsschrift für Heilkunde, Band CXLIV. Heft 4, 1879.
18. D. Nasse. Die Sarkome der langen Extremitätenknochen. Langenbeck's Archiv. Band XXXIX oraz Kocher: Chirurgische Operationslehre. 2 Aufl. Jena, 1895.
19. Neubeck. Zur Casuistik der Exarticulation von Humerus und Scapula wegen maligner Neubildung. Dissert. Berlin, 1893.
20. Friedrich Schreiber i Wilms. Chirurgie der oberen Extremitäten. Stuttgart, 1901.
21. L. H. Farabeuf. Précis de manuel opératoire. Paris, 1893 — 1895.
22. Kirmisson. Gazette des hôpitaux. Pag. 1009, 1887, Gaz. hebdomadaire. pag. 669, 1887.

Abym określić dokładniej całokształt omawianego tematu, do pracy dołączam statystykę ogłoszonych dotąd spostrzeżeń odnośnych:

Znaczenie skrótów: M. — mężczyzna, K. — kobieta, W. — wyzdrowienie.

Nazwisko operującego i data operacji	Wiek Chł.	RODZAJ CIERPIENIA	RODZAJ OPERACYI	Wynik	U W A G I	LITERATURA
1. Ralph Cumings, Antiqua, Indyc Za- chod. 1808.	M. 21	Rana postrzałowa	Amput. interscap. thoracica	W.		The London Med. and Surg. Journ., 1830, 81.
2. Mussey, op. 1818 i 1837	M. 27	Chondroma	1 Exartic. humeri, 2 Excisio scapulae et clavic.	W. stwierdzo- ne po 30 lat.	Sprawa zaczęła się od guza os. metacarp. Recydywa po latach 2. Podczas operacyi II przedostało się powietrze do vena subclavia.	Schmidt's Jahrbücher. Band. XXIII, 1839.
3. Dixy Crosby Hannover, 1835.	M. 27	Nowotwór złośliwy	1 Usunięcie ramienia, 2 Wycięcie łopatki	Rec. i † w kil- ka miesięcy		American Journal, p. 367, 1868.
4. Twitschel, Ke- ene, 1838.	?	Nowotwór złośliwy	Amp. inter. thoracica	† w kilka m-cy od Rec.		New-York med. Jour. vol. VIII, p. 434, 1869.
5. G. Mac Clellan Filadelfia, 1838.	M. 17	Carcinoma medul- lare	Amput. interscap. thoracica	† w 6 m-cy od Rec.		Lancet, vol. II, p. 592, 1865.
6. Gaëtan Bey, Kair, 1838.	M. 14	Rana postrzałowa lewostronna	Amput. interscap. thoracic.	W.	Zagojenie bez powikłań.	Annali univers. Omodei, vol. XCVIII, p. 5, 1811.
7. Rigaud, Stras- burg, 1841 i 1842.	M. 50	Osteosarcoma sin.	1 Exartic. brachii, 2 Exstirp. scapulae et part. ext. clavic.	W. stwierdz. po 3 l.	W następstwie podwiązania art. axillaris nast. obliteracya a. subclaviae niemal do aorty.	Gaz. méd. de Strassbourg, 1884.
8. Conant, 1842.	M.	Cancer	1 Exartic. pollicis, 2 Exar- tic. manus, 3 Amp. antebra- chii, 4 Amp. brach., 5 Exar- tic. humeri, 6 Ablatio scap. et clav.	W. stwierdz. po 20 l.		Presse méd. belge, vol. XV, p. 344, 1863.

9. R. D. Mussey, Cincinnati, 1845.	M. 56	Osteoid-carcinoma,	Amp. inter. thorac.	W. stwierdz. po 9 lat.	American Journ., p. 390, 1858.
10. Winslow Lewis, Boston, 1845.	M.	Fractura comminutiva.	Amp. inter. thorac.	† wkrótce od wstrząsu.	Amer. Journ., p. 368, Nr. 56, 1868.
11. W. Ferguson, Edynburg, 1847.	M. 33	Caries humeri et scapulae.	1 Exartic. humeri, 2 Exstirp. scap. et part. ext. clavic.	W.	Operacyi wtórnej dokonano pod eterem. Przetoki istniały jeszcze w kwietniu 1848.
12. Pirondi, Marsylia, 1855.	M.	Zgniecenie ramienia.	Exstirp. humeri, scapulae i 1/3 zewn. claviculae.	† na sk. krwotoku z płucą rozdartego.	Revue méd. chir. de Paris.
13. Parise, Lille, 1856.	M. 16 1/2	Zmiazdzenie praw. barku.	Amp. inter. thorac.	W.	Oper. odebrał sobie życie w 1855 (abusus in Baccho).
14. Soupert, Gent, 1857.	M.	Tumor fibroplasticus dext.	1 Exartic. brachii, Res. acromii, cav. glen. et marg. ant. scap., 2 Usunięcie reszki łop.	† po upł. 2 1/2 m-cy na sk. Rec.	Gaz. méd. de Paris, p. 277, 1866.
15. v. Langenbeck, Berlin, 1859.	M. 23	Fibrosarcoma gór. nasady ramienia.	1 Exartic. humeri, 2 Exstirp. scap. et resectio claviculae.	† w 1 1/2 roku na sk. Recydl. sa supra- et infra-ep. w płucach.	Deutsche Klinik, p. 217. 1860.
16. Niepce, Avelard, 1860.	M. 32	Fractura comminutiva humeri s., scap. et clav.	Amputatio interscap. thorac.	Zagojenie i W.	Bullet de l'acad. de méd., 1864/5, T. XXX. p. 723.
17. G. Buck, ?	M.	Osteo-carcinoma.	Operacya w dwa tempa.	Rec. po upł. kilku m-cy.	Berger, l. c., p. 93.
18. W. Busch, Borm., 1861.	K. 16	Osteosarcoma hum. sin. z zajęciem gruczołów pod pachą.	1 Exstirp. humeri et gland., 2 Exstirp. sc. et resectio clav.	W. stwierdz. po 6 l.	Busch. Lehrbuch d. topogr. Chir. Rozd. III, p. 19, Berlin, 1864.
19. Wishaw, Fyzabad, Indyc Wschod., 1862.	M. 8	Encephaloid.	Amp. inter. thoracica.	W. stwierdz. po kil. m-cach.	Lancet, p. 819, 1874.
20. J. Syme, Edynburg, 1862—1863.	M. 40	Enchondroma humeri sin.	I Usunięcie główki ram. wraz z guzem, 2 Usunięcie guza w bliźnię, 3 Amp. interscap. thoracica.	W. stwierdz. po roku.	Syme, Excision of the scapula, Edinburg, 1864.

21. Déroubaix, Bruksella, 1864.	?	Nowotwór zło- śliwy.	1 Res. capit. humeri, 2 Exar- tic. humeri, 3 Exstirp. scapulae.	† w kil. m-cy od Rec. w plu- cach.			Gaz. méd. de Paris, Vol. XXI, p. 277.
22. Gurdon, New-York, 1864.	M. 35	Osteoma.	W 2 tempa.	† w kil. m-cy od Rec.			Amer. Journ., Nr. 56, p. 371, 1868.
23. v. Jackson, Wolverhampton, 1864.	M. 35	Fractura commi- nut. humeri, anti- brachii et scap. dex.	Exartic. humeri. Usunięcie odłamów łop. Przepilowanie acromii.	† w kilka go- dzin sk. wy- czerpania.		Chory natogowy pijak.	Brit. med. Journ., Vol. II, p. 322, 1869.
24. Will. Fergusson, Londyn, 1865.	K. 19	Osteosarcoma dex.	Oper. w 2 tempa.	W.		Guz przed oper. istniał od 4 lat; po oper. 1-cj Rec. w 3 1/2 miesiący.	Med. Times and Gaz. Vol. I, p. 62 i 171, Vol. II, p. 574 i 706. 1865.
25. Kenneth Jessore, Indyę Wsch., 1867.	M. 2	Carcinoma hume- ri d.	Amput. interscap. thorac.	† niebawem po operacji.		Guz sięgał od stawu łokciow. aż do fossa infraspin. Wstrząs. Dziecko chłatlacze.	Indian med. Gaz., IX, 1867.
26. Thiersch, Lipsk, 1867.	M. 34	Enchondroma molle dex.	Enucleatio humeri. Przepilo- wanie clavice, acromii i part. glen. Usunięcie łopatki.	† po 5 dniach.		Dwukrotne przedostanie się powietrza do vena axillaris. Natychn. lig. tejsze. Cyanozą. kollaps. † przy objawach ob- rzękupłuch. Na sekwji pleu- ritis sero-purulenta. Bryły no- wotw. w a. i v. pulmonal.	Wagner's Archivs f. Heilk., p. 460, 1869.
27. William Fergus- son, Londyn, 1867.	M. 40	Osteosarcoma sin.	Amput. interscap. thoracica.	† po upływie 4 dni.		Zużyto chloroformu 6 uncyi. Utrata krwi duża. † od wstrzą- su najprawdopodobniej. Na sekwji—zwył. tłuszczowe ser- ca, wątroby i merek.	Med. Times and Gaz Vol. II, p. 465, 1867.
28. Krakówizer, New-York, 1868.	?	Enchondroma.	1 Exartic. humeri, 2 Ablatio scapulae.	† po 7 dniach.		Z wyczerpania.	New-York med. Journ., Nr. 64, p. 440, 1869.
29. Parisic, Lille, 1869.	M. 14	Zmiażdżenie lew. ramienia i łopatki.	Amput. interscap. thoracica.	† po 12 dn.		Na sekwji zn. złamanie wy- rostk. ciern. 5—6 kręgu szyj. nie dyagnoz. za życia.	Trévelot, l. c.

30. Parise, Lille, 1869.	M. 35	D-tto.	Wyluszczenie ramienia, rezekcja obojczyka i łopatki.	W.	† po 8 dniach.	Pneumonia traumatica. Rozdarcie płuca złamaniem żebrzem. Złamanie 5 kręgu szyj.	D-tto.
31. P. H. Watson, Edynburg, 1869.	M. 13	Rana szarp. lew. ramienia, kl. pier-siowej i pleców.	Usunięcie resztki ramienia, rezekc. obojczyka, obnażenie łopatki.	W.		20 tętnic podwiązano. Opa-trunek karbolowy.	Edinb. med Journ. Vol. XV, p. 124, 1869.
32. Rigaud, Stras-burg, 1869.	M. 10	Kostniaki.	1 Exartic. ramienia, 2 Wy-cięcie łopatki.	W. stwierdz. po 6 latach.		Oper. II w półt. roku po I. Chloroform, op. karbolowy.	Bull. de la soc. de chir., Paris, 1875.
33. J. J. Charles, Belfast, 1870.	M. 10	Oderwanie praw. barku i łopatki od obojczyka!	Amput. interscap. thoracica.	W.		Krwotok niezwykły.	Lancet. Vol. I, p. 216. 1872.
34. Hamilton, New-York, 1870.	M. 42	Torbziel klejowa prawostr.	1 Usunięcie guza wraz z przed-brzęgiem łop. 1865, 2 Wyre-zekow. części łop. 1868, 3 Usunięcie ram. i reszty łop.	W.		Rec. po oper. I w 5 m-cy.	New-York med. Rec. 1871, Vol VI, p. 141.
35. D. Stimson, New-York, 1872.	K. 20	Sarcoma fascicula-tum.	1 Exartic. humeri, 2 Ablatio scap. et part. clavic.	?		Wypisana z nieznaczną recy-dywą w bliźnię.	New-York med. Rec. Vol. VII, p. 578, 1872.
36. C. S., Jeafrison, 1873.	M. 14	Carcinoma reg. pectoralis.	Oper. w 2 tempa.	W. (?)		Op. pod eterem. Przedostanie się powietrza do ven. subcl. Plastyka.	Lancet. Vol. I, p. 759, 1874.
37. Jessop, Leeds, 1873.	M. 30	Fractura comminu-tiva humeri sin.	Amput. interscap. thoracica podczas trwania wstrząsu.	W.			Brit. med. Journ. Vol. I, p. 12, 1874.
38. Parise, Lille, 1873.	M. 17	Osteosarcoma dex.	Amputatio interscap. thorac.	† 18 m-cy od raka płuc.			<i>De Langenhagen.</i> Contribution à l'étude clin. des tumeurs du scapulum. Paris, p. 102, 1883.
39. B. v. Langen-beck, Berlin, 1873.	M. 50	Angio-sarcoma okol. bark.	Amputatio interscap. thorac.	† po 5 dn.		Krwotok, † na sk. spełnienia lig. z art. subclavia.	<i>Johann Val.</i> Exstirp. von Schulterblatt u. Arm. In. Diss., Berlin, 1874.
40. Fr. Esmarch, Kiel, 1874.	M. 50	Myxosarcoma fos-sae axillar. dex.	Usunięcie całej łopatki i ra-mienia.	W. (?)			<i>F. Heydenreich.</i> Ueber Exstirp. d. Scapula. In. Diss. Kiel, 1874.

41. M. D. Gundrum, Jonja-Michigan, 1876.	M.	Rana postrzałowa, zgorzel praw. ram. i częściowa łopatki.	1 Amp. ramienia, 2 Usunię- cie łopatki z częścią obojczy- ka, 1877.	W. szybko.	Reprodukcyca znacznej części kości po 18 m-cach,	Amer. Journ. Vol. LXXVI, p. 98, 1878.
42. Aniello d'Am- brosio, 1878.	K. 18	Sarcoma fasciculat. dex.	1 Exartic. humeri, 2 Ablatio scap. et part. ext. clavic, 1879.	† po 18 dniach od zakażenia.	Przedostanie się powietrza do ven. axillaris,	Il movimento med. chi- rurgico. Anno XII. Easc. 6-7, 1880.
43. C. Macnamara, Londyn, 1878.	K. 24	Chondrosarcoma molle dex.	Amp. interscap. thoracica.	† nazajutrz na sk. krwotoku.	Guz istniał od 4 lat, wielkości głowy dziecka.	Lancet I, p. 669, 1878.
44. Kapkele, 1879.	K. 25	Chondroma sin.	1 Wyłuszczenie guza 1872, 2 Wyłuszczenie łop. z wyjąt. acromii 1875, 3 Exstirp. tum. recid. es acromie 1876, 4 U- sunięcie recyd. 1877, 5 U- sunięcie recyd. za pom. wyre- sek. końca barkow. obojczyka 1878, 6 Exartic. humeri 1879.	† po upływie roku.	Prawdopodobnie na sk. prze- rzutów w kręgosłupie.	<i>H. Walder</i> , Ueber Chon- drom der Scapula. Diss. Leipzig, p. 10-16, 1881.
45. E. Lund, Manchester, 1879.	M. 20	Sarcoma fibropla- sticum sin.	Amp. interscap. thoracica.	W.	Operowano antyseptycznie.	British med. Journ., II, p. 617, 1880.
46. Mac Gill, Leeds, 1880.	K. 58	Tumor sinistr.	D-ito.	† po 6 dniach na sk. zgorzeli.		British med. Journ., II, p. 702, 1880.
47. John Wood, 1881.	K. 17	Sarcoma fasciculat. sin.	1 Exartic. brachii, 2 Ablatio scapulae.	† tegoż dnia.	Recydywa po 6 m-cach.	Lancet. Vol. I, p. 952, 1881.
48. A. Desprès, Paryż, 1881.	M. 22	Osteosarcoma dex.	1 Usunięcie guza i part. in- frasp. scap., 2 Usunięcie łop., ramienia i zewn. 1/3 obojczyka.	† w 7 m-cy od Rec. zwo- jów podbrzu- sza.	Guz istniał przed oper. I 11 lat. Po op. I Rec. w 3 m-ce. Dostęp pow. do ven. axill. Syncope. Ramię sztuczne.	<i>A. Nélaton</i> . Eléments de pathol. chir. Ed. II, Vol. VI.
49. W. J. Conklin, 1882.	K. 37	Osteo-carcinoma sinistr.	1 Exartic. humeri, 2 Ablatio scap. i 1/3 zewn. obojczyka.	† w 25 m-cy od Rec. w pł.	Rec. w 3 m-ce po operacyi I. Po op. II zrazu st. wyborny.	Amer. Journ., Vol. LXXXV, p. 102, 1883.
50. P. Berger, Paryż, 1882.	M. 27	Enchondroma dex.	Amp. interscap. thoracica.	W. stwierdz. po 20 latach.	Guz istniał przed op. od 10 1/2 Lig. uprzednia art. i ven. sub- claviae. Przebieg bezgorącz- kowy. Ramię sztuczne.	Bullet. et mém. de la soc. de chirurgie. Vol. IX, p. 656, 1883.

51. C. Heath, Londyn, 1883.	M. 16	Sarcoma ossificans dex.	D-tto.	W. (?)	Wypis, z guziczkami w bliż.	Brit. med. Journ., V. I, p. 412, 1884.
52. R. Barwell, Londyn, 1883.	?	Guz złośliwy.	D-tto.	† po 2 latach.	Przerzuty w płucach i wą- trobie.	British med. Journ., Vol. I, p. 412, 1884.
53. Verneuil, Paryż, 1883.	M. 23	Osteosarcoma dex.	Amput. interscap. thoracica.	† Rec. w kręgosł.		L'union méd., p. 1, 1884.
54. Bérenger-Fé- raud, Lorient, 1884.	M. 24	Caries scap. et hu- meri sin.	D-tto.	W.	Zaopatrzono w kończyne sztucz. syst. Mathieu.	Bull. de thérapeut., p. 490, 1885.
55. Lucas Champion- nière, Paryż, 1884.	M. 38	Rozzerwanie lew. ramienia, łop. i obojczyka.	D-tto.	W.	Opatr. sublim. Sztuczna koń- czyzna syst. Collin'a.	Revue de chir., p. 529, 1886.
56. Czerny, Heidelberg, 1884.	M. 41	Sarcoma.	1 Exstirp. tumoris 1883, 2 Amput. interscap. thorac.	† po 24 godz.	Pneumo-laryngo phthisis.	Doll. Archiv. f. klin. Chir., Bnd. XXXVII, 1888.
57. Ollier, Lyon, 1884.	M. 50	Sarcoma dex.	Usunięcie obojczyka części- we, łop. i barku.	W. stwierdz. po 2 z górą 1.	Guz istniał 18 m-cy przed oper. Op. jodoformowy.	Lyon méd. Vol. XVIII, p. 158, 1885.
58. D. Morisani, Neapol, 1885.	K. 54	Carcinoma man- mae d., szerząca się też w dole pa- chow. i po stawie bark.	Rezekcyja obojczyka i łopatki. Wycięcie guza, Rezekcyja 2, 3, 4 żebra.	† po upł. 4 g. od wstrząsu.	Lig. uprzednia naczyń pod- bojczykowych.	It. Morgagni. Vol. XXXVII, p. 505, 1885.
59. v. Bergmann, Berlin, 1885.	M. 28	Sarcoma periostale humeri dex. et scapulae.	Exstirpatio humeri et scapul.	W.	Guz istniał rok przed oper.	Bramsfeld l. c.
60. Wats, 1886.	M. 31	Sarcoma fascicu- lat. humeri.	Dwie operacye.	?	Recydywa wczesna.	Schultz l. c.
61. E. Malin, 1886.	M. 50	Sarcoma sin.	Usunięcie ramienia i łopatki.	?	Rec. w miesiąc. Wypisana z przetoką. Dalsze losy nie znane.	British. med. Journ., Vol. II, p. 1161, 1886.

62. P. Swain, Plymouth, 1886.	M. 18	Sarcoma myeloides I sin.	I Exarticul. humeri, 2 Ablatio scap. et part. clavic.	W.	Chora zmarła na zapal. płuc niebawem na sk. przezięb.	Lancet. Vol. I, p. 20, 1887. Bramsfeld I. c.
63. Bergmann, 1886.	M. 44	Sarcoma humeri sin. et glandularum.	Exarticul. humeri et scap.	† na sk. Rec. w płuc. i oplot.		
64. Trendelenburg, Rostock, 1880—1886.	M. 48	Enchondroma mol- le humeri sin.	I Decapitatio humeri et exci- sio tumoris, 2 Amput. inter- scap. thorac.	W. stwierdz. po roku.		Gies. Deutsche Zeitschr. I. Chir. Bnd. XVI, p. 330, 1882. Grisson ibid. Bnd. XXVII, p. 238, 1888. ibid.
65. Madelung, Rostock, 1886.	M. 48	D-tto.			Podczas oper. II podwiązanie uprzednie naczyń podobojczy- kowych nie było możliwym. Opatrz. jodoformowy.	
66. Bergmann, 1887.	M. 17	Sarcoma antibr. sin.	1 Amputatio brachii 1885, 2 Exstirpatio tumoris axillae 1886, 3 Exartic. hum., excisio scap. et clavicularae.	W. (?).	Po oper. II Rec. w 3 m-ce. Wypis. z podejrzanym st. miejscowym.	Bramsfeld I. c.
67. May, 1887.	K. 21	Sarcoma periost. cap. hum.	Amput. interscap. thoracica.	W.		Annals of surgery. Vol. VIII, p. 434. D-tto, p. 455.
68. May, 1887.	M. 17	Sarcoma humeri dex.	D-tto.	† na sk. Rec.		Neubeck I. c.
69. van Iterson, 1887.	M. 49	Osteosarcoma ca- pitis humeri.	D-tto.	W. stwierdz. po 8 m-cach.		Schultz I. c.
70. v. Eiselsberg, 1887.	M. 40	Chondro-sarcoma humeri.	D-tto.	W.	Brak danych późniejszych.	
71. Obaliński, Kraków, 1887.	K. 22	Sarcoma.	Usunięcie łopatki i ramienia.	† w 3 1/2 m. na sk. Rec. w oplot.		Wien. med. Presse, Nr. 19, p. 640, Nr. 20. Komunikat drogą listu. Adelmann I. c.
72. C. Reyher, St. Petersburg, 1887.	M. 53	Sarcoma fusiforme sin.	Amput. interscap. thorac.	† w 11 m-cy od przerzut. w pł.		Revue de chirurgie, p. 996, 1887.
73. Poncet, Paryż, 1887.	K. 26	Caries humeri et scap. s.	1 Resectio capit. hum. 1885, 2 Exarticulatio humeri 1886, 3 Excisio scap. et clavic. part.	W.		

74. v. Bergmann, 1888.	K. 34	Sarcoma emollit. humeri sin.	Amput. interscap. thoracica.	W.	Chora przechodziła po oper. żółtaczce.	<i>Eramsfeld</i> , l. c.
75. Sondermayer, 1888.	K. 44	Sarcoma fusocellulare humeri.	D-tto.	W. stwierdz. po 9 m-cach.		Wien. méd. Woch. p. 1120, Nr. 29, 1888.
76. v. Bergmann, 1888.	M. 10	Sarcoma osteale part. sup. humeri.	D-tto.	† po upł. 10 m.		<i>Nasse</i> , l. c.
77. Parkes, 1888.	M. 18	Sarcoma capitis humeri dex.	Amput. interscap. thoracica.	W. stwierdz. po upł. 4 m-cy.		Archiv f. klin. Chir. Bd. XXXIV, p. 442, 1899.
78. Chavasse, 1889.	M. 40	Chondroma capitis humeri.	Amput. interscap. thoracica.	W. stwierdz. po roku.	Krwotok wtórny. Lig. 2-a art. subclaviae.	British. med. Journal, p. 131, 1890.
79. Küster, 1889.	K. 29	Sarcoma humeri.	Amput. interscap. thoracica.	?	Liczne złamania samoistne.	<i>Schultz</i> , l. c.
80. v. Bergmann, 1889.	K. 38	Sarcoma hum. dex.	D-tto.	† po upływie 2 godzin.	Fractura spontanea. Zwyródnienie mięśni. Ablacya 1-go żebra, reo. sterni. Lig. venae cavae sup. et trunci brachiocephal.	<i>Nasse</i> , l. c.
81. Leurs, 1889.	M. 47	Sarcoma humeri.	Amput. interscap. thoracica.	W. stwierdz. po 8 m-cach.		Annals of surgery, p. 88, 1890.
83. v. Bergmann, 1889.	?	Sarcoma humeri peritostale incaps.	D-tto.	W. stwierdz. po upł. 3 1/2 lat.		<i>Nasse</i> , l. c.
84. Helferich, 1890.	K. 19	Sarcoma.	D-tto.	W.		<i>Schultz</i> , l. c.
84. E. Monod, 1891.	M. 20	Sarcoma peritostale humeri.	D-tto.	† po upływie 3 m-cy.	Na skutek przerzut. w płuc. Zwyródnienie mięśni.	Bull. soc. de chir. Vol. XVII, p. 201, 1891.
85. Treves, 1891.	K. 43	Sarcoma globocellulare cap. humeri.	D-tto.	W. (?)		Lancet. Vol. II. p. 1158, 1891.
86. Ochsner, 1891.	K. młoda.	Sarcoma humeri.	Amput. interscap. thoracica.	W. (?)		Centralbl. für die gesammte Med., p. 1, 1892.
87. Delorme, 1891.	M. 20	Sarcoma cap. hum.	D-tto.	?	Zwyródnienie mięśni.	<i>Nasse</i> , l. c.

88.	v. Bergmann, 1891.	?	Sarcoma humeri.	D-tto.	† na sk. Rec.	Zajęcie mięśni i żył.	<i>Nasse</i> , l. c.				
89.	v. Bergmann, 1892.	?	Sarcoma cap. hum.	D-tto.	W. stwierdz. po upł. roku.		<i>Nasse</i> , l. c.				
90.	Sapieżko, Kijów, 1892.	?	?	?	?		<i>Wanach</i> , l. c. Pobieżna wzmianka.				
91.	A. Franc, 1893.	M. 45	Tumor scapulae, Chondroma.	Amput. interscap. thoracica.	W.	Od r. 1884 do 1892 dokonano 5 razy operacyi na sk. narządów.	<i>Schultz</i> , l. c.				
92.	Jordan, 1893.	M. 20	Chondrosarcoma nadbarcza.	D-tto.	?	Po upływie $\frac{3}{4}$ roku Rec. inoperabilis. Wycięto gruczolę.	<i>Schultz</i> , l. c.				
93.	v. Bergmann, 1893.	?	Tumor cap. hum.	D-tto.	W. (?).	Chorego w rok niecały stracono z oczu.	<i>Nasse</i> , l. c.				
94.	Roth, 1893.	?	Sarcoma cap. hum.	D-tto.	W. stwierdz. po 2 latach.		Münchener med. Wochen- schr., p. 940, 1895.				
95.	Quénu, 1893.	K. 22	Sarcoma reg. deltoid.	D-tto.	W. (?).	Operowano 2 razy; w r. 1893 i 1896. † na sk. sprawy płuc.	Komunikat ustny, <i>Berger</i> , l. c.				
96.	Dubar, 1894.	M. 27	Osteo-sarcoma humeri.	D-tto.	W. stwierdz. po upł. 4 m-cy.		Statistique opératoire. Lille, p. 183, 1897.				
97.	J. Boeckel, 1894.	K. 24	Sarcoma cap. hum.	D-tto.	† na sk. Rec.		<i>Schultz</i> l. c.				
98.	Ochsner, 1894.	M. 46	Chondrosar. barku.	D-tto.	W. stwierdz. po upł. 3 m-cy.		D-tto.				
99.	Schwartz, 1894.	K. 20	Chondrofibroma ossificans nadbar.	Amput. interscap. thoracica.	W. stwierdz. po kilku m-cach.		<i>Schultz</i> , l. c.				
100.	Roth, 1895.	?	Sarcoma humeri.	D-tto.	W. (?).	Brak szczegółów.	Münch. med. Wochenschr., p. 940, 1895.				
101.	Dirksen, 1895.	M. 34	Neoplasma humeri fluctuans.	D-tto.	W.	?	Berlin. klin. Wochenschr., p. 1044, 1895.				

102. v. Bergmann, 1895.	?	Sarcoma cap. humeri.	D-tto.	W.	?	Wzmianka ust. <i>Nassego</i> .
103. Sapiężko, 1895.	K.	Tumor mammae recidivus.	D-tto.	W.	Poamput. mammae i usunięciu gruczołów pachy Rec. w obec czego dokonano oper. Berger'a.	<i>Schultz</i> , l. c.
104. Chavasse, 1895.	M. 35	Uszkodz. maszyna.	D-tto.	W.		D-tto.
105. Wanach, 1895.	M. 45	Sarcoma brachii.	D-tto.	W. stwierdz. po 14 m-cach.		D-tto.
106. Houzel, 1895.	K. 33	Osteosarcoma humeri	D-tto.	W. stwierdz. po 3 jeszcze lat.		Archiv. provinc. de chir. Nr. 1, p. 13, 1896.
107. Hall, 1896.	M.	Sarcoma brachii.	D-tto.	W.		Launcet II. 1896.
108. Posadas, 1896.	K. 1 ¹ / ₄	Sarcoma humeri.	Amp. interscap. thoracica.	W. stwierdz. po 8 m-cach.		Revue de chir. Nr. 10, p. 805, 1897.
109. Elliot, 1896.	K. 76	Myxosarcoma brachii.	D-tto.	W. stwierdz. po 5 m-cach.	Od września 1892 do marca 1896 operowana na sk. Rec. 12 razy.	<i>Schultz</i> , l. c.
110. Kölliker, 1896.	M. 50	Sarcoma scapulae.	D-tto.	W. stwierdz. po 7 m-cach.		D-tto.
112. Kirrnisson, 1897.	M. 10	Sarcoma fuso-cellul. cap. hum.	D-tto.	† w 7 m-cy.	Guz obrastał naczynia pod-obojęzyczne.	Relacya ustna. <i>Berger</i> l. c.
113. P. Berger, 1897.	M. 28	Myxoma colli humeri.	D-tto.	W. stwierdz. po 6 ¹ / ₂ latach.	Gruczoły były zajęte.	D-tto.
114. Rochet, 1897.	M. 28	Osteosarcoma diaplyseos humeri.	D-tto.	W.	?	Société de chir. de Lyon. Nr. 2, p. 57, 1898.
115. Czerny, 1897.	M. 23	Sarcoma nadbar.	Amp. interscap. thoracica.	Rec. po 8 tyg.	Od 1896 r. kilkakrotne wy-cinanie guza z nadbarcza; po-tem wytuszczenie ramienia. Ostatecznie usunięcie łopatki i obojęzyka.	<i>Schultz</i> , l. c.

116.	Haeckel, 1897.	K. 28	Sarcoma humeri.	D-tto.	W. stwierdz. po 20 m-cach.	<i>Könitzer</i> , l. c.
117.	Haeckel, 1897.	M. 14	Gruźlica stawu barkowego.	D-tto.	†	D-tto.
118.	Haeckel, 1897.	K. 63	Osteosarcoma scapulae.	D-tto.	† w 3 godziny po operacji.	D-tto.
119.	Barling, 1898.	M. 53	Sarcoma myeloides.	D-tto.	Generalizacja nowotworu po 6 m-cach.	British med. Journ. Vol. I, p. 882, 1898,
120.	Barling, 1898.	M. 37	Sarcoma periostale humeri.	D-tto.	W. stwierdz. po 15 m-cach.	ibid.
121.	Haeckel, 1898.	M. 50	Tumor suprabrachialis.	Amput. interscap. thoracica.	† w 5 m-cy na sk. przerzutów i recydywy.	<i>Könitzer</i> , l. c.
122.	Haeckel, 1899.	K. 12	Sarcoma nadbar.	D-tto.	† po 8 m-cach sk. przerzutów.	ibid.
123.	Sonnenburg, 1899.	?	Sarcoma humeri.	D-tto.	W.	<i>Schultz</i> , l. c.
124.	Ziegler, 1899.	?	Zgorzel ramienia. Rozer. art. axillar.	D-tto.	W.	ibid.
125.	Kuzniecowa — Niedzielski, 1903.	M. 30	Sarcoma cap. hum. dex. et scapulae.	Amputatio interscapulo thoracica.	W. stwierdz. po upł. 8 m-cy po operacji.	<i>Niedzielski</i> . Kronika Lek., 1904.

Nota. Czarna plama, widoczna na fotografii, w górnej części rany operacyjnej pochodzi skutkiem zaciągnięcia jodyną miejsca granulującego jeszcze.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

81. Dr. Boas. **Rozpoznanie wrzodu okrągłego żołądka za pomocą wykazania utajonej obecności krwi w kale.** (Deutsche med. Wochen., 1903, Nr. 47). Autor przypomina, że nie po raz pierwszy zwraca uwagę na większą wartość metody niżej opisanej przed innemi. Niewątpliwą wartość rozpoznawczą mają tylko krwotoki per os i per rectum. Wszelkie inne objawy, pojedynczo lub razem wzięte, niezbitej wartości nie mają, jeśli nawet dla typowych przypadków są wystarczające, to już dla nietypowych tracą grunt pewny. Szukać więc należy metod bardziej pewnych, stałych, niż te, któremi się dotychczas posilkujemy. Autor jest zdania, że w dwóch kierunkach szukać postępu należy; przedewszystkiem przez badanie bezpośrednie zawartości żołądka; powtóre przez badanie kału. Pierwszy sposób jakkolwiek, zdawałoby się, prostszy i pewniejszy, jednak więcej trudności i wątpliwości zawiera: wprowadzenie zgłębnika przy wrzodzie okrągłym żołądka jest przeciwwskazaniem, łatwo bowiem przy wprowadzeniu tegoż wywołać pewne uszkodzenia śluzówki, które wziąć można za krwotok. Co do drugiego sposobu, to autor stawia parę ważnych zagadnień, a mianowicie: w jakiej ilości krew może być wykazaną w kale? i odpowiada na zasadzie swoich i innych (Kochman, Rossel) badań, że, niewątpliwie, krew wykazać można odczynnikiem Webera po spożyciu jej 10 c. sz.; 3 ctm. sz. krwi mogą już być wykazane, dopiero jednak po odłuszczeniu najmniej 10—15 gr. kału. Następnie autor zwraca uwagę na sztucznie wprowadzoną, lub z innego odcinka przewodu pokarmowego pochodzącą krew: w celu uniknięcia tych powikłań, radzi nie dawać ani kielbasy, ani niezbyt wypieczonego mięsa na jakie 2 dni przed badaniem, stolec należy wywołać rzadki za pomocą jakiego lekkiego środka rozwalniającego (Hemoroidy, Colitis); naturalnie, krwotok z dróg oddechowych, organów płciowych, etc. musi być z góry wykluczony.

Zwykle jednorazowe badanie na krew kału ujemny daje rezultat, dopiero wielokrotnie powtórzone badanie daje rezultat

pozytywny. B. znajdował zwykle krew w kale po niedawnych bólach żołądka, krew ta natomiast znikala po parodniowej mlecznej dyecie. W przypadkach jednak, w których krew po dyecie mlecznej nie znikala, mamy, według autora, do czynienia, szczególnie u osób starszych, z rakiem żołądka, który to rak, rozwijając się na podłożu wrzodu okrągłego, posiada specjalną skłonność do krwotoków. Autor jest zdania, że ujemny wynik badania nie wyklucza wrzodu okrągłego, dodatni jednak wynik autor stawia pod względem wartości rozpoznawczej narówni z wymiotami krwawymi lub stolcem krwawym. Częste znajdowanie krwi w kale rzuca światło na rozwój dużych krwotoków, które poprzedzają, zapewne, krwawienia wieloletnie; z tem się, zresztą, zgadzają skargi chorych, że miewali stolce, wprawdzie, nie czarne, ciemniejsze jednak, niż zwykle. Co do leczenia, autor jest zdania, że kuracya mleczna jest najodpowiedniejsza, jak tego wyżej dowiódł, pozatem radzi leżenie w łóżku, które ma trwać tak długo, póki badanie utajonej krwi w kale nie da wyników ujemnych.

Metoda badania kału na krew jest następująca: 5 — 10 gr. kału płynnego (w przeciwnym razie rozcieńczonego wodą), do którego dodajemy 20 ctm. sz. eteru, 3—5 ctm. sz. kwasu octowego stężonego, znów cokolwiek eteru (wstrzegać się przytem należy domieszki alkoholu do eteru), na to parę ziarenek dobrze sproszkowanej żywicy gwajakowej, po starannem wstrząsaniu dodać należy 20 — 30 kropel olejku terpentynowego i wtedy otrzymujemy zabarwienie fioletowe do niebieskiego, które się staje wyraźniejszym po dodaniu chloroformu. Ponieważ właśnie przy badaniu kału barwa niebieska często jest zamaskowana przez inne odcienia, istnieje więc inny sposób badania kału zapomocą aloiny: zaczynamy, jak w poprzedniej reakcyi, zamiast żywicy natomiast bierzemy świeżo przygotowanego roztworu aloiny w 60 — 70% spirytusie (aloiny — na końcu szpatla, spirytusu — 3—5 ctm. sz.), otóż 10 kropel tego roztworu dodajemy po uprzednim dodaniu 20 kropel olejku terpentynowego; przy obecności krwi występuje jasnoczerwone zabarwienie, które następnie przechodzi w kolor wiśniowy; jeśli krwi niema, to dopiero po 2-ch godzinach otrzymujemy słabe różowe zabarwienie. Autor znalazł, że dodanie do tego roztworu paru kropel chloroformu przyspiesza reakcyę: widać mianowicie wyraźnie, jak się tworzą mniejsze i większe krople czerwone, które na dno opadają i tworzą osad barwy cynobru.

M. Hirsz.

82. M. Coste. **Różne postaci nawrotów duru.** (Sem-méd., Nr. 49, 1903). Autor dzieli recydywy duru na dwie grupy. Do pierwszej grupy zalicza recydywy: a) *regularne*, w których mamy obraz kliniczny zupełnie taki sam, jak w tyfusie, na który chory zapadł po raz pierwszy, z tą tylko różnicą, że wszystkie objawy są daleko lżejsze; b) *recydywy termiczne*, gdzie podczas rekonwalescencji występuje nagle podniesienie ciepłoty bez reszty objawów tyfusu i bez powikłań, wysypka może być lub nie; c) *recydywy nieregularne*, temperatura podnosi się stale i dochodzi swego maximum 5-go dnia, mało zmienia się od 5-go do 9-go z lekką tendencją do spadku, 9-go dnia spada do lub poniżej normy. Czasami gorączka trzyma się do 15-go dnia, opada jednak znów i wtedy rozpoczyna się prawdziwy okres rekonwalescencji. Petocie mogą się pojawiać 2, 3, 4 lub 5 dnia; notowano także wymioty, tętno 120, dreszcze. Recydywa ta trwa od 4-ch do 5-ciu tygodni; d) *recydywy z dużemi wahaniami temperatury*, tutaj różnica pomiędzy ciepłotą ranną a wieczorową może stanowić od 2-ch do 3-ch stopni, czasem może się trzymać kilka, a nawet kilkanaście dni, podczas których mają miejsce małe wahańia dziennej i nocnej temperatury. Spadek następuje albo nagle, albo też z dużemi wahaniami. Maximum może przewyższać 40°.

Petocie pojawiają się 7-go dnia; może ich też nie być. Według Derića postać ta nie może być spostrzegana u leczonych kąpielami. Recydywa ta trwać może 3 tygodnie, czasem więcej, niż 30 dni; e) *recydywy poronne*. Trwają bardzo krótko; temperatura podnosi się to z małemi, to z wielkimi wahaniami dosyć nieregularnie, spada albo gwałtownie, albo też powoli. Puls może dojść do 120. Petechie znajdujemy często 1-go dnia, najczęściej jednak 8-go.

Autor nazywa ten rodzaj recydyw, który cytuje z klasyfikacji Hutinel'a—normalnemi, po za niemi przyznaje on cały szereg *recydyw anormalnych* — w swoim podziale opiera on się głównie na ciepłocie i dla tego dzieli on recydywy anormalne na *poronne* i *apiretyczne*.

Autor nazywa recydywami *poronnemi* (fruste) dla tego, że objawy tyfusowe są tak blade, że zaledwo rozpoznać je można na pierwszy rzut oka. Tutaj zauważyć się daje podniesienie temperatury tylko wieczorem przez jakiś czas, potem temperatura jest normalna lub poniżej normy przez szereg

dni, tak, że napady gorączki mogą symulować malaryę. Czasami pomiędzy jednym podniesieniem temperatury a drugim, może minąć 9 dni, maximum dochodziło od 38 do 39°. Petocie, które [są rozstrzygającym objawem, znaleźć można 1-go lub 4-go dnia. Puls nie przekraczał 80. Czas, oddzielający pierwszy tyfus od recydywy, równa się 5—7 lub 14-tu dniom. Między jednym podniesieniem temperatury a drugim w czasie tej samej recydywy bywało 6, 10, 12 i 17 dni. Trwa ta recydywa 1—2-ch tygodni.

Recydywy apiretyczne. Temperatura rzadko dochodzi do 38, lekkie przeczyszczenie, oraz zaczerwienienie języka. Tętno zawsze normalne. Petocie znajdowano w 3 dni po podniesieniu się lekkim temperatury, gdy ta już doszła do normy, lub niżej, lub też w kilkanaście dni później, można zatem przypuścić, że ewolucja petoci trwała, sądząc z epoki, w której znajdowano takowe, od 2-ch do 3-ch tygodni.

Nie trzeba zatem twierdzić wraz z Wunderlich'em, mówi autor, że recydywy tyfusu są absolutnie podobne do niego i że temperatura duru jest identyczna z jego recydywą. Dalej Coste radzi nie stawiać zbyt wczesnie rozpoznania »recydywa«. Nie trzeba za nieregularną recydywę brać bronchitu, zapalenie płuc, które są częstymi towarzyszami okresu rekonwalescencji, lecz dobrze najpierw zbadać chorego i upewnić się co do stanu wszystkich organów. Często też podczas tyfusu zdarza się silne podwyższenie temperatury, o wielkiem wahanu od 3-ch do 4-ch stopni, które towarzyszą pojawieniu się zwykłych potówek. Także nie trzeba brać nawrotu tyfusu ze względu na wielkie wahania temperatury za septycemię: petocie, które się pokażą, łatwo rozstrzygną kwestyę. Wystrzegać się należy wzięcia recydywy za gruźlicę prosówkową. W gruźlicy niema ani języka czerwonego, ani przelewania w fossa iliaca dextra i t. p. Temperatura, bardzo mało podniesiona w ciągu dnia, podnosi się o zmierzchu, poczem następują zimne poty. Chory kaszle sucho, oddech jest przyśpieszony.

Zaznaczyć jeszcze należy, że podczas rekonwalescencji po tyfusie następuje maleńkie podniesienie temperatury, które Potain nazwał »fièvre paroxystique«, niemcy zaś »Nachfieber«, zjawia się gorączka bez wszelkich widocznych przyczyn, temperatura może być podniesioną od 1—3° w przeciągu

kilku dni. Gorączka ta jest dosyć rzadka i podobna jest do t. zw. przez autora recydywy »fruste«.

Co zaś do gorączki idyopatycznej, która zaznacza się podniesieniem temperatury o 1 stopień, to Oliari przypisuje ją zmęczeniu centrów termicznych podczas długiej gorączki, albo też wpływowi, jaki wywiera proces wessania niewielkiej ilości substancji toksycznych w pobliżu кишки grubej. Tutaj nie notowano pojawienia się petoci.

Wreszcie, jeśli rekonwalescencya jest już ustalona, lecz przeczyszczenie trwa bez innych objawów (z wyjątkiem języka, którego koniec pozostaje zaczerwienionym), to trzeba, nim się wypowie rozpoznanie »zapalenie kiszki«, które nastąpiło po tyfusie, pilnie uważać, czy nie pojawią się petocie i zobaczyć, czy nie ma się do czynienia z postacią apiretyczną recydywy.

Co do pytania, jak często następują recydywy, autor odpowiada, że na 13 przypadków tyfusu poronnego znalazł 53% późnych, 32% zwyczajnych, oraz 15% wczesnych, przy czem zaznacza, że późnemi (według Jaccoud) nazywa recydywy, które następują w 10 dni po ukończonym tyfusie, wczesnemi w 3 dni, a zwyczajnemi w mniej jak 10 dni, a więcej jak 3 dni.

Leczenie recydywy nie różni się niczem od leczenia samego tyfusu, powinno być tylko zastosowane do ciężkości recydywy. Dobrze jest dawać 2—3 kąpiele wieczorem, gdy temperatura dochodzi do maximum. Jeżeli gorączka jest odrazu nader silną i zauważyć się dają zaburzenia nerwowe, wtedy należy leczyć według metody Brandt'a. Co do postaci anormalnych, to te leczenia nie wymagają, należy tu tylko stosować dyetę.

Matylda Biehler.

83. M. Cazin. **O chirurgicznym leczeniu przedziurawień kiszki w tyfusie.** (Sem. Méd., Nr. 1, 1904). Autor, na zasadzie danych statystycznych, twierdzi, że na 100 przypadków nieoperowanych przedziurawień kiszki przy tyfusie — bywa i 100 śmierci — przy operowanych — otrzymuje się 25% wyzdrowień.

Przeciwnicy zabiegu operacyjnego — w czasach, gdy pojawiły się pierwsze prace o nim — mówili, że: 1-o trudno jest postawić rozpoznanie »perforacya«, 2-o często zabieg na nic się nie przydaje, gdy np. przedziurawień jest kilka.

Rozpoznanie nie jest jednak zawsze trudnem, perforacya objawia się bolesnością brzucha, najczęściej w dolnej jego części po prawej stronie linii środkowej — odporność mięśniowa. Często towarzyszy temu czkawka, wymioty, wzdęcie brzucha, facies abdominalis, puls przyśpieszony, drobny, nierówny, przyczem ciepłota albo nagle opada (Dieulafoy), albo się też podnosi. Zdarzają się jednak pomyłki i często nie znajduje się perforacyi tam, gdzie się istnienie takowej przypuszczało, lub — chory umiera wskutek perforacyi, której poprzednio nie zauważono. Wskutek tych trudności, jakie nastęrcza rozpoznanie, zapytywano się, czy nie udałoby się go postawić na zasadzie ilości białych ciałek we krwi — otóż niektórzy autorowie przy ogromnem zwiększeniu ilości białych ciałek do 32,000 przewidywali możliwość perforacyi — robili operacyę i znajdowali takową — cały jednak szereg przypadków, w których obserwowano hypoleukocytozę, która towarzyszyła perforacyi, nie pozwala na wypowiedzenie czegoś stanowczego, często też robiono operacyę przy hyperleukocytozie, jednak perforacyi nie znajdowano, chorym jednak ten zabieg szkody nie przyniósł, gdyż w przypadkach tych nie notowano śmierci. Dodać należy, że chorzy na tyfus doskonale wytrzymują operacyę — co do twierdzenia, że kilka perforacyi nie wymaga operacyi — to jest ono błędnem, przedłuża zabieg — lecz często kilka zaszyć ratuje chorego — prawda, że można zaszyć jedną perforacyę i po niej jakim czasie zrobi się druga, na którą chory umiera, ale to nie upoważnia do zaniedbania zabiegu, który w tylu razach daje dobre wyniki.

Czy należy operować natychmiast, gdy zostanie postawione rozpoznanie perforacyi, czy też czekać, aż się chory trochę poprawi? Statystyka mówi, że najwięcej wyzdrowień dają przypadki, operowane między 13-ą a 25-ą godziną po perforacyi. Nie trzeba jednak odstępować nawet wtedy, gdy się jest przywołanym później, gdyż widziano dobre rezultaty z operacyi, robionych w 48 godzin po perforacyi — jeżeli szok, który towarzyszy perforacyi, jest silny i chory bardzo osłabiony, należy wzmocnić go zastrzyknięciem sporej ilości roztworu fizyologicznego soli. Co do narkozy, to mimo, iż niektórzy autorowie radzą (Curtis, Chefut i in.) anestezyę lokalną, lepiej jest użyć kilka kropel chloroformu lub eteru, po których chory szybko zasypia.

Co do miejsca, to jedni robią cięcie na linea mediana,

drudzy boczne w fossa iliaca dextra, kiszki trzeba dobrze przyszyć, idąc od coecum, które, zarówno, jak i wyrostek robaczkowy, najpierw się bada, do ileum — perforacyę znajduje się najczęściej w ostatnich 50 ctm. Kładzie się szew Lambert'a jedwabny, nie catgut'owy, gdyż ten ostatni zbyt szybko się wsysa. Nitki trzeba pomieścić trochę dalej od brzegu samej perforacyi, (gdyż brzegi są zbyt miękkie, wyjedzone i łatwo się rozstępują). Leguen użył raz do zamknięcia otworu—omentum—utworzyła się potem fistuła, chory wyzdrowiał. Niektórzy radzą zszywać brzegi perforacyi ze skórą, aby skrócić tym sposobem trwanie operacyi (Allnigham, Thompson) — nie daje jednak ta metoda specjalnie lepszych wyników. Jeżeli brzegi perforacyi są tak oddzielone, że trudno je zeszyć, jeżeli chory zbyt jest słaby, by módz wytrzymać tak długą operacyę, jak wycięcie części zniszczonej kiszki, to można, albo pokryć perforacyę omentum (t. zw. griffe epiploique), albo, jeśli kilka perforacyi znajduje się wzdłuż jednej części kiszki, odosobnić za pomocą gazy lub kiszki z cavitas peritonei (Le Conte), co pozwoli ograniczyć infekcyę, fistuła sterkoralna szybko się leczy. Po zeszytciu perforacyi i przekonaniu się, że więcej perforacyi niema, trzeba wymyć jamę brzuszną gorącym roztworem soli. Mycie to wymaga anestezyi ogólnej, o czem wspomniano wyżej. Należy też pozostawić kilka drenów w różnych kierunkach, które pozwolilyby na ciągły odpływ płynów. Reszta leczenia taka, jak przy ogólnem zapaleniu otrzewny.

Matylda Bichler.

84. Browne and Crompton. **O trwaniu odczynu Gruber-Vidal, po przebytych durze brzusznych.** (The Lancet. 1903, Iune). Chcąc się upewnić, jak długo odczyn Gruber-Vidal'a otrzymać jeszcze można w czasie zdrowienia po przebytych durze brzusznych, autorowie badali w tym kierunku wszystkie przypadki w jednym ze szpitali Londyńskich w przeciągu dwóch lat. Badaniu podlegały jedynie te przypadki duru, gdzie i podczas samej choroby otrzymywano odczyn dodatni. U żadnego z tych chorych nie było w tym okresie żadnej innej choroby zakaźnej. Autorzy używali rozcieńczenia od 1:10 do 1:50. Wszystkiego zbadano 68 przypadków, w których od samej choroby upłynęło od 1 mies. do 4 lat. W dwóch przypadkach wynik był wątpliwy, w 3-ch dodatni, z których jeden wyzdrowiał przed dwoma miesiącami, drugi

przed rokiem, trzeci wreszcie zdrów jest od 33 miesięcy. W drugim z tych przypadków usunięto w tym czasie na drodze operacyjnej kamienie żółciowe — w worku żółciowym wykryto tu lasecznika okrężnicy. Autorzy utrzymują, że odczyn dodatni występuje o wiele rzadziej, aniżeli to inni badacze podają. Związku pomiędzy długim trwaniem odczynu Gruber-Vidała i ciężkością przypadku dopatrzeć się nie można.

H. Kucharzewski.

85. F. Freymuth. **Badanie doświadczalne nad wpływem lekkich zakażeń na narządy krwiotwórcze.** (Deut. Med. Woch. 1903, Nr. 20). Autor wstrzykiwał do żył królików nie śmiertelne dawki żyjących laseczników tyfusowych, następnie 2 — 3 dnia zwierzęta zabijał i badał drobnowidzowo śledzionę i szpik kostny. Okazało się, że już najmniejsze dawki ($\frac{1}{200}$ — $\frac{1}{300}$ uszka igły platynowej 24 godzinnej żyjącej hodowli) wywierają wpływ swoisty na narządy krwiotwórcze. W szpiku kostnym znaleziono dzielenie się jąder, powiększenie się ilości dużych jednojądrowych komórek i przejściowych wielojądrowych, oraz nowotworzenie się komórek. Najwidoczniej ujawniły się te zmiany przy średnich dawkach ($\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{50}$ uszka). Po dawkach jeszcze silniejszych odczyn układu krwiotwórczego był jakby zniesiony.

Ten sam skutek otrzymał autor po stosowaniu rozpuszczonych jądów.

Wniosek z badań tych wyprowadzić można, że nawet w słabych infekcyach regeneracja krwi znacznie cierpi.

H. Kucharzewski.

86. Wurtz. **Choroba snu.** (Sem. méd., Nr. 51, 1903). Wurtz obserwował 3 murzynów, przywiezionych z Brazzarille, chorych na t. zw. chorobę snu, i opisując objawy tego cierpienia, daje zarazem pewne pojęcie o jego etyologii.

Jeden pacjent uskarżał się przed zapadnięciem na częste bóle głowy, następnie zaczynał się robić coraz bardziej ociężałym, siła mięśni zmniejszała się, w końcu spał po 20 godzin na dobę, spał zaś tak mocno, że z trudnością można go się było dobudzić. Odruchy wszystkie były zwiększone. Apetyt ma dobry, je z chciwością, gdy go ze snu obudzić. Ilość moczu normalna. Niekiedy ślady białka. Waga bez zmian. Badanie krwi wykazuje eozynofilię. W kropli krwi,

branej w dzień, znajdowano pasorzyta *Filaria perstans* (Mau-son'a). Prócz tego znaleziono we krwi w płynie mózgowym i pacierzowym niewielką ilość trypanosoma, przedstawiającą się jako rodzaj infuzoryi z flagellum; o pasorzycie tym pierwszy raz wspomniał Castellani, który go znalazł w płynie mle-cza pacierzowego—podobny jest ten pasorzyt do filaria, któ-rej przednia część wzdęta i wydłużona, okrążona jest otoczką, która może się skurczać i rozkurczać, tylko część trypanoso-ma wydłużona jest, tworząc rodzaj flagellum. Sowiecie zaopa-trzone są te pasorzyty w ruchy nader szybkie, które zmiatają czerwone ciała krwi i zmuszają je do zmiany miejsca.

Trypanosoma te są zupełnie podobne do tych, które się znajdują we krwi ssawców w takich chorobach, jak surra, nagana i gorączce hyponosoma człowieka. Co do tempera-tury, to ta bywała najczęściej nieregularną, czasami docho-dziła do 38°. W ostatnich dniach życia T° spada często do 37, może dojść do 41 i 42 podczas śmierci, jeżeli chory umiera podczas napadu drgawek.

Stan psychiczny chorego nienormalny—chory dawniej bar-dzo inteligentny z trudnością rozumie obecnie, co się do niego mówi, stał się nadzwyczaj wrażliwym nie tylko na swoje cier-pienia, lecz i na cierpienia bliźnich, co jest bardzo rzadkim objawem u murzynów, płacze o lada drobnostkę. Drugi cho-ry odznacza się tylko—nieprzepartą chęcią do spania—flexo-res bardzo osłabione, odruchy osłabione, lekkie drganie języka.

Trzeci chory godny jest uwagi z tego względu, że okresy snu zmieniane bywają okresami podniecenia. Pacjent ten zmarł po ataku epileptycznym, oddech miał przyśpieszony typu Chayne Stockes'a, T. 39°8, tętno 146 przed samą śmier-cią. Sypiał zazwyczaj 20 godzin na dobę. Wszystkie gruczoły limfatyczne powiększone. We krwi i płynie mózgodzenio-wym znaleziono hypanosoma.

Autor przypomina, że pierwszy raz posłyszano o choro-bie snu od podróżnika Winterbottom'a w 1803 r., od tego czasu zajmowały się objaśnieniem tej choroby misye, portu-galska, angielska i francuska. Guerin w swojej rozprawie za-znacza niezmiernie charakterystyczny objaw: długi okres in-kubacji—może on trwać 5 lub 7 lat, twierdzi on tak na za-sadzie 179 obserwowanych przypadków, z których 178 zakoń-czyło się śmiercią. Najbardziej jest rozpowszechnioną ta cho-

roba przy ujściu rzeki Kassai, Zanzibarze i Ugandzie. W Berglie Saint-Marie (niedaleko Kassai) trzeba było zamknąć szkołę, gdyż w przeciągu 18 miesięcy choroba ta zabrała 846 dzieci, w szkole pozostało tylko 254.

W 1897 roku Cagigal i Lepierre znaleźli we krwi murzyna, który cierpiał na chorobę tę od 3-ch lat, streptocillus'a Broreu, wywołał tę chorobę u psa i małpy za pomocą inokulacyi hodowli prostego lasecznika, znalezionego we krwi chorych. Lasecznika tego znalazł on i w wodzie. Inni znajdowali diplostreptokoki. Patrick Mausion odnalazł pierwszy *Filaria perstans*. Najważniejszym jednak odkryciem jest znalezienie w 1903 r. przez Castellaniego Trypanosoma we krwi i płynie mózgu i mleczu pancerzowego (infusorium tak nazwane ze względu na formę ciała). Trypanosoma powoduje jednocześnie 3 ciężkie choroby u zwierząt, mianowicie *Surra* (w Indyach), *Nagana* czyli choroba tsé-tsé — Afryki północnej i *dourine*, choroba koni.

Trypanosoma znalazł on 20 razy na 34 przypadki choroby snu. Pasorzyt ten nader jest podobnym do Trypanosoma Gambiense, opisanego przez Dutton'a ¹⁾.

Dawid Bruce i Nabarro znaleźli w 40 przypadkach pasorzyta Castellaniego.

Jednym z rodzajów infekcyi, który jest wiadomy u człowieka — jeżeli nie jedynym, jest mucha tsé-tsé — Brumpt pierwszy zauważył, że rozmieszczenie geograficzne tej muchy i choroby snu są jednakowe. Człowiek, ukłuty przez tę muchę, zapada na chorobę snu—małpy, ukąszone przez muchy, które ssaly poprzednio osobniki dotknięte chorobą snu, zapadały na tęż chorobę, niestety, nie chorowały, o ile dano je kąsać przez tsé-tsé brane na chybił utrafił.

Co do anatomii patologicznej, to najnowsze badania wykazały, że mamy do czynienia z meningoencephalitis — ilość płynu mózgowego zwiększona, substancya mózgowa wykazuje na przecięciach, wybroczyny krwawe. Pia mater i opona pajęczna infiltrowane są młodem okrągłymi komórkami. Naczynia limfatyczne około naczyń krwionośnych, napełnione są limfocytami. Choroba trwa 2 — 3 miesiące może przeciągnąć się do 3-ch lat, o ile chory nie umrze na inną chorobę (za-

¹⁾ Szczegółowy opis pasorzyta patrz 1-szy numer «Kroniki Lek.», art. Trypanosoma u człowieka.

palenie płuc lub inne), które się przyłączają dość często. Przewlekłość zależy od starań, jakimi chory jest otoczony. Choroba bez względu na wszelką terapię i wszelki dogład wcześniej czy później kończy się śmiercią. Incontinentia moczu i kału zapowiada bliską (w 15 dni) śmierć, którą poprzedza też paraliż, konwulsje lub kontraktury.

Rozpoznanie jest nader łatwe, w szczególności, że najczęściej na chorobę tę zapadają czarni, chociaż są przypadki, gdzie i mulaci lub biali jej podlegali.

Można, wreszcie, wziąć chorobę snu za sen histeryczny, tutaj jednak z trudnością można obudzić chorego z odrętwienia, co się zdarza w chorobie snu tylko w ostatnim okresie. Nona jest ciekawą postacią influenzy, podczas której chory śpi, śpi często 15 dni. Obserwowano ją tylko w Europie (Turburya 1758 r. i Mantua 1889—1890).

Nelaran jest niczem innym, jak chorobą snu, nelaran znaczy sen w narzeczu uolof.

W pierwszym okresie trądu chorzy też czują nieprzepatą chęć do spania—dalszy jednak przebieg choroby rozstrzyga kwestyę. Najlepszym jednak kryterium jest badanie krwi i płynu mózgowego i odnalezienie hypanosoma.

Co się tycze profilaktyki — to czarni wyrzucają swoich towarzyszków do lasu, bojąc się zarażenia przez ślinę. Choremu w ostatnim okresie płynie z ust ślina w wielkiej obfitości.

Ze względu na wiadome źródło infekcyi, należy podobnie, jak przy malaryi dla anophelis i przy żółtej gorączce dla stegomia:

1-o Zniszczyć muchę tsé-tsé.

2-o Chronić zdrowe osobniki przed ukąszeniem.

3-o Pilnować chorych, by ich nie kąsały świeże muchy, które mogłyby przenieść na innych trypanosoma.

4-o Środki higieniczne zastosować — izolować chorych od zdrowych.

Wszelka terapia okazała się dotychczas bezsilną — antyseptyczne zastrzykiwania do kanału mlecza pacierzowego, gdzie pasorzytów jest najwięcej, nie prowadzą do niczego, gdyż pasorzyt znajduje się i we krwi.

Matylda Biehler.

II Choroby układu nerwowego.

87. Dr. Stegmann. **Granice stosowania snu hypnotycznego w psychoterapii.** (Münchener Medic. Wochens., Nr. 49, 1903 r.). Dzięki całemu szeregowi prac i badań najwybitniejszych klinicyistów z ostatnich lat 20, hypnotyzm zajął dziś już stanowisko niewzruszone w terapii; nieuznawanie tego stanowiska wytłumaczyć można tylko bądź uprzedzeniem, bądź niedostateczną znajomością przedmiotu. Z drugiej jednak strony grozi hypnotyzmowi niebezpieczeństwo — mianowicie przecenianie jego działania przez zwolenników tej metody leczniczej. Im bardziej posuwa się naprzód nauka o hypnotyzmie, tem wyraźniej powinny się zarysowywać wskazania i zakres działania hypnozy.

O jakichkolwiek szkodliwych następstwach hypnozy, szczególnie stosowanej, jak to autor zaleca, według metody suggestyjnej, obecnie nawet mowy być nie może. Autor kładzie nacisk na to, aby osoba hypnotyzowana była uprzednio przez lekarza obznajmiona, o ile można najdokładniej, z istotą zjawisk hypnotycznych — w akcie bowiem hypnotyzowania pacjent powinien przyjmować współdział czynny.

Z udoskonaleniem techniki tego zabiegu zmalała niezmiernie odsetka osób niepodatnych; dziś z całą stanowczością twierdzić można, że przy pewnej wprawie udaje się uspić ogromną większość ludzi umysłowo zdrowych, o ile oni sami oporu nie stawiają, i o ile daną jest możność powtarzać próby usypiania tak często, jak potrzeba.

Wogóle wynik dodatni leczenia hypnotycznego jest do osiągnięcia tem trudniejszy, im dalej od normy stoi życie duchowe pacjenta; to też umysłowo chorzy — z jednej strony źle się hypnozie poddają, z drugiej zaś, rezultat leczniczy snu hypnotycznego jest u nich w najlepszym razie tylko przemijającym. Drugą znów granicę wskazań do stosowania omawianej metody — stanowią wszelkie zmiany organiczne: walczyć z niemi za pomocą hypnotyzmu nikt chyba nie próbuje. Jedynie tylko zaburzenia czynnościowe udaje się tą drogą usuwać i przytem nie bezpośrednio, lecz tylko wpływając na zmianę czynności psychicznych.

W granicach tych hypnoza znaleźć może zastosowanie bardzo szerokie — bądź jako stan zupełnego wytchnienia

ustroju, bądź jako stan wzmożonej suggestyjności; najczęściej, wreszcie, w celach leczniczych wyzyskuje się obydwie te cechy hypnozy.

Jako środek przeciw *bezsenności* przewyższa hypnotyzm wszelkie inne w tym celu stosowane zabiegi; ma to miejsce szczególnie w tych razach, gdy aktowi zasypiania, w warunkach normalnych następującemu zupełnie bezwiednie, przeszkadzają rozmaite chorobowe uczucia lub wyobrażenia — w hypnozie chorej tacy uczą się zasypiać. Autor często usypiał swych pacjentów z wieczora, aby ich obudzić dopiero na drugi dzień rano; rozumie się, że ten sen sztuczny sam przez się przechodził w sen fizyologiczny.

Najrozmaitsze bóle i przykre uczucia stanowią wdzięczne pole do leczenia hypnotycznego—o tyle jednak, o ile są one pochodzenia czysto czynnościowego (szczególniej podatniemi są t. zw. nerwowe bóle głowy), — wrażenia wywołane przez zmiany organiczne zwykle wcześniej czy później, przewyżniają działanie sugestyi i znów wracają w krąg świadomości pacjenta.

Cały szereg różnych *zaburzeń w unerwieniu* serca, narządów oddechowych, narządów trawienia, a także układu moczopłciowego udaje się zwalczyć za pomocą hypnotyzmu, nie-raz w sposób iście cudowny, zawsze jednak z tem zastrzeżeniem, że dotyczy to nieprawidłowości, wywołanych przez fałszywe wyobrażenia, przez chorobowe skierowanie uwagi i woli pacjenta.

Zbożenia płciowe poddają się terapii suggestyjnej dobrze, o ile nie są one wyrazem wrodzonych właściwości ustroju. Na szczególną uwagę zasługują wyniki, otrzymane w leczeniu hypnotycznym *morfinizmu* i *alkoholizmu*. Co się tyczy rokowania w tych razach, to sprawą doniosłości pierwszorzędnej jest kwestya, czy chory był człowiekiem silnej woli i godnym zaufania, zanim narkotyk lub wyskok energię jego spętał. Gdy na pytanie to odpowiedzieć można twierdząco, widoki na uleczenie zupełne za pomocą metody hypnotycznej są bardzo znaczne. Twierdzenia swoje autor ilustruje paru spostrzeżeniami, dotyczącemi alkoholików.

Autor zastanawia się jeszcze nad kwestyą, niejednokrotnie roztrząsaną, czy w celach leczniczych bardziej skutecznym jest lżejszy, czy też silniejszy stopień hypnozy. Autor jest zdania, że hypnoza działa tem lepiej, im jest głębszą,

zastrzega przy tem jednak, że podatność na sugestyę trwa tylko do chwili, póki hypnoza nie przejdzie w sen zwykły, fizyologiczny. Przejście takie zdarza się dość często i lekarz powinien na to baczną zwracać uwagę. Nawet najgłębszy stopień hypnozy nie przedstawia absolutnie żadnego niebezpieczeństwa, o ile hypnotyzuje lekarz, obeznany z techniką tej metody leczniczej.

Na zakończenie autor dochodzi do wniosku, że hypnotyzm jest wielce cennym nabytkiem w lecznictwie, nie należy jednak nigdy uważać go za jakieś panaceum; jest to jeden ze środków psychoterapii, może najpotężniejszy, związany jednak organicznie z innymi z tego szeregu środkami.

Stanisław Orłowski.

88. Dr. R a i m a n, asystent kliniki chorób nerwowych i umysłowych, prof. Wagnera w Wiedniu. **O pielęgnowaniu chorych umysłowo w domach prywatnych.** (Wiener Medicin. Wochenschrift. 1903, Nr. 43). Autor zaznacza, że, chociaż dziś zakłady dla chorych umysłowo są na stopie takiego rozwoju, że każdy lekarz powinien dążyć do tego, by swoich chorych jaknajwcześniej umieścić w domu zdrowia, gdzie mogą być zastosowane rozmaite zabiegi, umożliwiające wyzdrowienie pacyenta, wszelako bywają przypadki, w których internowanie chorych jest wprost szkodliwe, natomiast pielęgnowanie ich w domu byłoby wskazane. Pewna biegłość w sortowaniu takich chorych jest nieodzowną. Nadają się do tego tacy chorzy, którzy dla otoczenia nie są niebezpieczni. Na przykład melancholicy są bardzo przemyślni w sposobach odbierania sobie życia i dlatego tylko wówczas można by spróbować kuracyi w prywatnym domu, gdy jest zupełna gwarancja stałej opieki i nieustannego dozoru. Dla melancholika należy wybrać mieszkanie na parterze, spokojne i ciche, usunąć wszelakie ostre i ciężkie przedmioty, a także uniemożliwić mu rozpalenie ognia. Nie należy mu nigdy dowierzać—dnem i nocą musi ktoś czuwać. Bardzo dodatnio wpływa na chorego melancholika leżenie w łóżku, co też i ułatwia dozowanie. Należy dać pilne baczenie na odżywianie się chorego, przyczem nie należy używać środków gwałtownego przymusu: łagodną namową można więcej zdziałać. Przyjacielskie obchodzenie się z pacjentem i pocieszanie go wpływa nieraz dodatnio na stan jego umysłu tak dalece, że

można zastosować taką psychoterapię, jako sposób leczenia. Gdyby jednak namową, ani łagodną przemocą nie można było zmusić pacyenta do przyjęcia pokarmu, to należy zastosować sztuczne karmienie. Czynność ta, (o ile lekarz, podejmujący ją, znajdzie pomoc umiejętną), da się zastosować tak dobrze w domu prywatnym, jak i w zakładzie. Sposób jest następujący: chory, leżący w łóżku, ma ręce przytrzymane przez osobę asystującą lekarzowi, który umieszcza się na brzegu łóżka z prawej strony pacyenta, następnie unosi mu cokolwiek głowę, podsuwając lewe ramię, poczem unieruchamia głowę chorego, przyciskając ją do piersi; wówczas, wolną ręką, wsuwa łagodnie, bez użycia siły, najcieńszą, oliwą posmarowaną, rurkę gumową przez nozdrze do gardła, a silniejszy ruch głowy ku przodowi ułatwia wsunięcie się rurki w głąb gardła, wtenczas pacjent łyka ją mimowoli, coraz głębiej, aż koniec jej dostanie się do żołądka. Przekonać się o tem można, zajrzawszy w usta chorego; jeśli tam jej niema, a oddech jest wolny, to można założyć lejek do wystającego końca rurki i trzecia osoba powinna wlewać płyn, bacząc na to, by w równej mierze utrzymywać lejek. Jeśli chory wciąż wzbrania się przyjąć cośkolwiek z pokarmów, to co 2 godziny należy go w ten sposób odżywiać. Jeśli stan taki trwa dłużej, niż parę dni, to należy 3 razy dziennie karmić chorego, biorąc po szklance napoju. Najbardziej wskazane jest mleko, ale i mięsne zupy oraz jaja rozbite z mlekiem i precedzone przez cienkie płótno również są pożywne i pożyteczne. Należy pilne mieć baczenie na wypróżnienia chorego i używać środków odprowadzających. Wszystko to odnosi się do chorych apatycznych i obojętnych, gdy jednak nadchodzą chwile podrażnienia, graniczącego z furją, wówczas chorzy stają się niespokojni, porzucają łóżko i konieczne trzeba opanować to podrażnienie, które grozi zupełnym obłędem. Nie wiele można się spodziewać od zabiegów wodoleczniczych—te, przykre są dla łagodnych melancholików i należy używać wody tylko dla czystości pacyenta, ale na chorego, dotkniętego trwogą, niepokojem, ciepłe kąpiele wcale nie działają i na razie należy przystąpić do stosowania opium, co nietylko działa uspakajająco chwilowo, ale i ogólnie jest środkiem leczniczym. Najbardziej używane w klinice są pigułki podług tej recepty: Rp. Extr. opii, Ext. Rhei aa. 2,0, Extr. Liquiritiae b. s. ut fiant pil. centum, z tych użyć wedle potrzeby 3, 4, 6. najwy-

żej 8 dziennie. Jeśli chory sprzeciwia się przyjmowaniu pigułek, to można spróbować dać mu je za pomocą rurki, wraz z jedzeniem lub też wstrzyknąć pod skórę, co ze względu na trudność wyjałowienia preparatu często powoduje abscesy. Tylko w nagłych i gwałtownych napadach trwogi można zastosować wstrzykiwanie morfiny, która działa nadzwyczaj silnie i prędko, lecz przemijająco. Jeśli pacjent nie znosi opium, lub też działanie tego środka nie odpowiada wymaganiom lekarza, to lepiej poddać chorego leczeniu w specjalnym zakładzie dla umysłowo chorych. Pewnikiem jest to, że bez porównania więcej lekarstw trzeba użyć w domu prywatnym, niżeli w domu zdrowia, gdzie tylko w ostateczności uciekają się do zwalczania bezsenności lub też innych cierpień pacjenta. Środków, sprrowadzających sen, jest bez liku: Paraldehyd, Amylenhydrat, Hedonal, Dormiol, Veronal, Sulfonal i t. p.

Starwiński.

III. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

89. W Berlińskim towarzystwie lekarskiem Profesor Dr. Miethé mówił o **fizykalnych własnościach radium**. Sole radium w stanie świeżym są to bezbarwne kryształy, z czasem barwią się na żółto. Naczynia szklanne, w których się przechowują, zabarwiają na kolor brunatny lub też fioletowy. Sole radium świecą w ciemności, oraz dają światło innym ciałom, których przez czas pewien znajdują się w ich sąsiedztwie. Dwa rodzaje promieni wychodzą z ciał radioaktywnych: 1-o Takie, które magnes odchyła i które niezbyt silnie przenikają. 2-o Takie, które magnes nie odchyła, które przenikają ciała o wiele silniejsze i są chemicznie czynniejsze. Ogrzany wodny roztwór soli radium wydziela gaz, który posiada własności samego radium. Jeżeli umieścimy kawałek radium w bliskości oka, wtedy doznajemy uczucia światła. Ponieważ promienie radium są o wiele silniejsze od promieni Röntgena, to nadają się one do prześwietlania jedynie bardzo grubych części ciała, na przykład kości ręki nie rzucają żadnego cienia. (Deut. Med. Wochenschr., 1904).

H. K.

90. J. Danysz. **Działanie radium na różne tkanki**. (Sem. méd., Nr. 1, 1904). Działanie radium na tkanki wogóle jest tem

silniejsze, im produkt jest czystszy i im dłużej są na działanie jego wystawione. I tak, myszy, które znajdowały się w klatce pod działaniem 0,050 miligr. bromku radu — przez godzin 14, łysiały po 20 dniach i przedstawiały objawy silnego zapalenia skóry na głowie i grzbiecie; jeśli ich zostawiano 24 godzin pod działaniem bromku radu, to — myszy zdychały po 32 dniach sparaliżowane, przyczem było wyłysienie i zapalenie skóry. Jeśli zaś myszy znajdowały się pod działaniem radium w przeciągu 48 godzin — to zdychały 22-go dnia. Badanie drobnowidzowe zwierząt sparaliżowanych wykazuje wylewy krwawe w ośrodkach nerwowych — bez innych uszkodzeń. Też same wyniki otrzymuje się, lecz trwa to trochę dłużej, jeżeli zamiast epruwetki z bromkiem radu wstawimy do klatki naczynie z mieszaniną chlorku radu z chlorkiem barytu.

Działanie radium jest daleko silniejsze na osobniki młode; tem się daje objaśnić wpływ specyficzny radium na nowotwory, których skład może być bardzo zmieniony po przez skórę i warstwę mięśni, jaka oddziela nowotwór od radu.

Matylda Biehler.

IV. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

91. (hul.) **Furunculosis.** Podług Cohn'a z samego początku, gdy występuje nieznaczne zaczerwienienie lub spuchnięcie, chociażby jako zwykła folliculitis, należy przystąpić do wcierań maści z ichtarganu 2 — 3 razy dziennie, podług przepisu Rp. Ichtargani 5,0—10,0, Aq. destill. 5,0, Glycerini 10,0, Lanolini 35,0, Vaselini flavi 40,0. M. D. S. W tym celu za każdym razem bierze się ilość maści, równającą się wielkości grochu, i wciera się z początku w okolicy miejsca, dotkniętego cierpieniem, a następnie w środku tegoż. Po kilku dniach, a czasem we 24 godzin, stan zapalny znacznie się zmniejsza, skutkiem czego można przejść do słabszej maści ichtarganalnej lub też do pasty mydlano-salicylowej; w razie wystąpienia pryszczycy stosuje się 1% pastę ichtyolową. Ta ostatnia nadaje się szczególnie przy czyrakach na organach rodnych. W przypadkach dużego karbunkułu nieraz można uniknąć nacięć, stosując przyżegania i plaster cynkowy lub salicylowy. W początkowym okresie tego cierpienia niezbędne są kąpiele ichtyolowe lub siar-

czane (w praktyce niezamożnej — kreolinowe). (Monatsch. f. prakt. Derm., 1903, Nr. 4).

92. (hul.) **Lupus vulgaris faciei**. Leredde i Pautrier na 43 przypadki tego cierpienia, leczone światłem, w 25-ciu otrzymali wyleczenie kompletne, w 5-ciu zaś tylko częściowe. Według nich leczenie wilka metodą Finzen'a przewyższa wszystkie inne sposoby: daje większą gwarancję wyleczenia i lepsze wyniki estetyczne, oraz wymaga krótszego leczenia. Najnowsze przyrządy i modyfikacje tej metody leczenia (Lortet—Genoud) dają nadzieję, że zupełnie dostępną będzie ona dla wszystkich; dziś wysoka cena staje temu na przeszkodzie. Wogóle przy wilku autorzy radzą stosować przede wszystkim nacięcia i galwanopunkturę. Jeżeli, pomimo 2 — 3 miesięcznego leczenia występuje nawrót choroby po upływie 1 — 2 miesięcy od przerwy kuracji, należy przystąpić do leczenia światłem. Zbyt długotrwałe stosowanie wspomnianych zabiegów przyczynia się do grubych i nieforemnych blizn, utrudniających potem leczenie światłem. (Derm. Zeit. B. IX, H. 2).

93. Dr. Juliusz Sigel stosował **veronal** w oddziale wewnętrznym Prof. Ewald'a w szpitalu Augusty w Berlinie w 100 przeszło przypadkach. W dawkach od 0,25 — 0,5 działa veronal jako środek nasenny doskonale w rozmaitych postaciach bezsenności. Jedynie w ciężkich przypadkach alkoholizmu musiano zwracać się do większych dawek (1,0). Jako środek kojący w stanach nadmiernego pobudzenia nowy ten preparat także dodatni wpływ wywierał. Ujemnych stron tego leku autor nie spostrzegął. (Berl. Klin. Woch., Nr. 1, 1904). H. K.

94. Dr. Burnett z Edynburga, wychodząc z zasady, że panuje niezaprzeczenie związek etyologiczny pomiędzy ostrym gośćcem stawowym i płasawicą, stosował u dzieci, dotkniętych tem ostatniem cierpieniem, **aspirynę** po 0,3 — 0,6, stosownie do wieku, kilka razy na dzień. Skutek był bardzo dobry, objawy płasawicy już w szybkim stosunkowo czasie ustępowały. (The Medical Times and Hospital Gazette, 1903). H. K.

95. Dr. Ph. Ferd. Becker. **Heroina jako anaphrodisiacum**. (Berl. Klin. Woch., Nr. 47, 1903). Heroinę jako anaphrodisiacum pierwszy zastosował przed półtora rokiem Heins z Paryża. Autor sprawdzał mniemanie Heins'a i doszedł do tych samych wniosków. Heroina na narządy płciowe wywiera swój wpływ w większych nieco od zwykłych dawkach. Dawki od 0,005 do 0,0075 prawie

bez wyjątku pozostały bez skutku. Dla wywołania pożądanego afektu zwrócić się trzeba do dawek wyższych 0,01 — 0,03. We wszystkich przypadkach dłuższego stosowania heroiny występuje bardzo szybko przyzwyczajenie się do tego środka; jeżeli jednak wstrzymamy na czas pewien jego użycie, lub też zastąpimy go innym preparatem, to po takiej przerwie heroina znowu siłę swą odzyskuje.

Wskazania do podawania heroiny, jako anaphrodisiacum, mogą być następujące:

- 1-o. Bolesne naprężenie prącia podczas rzeżączki.
- 2-o. Chorobliwie wzmożony popęd płciowy.
- 3-o. Zabiegi chirurgiczne na prąciu, aby wstrzymać występujące zazwyczaj rano naprężenie prącia.
- 4-o. Zbyt częste zmazania nocne.

Strauss zaleca heroinę przy bólach w sferze płciowej przy zapaleniu pęcherza, przyjadrza i t. d. Strube (Berl. Kl. Woch., Nr. 45, 1898) wskazał jednak, że heroina nie posiada własności uśmierzenia bólów. Autor również nie widział skutecznego działania w podobnych przypadkach.

Heroina posiada tę wyższość nad lupuliną, że jest pozbawiona smaku i zapachu. Podaje się heroinę pod rozmaitemi postaciami. Heins zaleca ją w pigułkach, autor stosował ją w ten sam sposób, Strauss podawał ten preparat w proszku lub czopkach.

H. Kucharzewski.

96. **Kwas azotowy.** (Sem. méd., Nr. 49, 1903). Jest on, podobno, doskonałym środkiem w 2 lub 5% roztworze na wrzody i dymienicę. M. Porosz przecina na niewielkiej, bo jednocentymetrowej, przestrzeni dany wrzód — wypuszcza zeń ropę i wstrzykuje natomiast roztwór kwasu azotowego. Injekcja jest nieco bolesną, gdyż rozsuwa tkanki. Po usunięciu nadmiaru płynu, (poprzednio można posmarować otwór na około wazeliną, by uchronić skórę od działania kwasu), robi się opatrunek. Nazajutrz, podczas robienia opatrunku, opróżnia się pochwę z szaro-brudnego płynu, zawierającego maleńkie kawałki substancji serowatej. Zastrzykuje się po raz drugi kwasu azotowego; po kilku takich zabiegach płyn z szaro-żółtego przechodzi stopniowo w surowiczy, następnie wyciek jest coraz mniejszy, rana się goi. Jeżeli ropienie zajmuje naraz kilka gruczołów, to trzeba robić iniekcji o wiele więcej, leczenie jednak nie trwa w żadnym razie dłużej nad 5 dni.

Porosz myśli, że kwas azotowy działa nietylko jako środek

bakteryobójczy, lecz przyspiesza gojenie się, niszcząc komórki których egzystencya jest mniej więcej zachwiana — lub pomagając ich wydzieleniu się.

Matylda Biehler.

97. **Nowy sposób leczenia trądziku.** Barthélemy w bardzo uporczywych przypadkach acne (u 5 syfilityków, u których jednak był trądzik pospolity, a nie zaś — przymiotowy), otrzymał pomyślne wyniki od śródmięśniowych zastrzykiwań 0l. cinerei. U jednego z tych chorych z trądzikiem, umiejscowionym nawet na udach i pośladkach, objawy znikły w ciągu roku po dwóch seryach o 6-ciu igłach każda i jednej o 4-ch igłach. Aczkolwiek w tym przypadku nastąpił potem nawrót choroby, jednak po trzech seryach o 4-ch igłach każda, cierpienie znikło bezpowrotnie przed upływem drugiego roku od czasu rozpoczęcia leczenia. Barthélemy obserwował oprócz tego wyleczenie kompletne w przypadku pityriasis rosée Gibert'a, również u syfilityka, po dwóch zastrzyknięciach olei cinerei, dokonanych w przerwie tygodniowej. Notując poza tem otrzymane przez Brocq'a dodatnie wyniki w pryszczycy łojotokowej od zastrzykiwań kakodylojodortęciowych i osiągnięta przez Fournier'a poprawę w wilku i nabłoniaku od kalomelu, Barthélemy wyprowadza wniosek, że rtęć w postaci rozpuszczalnych preparatów, wprowadzana do organizmu przez zastrzyknięcia podskórne lub śródmięśniowe, jest wysmienitym środkiem w niektórych cierpieniachskórnych pochodzenia pasorzytniczego. Barthélemy uważa acne vulgaris za cierpienie, powodowane mikroabami, (*Annales de dermat. et de Syphil.*, Nr. 11, 1901).

H. U.

98. **Leczenie spraw rzeżączkowych z ogólnego punktu widzenia.** Podług Lewin'a, stosowanie zwykłych, przeciwrzeżączkowych szprycowań odpowiednie jest tylko w rzeżączce powierzchownej t. j. w razie zajęcia błony śluzowej o płaskim nabłonku (rowek łódkowaty, przetoki cewkowe u mężczyzn, pochwa i cewka moczowa u kobiet), przez który gonokoki z trudnością mogą się przedostać, tymczasem gdy na rzeżączkę błony śluzowej o nabłonku cylindrycznym (zatoki Morgani'ego, gruczoł przyprątny, pęcherzyki nasienne, nasieniowody, przyjdrze, prostata, spojówka powiek, szyja macicy), t. j. na t. zw. przez autora rzeżączkę głęboką szprycowania te, nie mają żadnego wpływu. W pierwszej postaci rzeżączki przemywanie podług Janet'a lub też długotrwałe szprycowania (naprz. $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ % roztynem protargolu) winny być stosowane już z samego początku cierpienia, z wyjątkiem przypadków o przebiegu burzliwym, w których niezbędna jest metoda wycze-

kująca. Zniknięcie gonokoków po kilku dniach powyższego leczenia dowodzi trafności rozpoznania powierzchownej postaci cierpienia; leczenie to w dodatku zabezpiecza od możliwych komplikacji i przejścia w rzeżączkę głęboką. Jeżeli jednak po 3 — 4 dniach takiego leczenia wykrywają się jeszcze w wydzielinie gonokoki lub też wytwarza się obfita ropa nawet bez gonokoków, to przekonywamy się wówczas o istnieniu postaci głębokiej, wymagającej innego sposobu leczenia — a mianowicie mechanicznego — przez rozszerzanie cewki moczowej zgłębnikami lub rozszerzaczami. (Der-mat. Centralbl., 1902, December).

H. U.

99. **Poronne leczenie czyraków.** Gallois radzi w cierpieniu tem zapędzlować oddzielne czyraki jodacetonem (roztwór 4,0 jodu w 10,0 acetonu). Po zapędzlowaniu wrzodzianka pokrywa się jak gdyby warstwą laku, pod którą szybko następuje gojenie, wówczas nawet, gdy w czyraku wytworzyła się już kropelka ropy. Jodaceton wywołuje ból przy czyrakach już owrzodzonych, uniknąć jednak tego można przez zapędzlowanie poprzednie kokainą. Pędzlować jodacetonem winien sam lekarz z powodu drażniącego działania tego środka, mogącego, przy nieostrożnem obchodzeniu się, wywołać owrzodzenia i pryszcze. U osobników, wrażliwych bardzo na jod, szczególnie w razie zapędzlowania na jednym posiedzeniu wielu czyraków, jodaceton może wywołać objawy zatrucia jodem, co, zresztą, zdarza się czasem i przy pędzlowaniach wrzodzianek zwykłą jodyną. Stosowanie jodacetonu przeciwko czyrakom dało bardzo pomyślne rezultaty w oddziale prof. Chantemesse'a, skutkiem czego ten środek zupełnie tam teraz wyrugował z użycia poprzedni sposób leczenia wrzodzianek pędzlowaniami jodyną. (Posiedzenie Pa-ryskiego Towarzystwa Terapeutycznego, 24 grudnia 1902 r.).

H. U.

100. Dr. Alois Strass ogłasza¹ w Wien. Klin. Rundschau Nr. 50, 1903 r. wyniki swych badań nad działalnością **mezotanu**. Preparat ten stosował autor zazwyczaj w połączeniu z oliwą w rów-nych częściach pod postacią smarowań 2 do 3 razy na dzień cien-ki.n pędzelkiem. Chorą część ciała układało się potem nieruchomo i wygodnie i przykrywało watą. Autor stosował mezotan nie tylko w gościecu stawowym i mięśniowym, lecz i w zapaleniu opłucny po-chodzenia gościcowego i w surowiczym zapaleniu osierdzia, również ze skutkiem dodatnim. W niektórych uporczywych przypadkach nerwobólu kulszowego lub lędźwiowego autor stosował mezotan po uprzednim wywołaniu przekrwienia chorego miejsca za pomo-cą termoforu lub też baniek suchych. Również i objawy ze strony

serca ustępowały po zastosowaniu mezotanu. Podrażnienia nerek nigdy nie zauważono. Zupełnie nieskutecznym okazał się ten nowy preparat w arthritis urica i deformans oraz w cierpieniach stawów, pochodzenia rzeźączkowego i nerwowego (neuritis). Jako środek, wstrzymujący poty nocne u suchotników — mezotan również wpływ swój skuteczny zaznaczył. W tych przypadkach wciera się kilka kropeł mezotanu w piersi i plecy suchotnika bezpośrednio przed snem.

H. K.

101. **Balsam kopajski i kubeba zmieszane z woskiem.** Na posiedzeniu Paryskiego Towarzystwa Terapeutycznego 28 stycznia 1903 r., Maurel zakomunikował o oddawna praktykowanym przezeń z dodatnim wynikiem sposobie uniknięcia odbijań przy zażywaniu [balsamu kopajskiego i kubeby. Sposób ten polega na zmieszaniu środków wspomnianych z woskiem, nie ulegającym przemianie pod wpływem śliny i soku żołądkowego i ochraniającym przeto od działania tychże balsam kopajski i kubebę aż do czasu przedostania się ich do kanału kiszkiowego. Przepis jest następujący: Cerae flavae 10,0; Balsami Copaivae 20,0; Pulv. Cubeb. q. s., Misce leni calore l. a. Mieszaninę tę zażywa się w postaci gałek, przyrządzonych przez aptekarza lub samego chorego.

H. U.

102. **O niektórych ulepszeniach w leczeniu wilka metodą Finsen'a.** Kattenbracker dokonał szeregu doświadczeń porównawczych nad bakteryologicznymi własnościami światła, otrzymywanego od lampy Finsen'a i lampy Kielsen'a „Dermo“. Doświadczenia dokonywane były nad rozmaitymi pasorzytami w rozmaitych odżywkach. Okazało się, że gdy od lampy „Dermo“ hodowla wymierała zupełnie lub zatrzymywała się w swym rozwoju, lampa Finsen'a w tym samym czasie dawała efekt stosunkowo nieznaczny. Na mocy swych doświadczeń autor usilnie poleca lampę Kielsen'a przy leczeniu wilka, dzięki bowiem tejże udaje się znacznie skrócić trwanie posiedzeń i zmniejszyć zużycie energii elektrycznej, jak również stają się zbyteczni pomocnicy, gdyż lampa zaopatrzona jest w specjalny przyrząd do wywierania ucisku szkłem na chore miejsce. Niestety, ten nowy aparat nie zapobiega drażniącemu wpływowi promieni chemicznych na skórę, który często wywołuje uporczywe rumienie. (Centralbl. f. Chirurgie, Nr. 5, 1902 r.).

H. U.

103. **Leczenie figówki niepasorzytniczej nacięciami.** Dumon, w przypadku uporczywej figówki na podbródki, po bezowocnem leczeniu środkami rozmiękczejacymi i przeciwpasorzytnicznymi, przystąpił do nacięć z następczem stosowaniem kompresów ciepłych z wo-

dy karbolowej. Nacięcia, po znieczuleniu pola operacyjnego, stosowane były 2 razy tygodniowo. W 7 tygodni od czasu przystąpienia do tej metody leczenia nastąpiło kompletne wyzdrowienie. Z powodu tego autor uważa metodę Vidal'a — nacięcia w połączeniu ze środkami przeciwpasorzytnymi — za najlepszą we wszystkich cierpieniach skórnych, pochodzących z gruczołów: trądziku, czyrakach i figówce niepasorzytniczej. Dodatkowo strony tego sposobu, zdaniem autora, polegają: 1) na zniknięciu stanu zapalnego w następstwie usunięcia świeżo powstałych lub natłoczonych leukocytami naczyń włoskowatych i 2) na usunięciu samej przyczyny choroby przez zniszczenie mikrobów i zobojętnienie ich toksyn odpowiednimi środkami miejscowymi. (*Annal. de dermat. et syph.*, Nr. 11, 1901).

H. U.

V. Z TOWARZYSTWA LEKARZY GUBERNII LUBELSKIEJ.

Protokół zwyczajnego posiedzenia Lub. Tow. Lekarskiego z dnia 4-go Czerwca 1903 r.

1. Markiewicz w zastępstwie Majewskiego — przedstawia chorą ze szpitala św. Wincentego po wycięciu guza jajnika. Katarzyna P., lat 55; od półtora roku bóle w brzuchu; od pół roku zauważyła guz w brzuchu; guz ten w ostatnich miesiącach szybko rósł. Chora 4 razy rodziła prawidłowo. Miesiączkowanie ustało przed kilku laty. Brzuch bardzo silnie wzdęty; wypuk słumiony; guz wypełnia cały prawie brzuch; zbitości spoistej; miejscami elastyczny; chębotania nie daje, mało ruchomy, przy mocnym nacisku wyczuwa się w nim oddzielne twardsze guzowatości.

Laparotomia w uśpieniu chloroformowem; nakłucie troakarem w części guza elastycznej, prócz niewielkiej ilości krwi, nic więcej nie dało; wobec tego Majewski rozszerzył cięcie od wyrostka mieczykowatego aż do spojenia i guz wyważył nazewnątrz. Po oddzieleniu nielicznych bocznych zrostów, wyjaśniło się, że guz ten pozostaje w związku z prawymi przydatkami macicy za pomocą szerokiej krótkiej szypuły, wychodzącej z dolnej tylnej powierzchni guza; po podwiązaniu i oddzieleniu szypuły, okazało się, że tylna powierzchnia guza zawiera głęboką podłużną długą wnękę, do dna której przyrosły płasko na dużej przestrzeni (12 cmt.) dwie oddzielne pętle cienkiej kiszki. Zrosty te były mocne, tak, że z trudnością jedynie udało się kiszki odedrzeć; surowicza kiszek przytem

została obdartą na znacznej przestrzeni; wobec czego szwami Lamberta w rozmaitych kierunkach nakładanymi, by zbyt światła kieszki nie zwięzić, obszyto je; prócz tego na tylnej powierzchni guza z prawej strony wnęki przyrósł sznur, grubości gęsiego pióra, ciągnący się do ślepej kiszki; okazało się, że sznurem tym był wyrostek robaczkowy, wobec czego M. wyciął go przy ślepej kiszce.

Przebieg gojenia rany bez odczynu; w tydzień po zabiegu prawostronne zapalenie płuc z dobrym zejściem. Obecnie—w trzy tygodnie po operacji, chora, jako wyleczona, wypisuje się do domu. Usunięty guz ważył 15 funtów. Powierzchnia guza—gładka, błyszcząca; spoistość guza—miękka, prócz pojedynczych twardszych guzowatości; na przekroju guz składał się z szaro-żółto-białej masy, wyglądającej jak mózg, przepojonej zlekką krwią; prócz tego miejscami w mięszu guza zawarte były małe torbiele z zawartością krwawą, surowiczą lub szklaną; ściany niektórych z nich były twarde, włóknikowe i one to nazewnątrz wyczuwały się, jako oddzielne twarde guzy. Preparat drobnowidzowy, łaskawie zrobiony przez kol. Bernsztajna z Warszawy, rozpoznany przezeń został, jako **carcinoma medullare ovarii** (endothelioma). Przypadek w szczególóm opracowaniu podany będzie do prasy lekarskiej.

2. Markiewicz przedstawił chorą, u której z powodu **skrętu szypuły torbieli** Majewski zrobił **owariotomię**.

Praskowia K., lat 37, choruje od lat 15-tu na bóle brzucha i krzyża, zamężna; w ciąży nie zachodziła. Przed pół rokiem lekarz rozpoznał niewielką ruchomą prawostronną torbiel jajnika. Obecnie początek choroby nagły; w nocy chora dostała gwałtownych bólów brzucha i wymiotów; objawy te, ciągle wzrastając, trwały 3 doby. Przed samym zabiegiem brzuch wzdęty, silnie bolesny; stłumienie z prawej strony; język suchy, ciepłota 39^o2, tętno 136.

Laparotomia w uspieniu chloroformowem, w otrzewny—obfita ilość ciemnego płynu, z prawej strony guz wielkości głowy dorosłego człowieka, koloru czarnego, o ścianach tak miękkich, że niepodobna go było pociągać w obawie pęknięcia. Szypuła torbieli skręcona na 2 $\frac{1}{2}$ obroty — aż do samego prawego rogu macicy, koloru również czarnego; do szypuły, w zewnętrznej jej części przyrośnięty wyrostek robaczkowy — długości około 15 cmt., także czarny. Na torbieli z przodu i z tyłu szereg miękkich, łatwo oddzielających się zrostów. Podwiązanie i odcięcie szypuły; wycięcie wyrostka robaczkowego. Worek Mikulicza przez dolny kąt rany powłok w prawy dół biodrowy. W ciągu tygodnia powolny spadek ciepłoty przy stopniowem usuwaniu worka. W dwa tygodnie

po zabiegu przy regularności — kilkodniowa gorączkowa perimetritis (Stumpfhaematom). Dalszy przebieg prawidłowy. Chora obecnie, w trzy miesiące po operacji, czuje się zdrową.

3. Markiewicz przedstawił chorego, u którego Majewski zastosował przy wyluszczeniu gruczołów szyi wtórny szew powłok według Mikulicza.

Jan W., lat 26. Ogromne przerośnięte gruczoły prawostronne szyi i dołu nadobojczykowego, wewnątrz zserowaciałe, zróżnione z pniami naczyniowymi szyi. Po ich wyluszczeniu mocne wytamponowanie rany gazą jodoformową, a w 2 tygodnie później dokładne jej zaszcycie z bezodczynowym przebiegiem i linearną ładną blizną.

4. Rudzki pokazał preparaty **jednostronnego zaniku nerki i nadnercza** z chorej, która za życia przedstawiała pewne objawy choroby Addisona.

Chora, 70-letnia mieszcanka, wstąpiła do szpitala św. Wincentego 1 grudnia 1902 r. ze skargą na kaszel i ogólne osłabienie. Przy badaniu znaleziono następujące zmiany: w prawym wierzchołku nieznaczne stłumienie, wilgotne rżenie w obydwóch szczytach i w dolnej części prawego płuca; inne narządy wewnętrzne w stanie prawidłowym. Skóra jasno-brązowa, zabarwienie dość równomierne; koło obojczyków oraz pach ciemniejsze plamy; na plecach gdzieniegdzie białe okrągłe plamki. Błony śluzowe naogół niezajęte, na języku jednak na górnej powierzchni koło koniuszka z boku widać czarną jedną plamkę. Zaburzeń żołądkowych niema. Osłabienie mięśniowe znaczne; wyczerpanie występuje bardzo prędko po niewielkich nawet wysiłkach. Mocz o c. g. 1027 w składzie prawidłowym. W płwocinie laseczników Kocha nie znaleziono.

Po paromiesięcznym pobycie w szpitalu chora wzmocniła się nieco; kaszel zmniejszył się; objawy przedmiotowe pozostały bez zmiany, tylko w moczu od czasu do czasu występowały ślady białka. Wobec powyższego obrazu chorobowego, R., przedstawiając chorą w Tow. Lek. 4—II—03 w czasie odczytu o chorobie Addisona, wypowiedział przypuszczenie, że mamy tu do czynienia nie z cisawką, a ze starczemi zmianami przy przewlekłym cierpieniu płuc, prawdopodobnie gruźliczego pochodzenia.

Dla wyjaśnienia sprawy, R. próbował też sposobu, zaleconego przez Jacquet i Trémolières, mianowicie po przystawieniu wezykatoryi do obydwóch goleni chorej, stosował potem przez dłuższy czas kataplazmy gorące z siemienia lnianego z gorczycą. Po paru tygodniach pozostały na goleniach jasno-brązowe plamy, które z czasem przybrały ciemno-brunatny odcień (na jednej goleni).

Po $2\frac{1}{2}$ miesiącach pobytu w szpitalu chora wypisała się, w miesiąc jednak potem powróciła znów wskutek znacznego osłabienia i wzmózonego kaszlu. Objawy tym razem były takie, jak poprzednio przy pierwszym wstąpieniu do szpitala. Zabarwienie skóry nie zwiększyło się, plamy na goleni pozostały. Chora po miesięcznym wypoczynku znów wróciła do zadowalniającego stanu zdrowia, chociaż naogół czuła się nie tak dobrze, jak po poprzednim pobycie w szpitalu. 6 maja r. b. chora w dzień chodziła jeszcze i nie uskarżała się na nic osobliwego, w nocy zaś nagle zmarła.

Ogłędziny pośmiertne wykazały zmiany gruźlicze w prawym płucu (w wierzchołku i w dolnym płacie) oraz zanik lewych: nerki i nadnercza, przy prawidłowej wielkości i wyglądzie tychże narządów z prawej strony.

Można tedy przypuszczać, że pewne objawy kliniczne, spostrzegane za życia chorej, a spotykające się w chorobie Addisona, jako to brązowe zabarwienie skóry i poniekąd błony śluzowej języka, dalej łatwe wyczerpanie mięśniowe, wreszcie występowanie stałego ciemnego zabarwienia skóry na goleni po miejscowym podrażnieniu — objaśniać się mogły częściową niedomogą nadnerczy wskutek zaniku jednego z nich i przypuszczalnie towarzyszących mu zmian w splocie słońcowym. *(Streszczenie własne).*

5. St. Rudzki przedstawił preparat **serca z podwójną wadą** (niedomykalność zastawek tętnicy głównej, oraz zastawki dwudzielnej) i **nerki** od teje chorej z **licznymi zatorami**.

Chora, 30-letnia włościanka, wstąpiła do szpitala św. Wincenciego 21 kwietnia 1903 r., uskarżając się na ogólną puchliznę oraz duszność. Pierwsze objawy chorobowe wystąpiły przed 9-u miesiącami po położu; przedtem była zupełnie zdrowa, wkrótce po porodzie dostała gorączki, kaszlu, pluła krwią, miała bóle w lewym boku; objawy te ustąpiły, lecz w kilka miesięcy potem zaczęły puchnąć nogi, a potem tułów i twarz.

Badanie przedmiotowe wykazało następujące zmiany: obrzęki całego ciała w wybitnym stopniu: cera blado-żółta. Serce powiększone znacznie w obu wymiarach; granice następujące: prawa — l. stern. dextra, lewa — 4 cent. za l. mam. sin., górna — 4-e żebro, dolna — VI-e międzyżebrze, gdzie wyczuwa się silny rzut. Na wszystkich otworach słychać głośny, skrzypiący muzykalny szmer przy II-im dźwięku — najwyraźniejszy na tętnicy głównej; na wierzchołku I-zy dźwięk nieczysty. Na naczyniach obwodowych wyraźny ton. Pulsus celer 96 na l' , miarowy, umiarkowanego napełnienia. W płucach objawy zastoinowe; wątroba znacznie powię-

kszona, bolesna; ascites duży. Mocz wydziela się w niewielkiej ilości, o c. g. koło 1015, ze znaczną zawartością białka ($2\frac{0}{00}$) i umiarkowaną ilością pierwiastów nerkowych (wałeczki drobnoziarniste, komórki nabłonka nerkowego). Rozpoznano: Insuff. v. v. aortae, Nephritis subacuta. Insuff. v. bicuspid (?).

Pod wpływem środków nasercowych i moczopędnych nastąpiło polepszenie, obrzęk zmniejszył się, lecz nienadługo; wkrótce wystąpiły objawy coraz większej niedomogi serca, obrzęki doszły do ogromnych rozmiarów i chora zmarła po 3-tygodniowym pobycie w szpitalu.

Ciepłota trzymała się powyżej 37_0C , ze skokami częstymi do 38 — 38,5. Oględziny pośmiertne wykazały wybitne zmiany we wśierdziu: zastawki półksiężycowe były zupełnie prawie zniszczone, zastawka dwudzielna w mniejszym stopniu, lecz też była wystrzępiona. Wymiary serca były ogromne (cor bovinum), z przerostem obydwóch komór. W jamie osierdziejowej był krwisty płyn w znacznej ilości. Poza objawami zastoinowymi we wszystkich narządach, zasługują na uwagę zmiany w nerkach, które obie były pokryte wgłębieniami, wywołanymi przez głębokie białe blizny w warstwie korowej; blizn takich było dużo w obydwóch nerkach, mniej więcej w symetrycznych miejscach, wgłębienia były tak wielkie, że nerki wyglądały tak, jakby były złożone z kilku części.

Na mocy powyższego obrazu przypuszczać można, że chora po połogu przebyła septyczną sprawę, która wywołała endocarditis ulcerosa z następczą niedomykalnością zastawek tętnicy głównej i dwudzielnej; jednocześnie lub nieco później wystąpiły zatory septyczne w nerkach, infarkty i, jako następstwo ich — głębokie blizny; na tym samym gruncie powstało, zapewne, i przewlekłe mięszone zapalenie nerek.

(Streszczenie własne).

6. Prezes podał do wiadomości projekt Kasy pogrzebowej przy Warsz. Kasie Pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy, oraz prośbę Zarządu Kasy o zrobienie uwag do projektu; postanowiono przesłać takowy Biernackiemu z prośbą o ocenienie.

Sekretarz *Czesław Czerwiński.*

Kronika bieżąca.

D. 20 z. m. opuściło Warszawę 70 kolegów, którzy z zapasu armii powołani zostali na lekarzy wojskowych na Dalekim wschodzie.

Nazwisk wszystkich kolegów nie znamy, wiemy tylko, że zostali powołani bynajmniej nie najmłodszy koledzy, ale ze wszystkich lat, począwszy od r. 1887. Jak nas informowano, pochodzi to stąd, że zostają powołani ci, którzy zapisani zostali do pułków lub lazaretów, wyznaczonych na pole walki.

Zwrócić należy uwagę, że lekarze dotąd mało interesowali się tą sprawą i naczelnika wojennego nie zawiadamiali ani o owych awansach, ani rangach, ani zmianach rodzinnych, dopiero w ostatnich chwilach pod grozą zaczęły się sprostowywania, czasu już jednak po temu nie było.

Na przyszłość więc należy ściśle stosować się do przepisów wymienionych w książeczkach, jaką każdy lekarz zapasowy otrzymuje, w interesie przedewszystkiem własnym i swej rodziny.

Lekarze, powołani na pole walki, otrzymują około 200 r. miesięcznie, 103 rb. na umundurowanie, oraz 1000—1500 rb. na podróż i przygotowania. Żonaci, o ile w swoim czasie zawiadomili Władze, mają prawo otrzymać fundusz kwaterunkowy około 500 rb. dla żon pozostałych.

Nominacye przychodzą bezpośrednio z ministryum, o zmianie więc przeznaczenia tu, na miejscu, nie może być mowy, natomiast po przybyciu na miejsce, można starać się na prawach innych urzędników o tranzlokacyę na inne miejsce.

Jak wiadomo, lekarz pozostaje w zapasie armii 18 lat, po tym czasie, o ile chce się uwolnić, winien wnieść podanie na Najwyższe Imię i tylko w ten sposób otrzymuje uwolnienie.

W czasie wojny żadne podania nie są uwzględniane. Co się tyczy tych lekarzy, którzy zapisani są do pospolitego ruszenia, to pełnią oni służbę tylko w razie powołania pospolitego ruszenia i służą do zapelnienia luk głównie w obrębie kraju. Na teraz o powołaniu ich nie może być mowy, natomiast lekarze, pozostający w zapasie, w miarę postępu mobilizacyi, mogą być powołani wszyscy. W obrębie Królestwa jest, podobno, około 400 zapasowych lekarzy.

Miejsce dla lekarza. Ks. Bolesław Lisiecki, proboszcz parafii w Białopolu (przez Kozatin, gub. Kijowska), uprasza o zawiadomienie, że w Białopolu wakuje miejsce lekarza. Parafia liczy kilkanaście tysięcy ludności, pozbawionej opieki lekarskiej. W r. 1903 w czasie odpustu zorganizowano czasowe ambulatoryum, w którym udzielono 800 porad. Świadczy to o popycie na pomoc lekarską.

Komitet wystawy przyrodniczo-lekarskiej i higienicznej X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1904 zawiadamia wszystkich P.P. wystawców, chcących wziąć udział w tej wystawie, że zastępstwo komitetu dla Królestwa Polskiego raczył przyjąć lekarz p. Dr. Stanisław Kurtz, Warszawa, ulica Sienna Nr. 22, do którego należy wnosić wszelkie zgłoszenia w obrębie Królestwa Polskiego i który też udzieli chętnie wszelkich wyjaśnień w sprawie wystawy.

I Kongres klimatologii i higieny miejskiej odbędzie się 4—9 kwietnia r. b. w Nicei. Uczestnicy wnoszą 20 fr. wpisowego, za

co otrzymują ulgi na kolejach. Prezesem jest prof. Chantemesse z Paryża, sekretarzem Dr. Hérarde de Bessé (à Beau lieu sur-Mer) (Alpes Maritimes), wycieczkami zajmuje się dr. Camons (2, rue de l'Opera. Nice). Zgłoszenia przyjmują się do końca lutego. Między nazwiskami członków komitetu spotykamy nazwisko polaka kol. Ostrowskiego w Mentonie, sekretarza Komitetu dla krajów słowiańskich.

Książki nadesłane. Dr. B. Korybut-Daszkiewicz. „O wartości rozpoznawczej przekłucia łądzwiowego“, odb. z »Medycyny«.

Tenże. „Kilka słów o najwcześniejszych objawach przymiotu dziedzicznego“, odbitka z »Medycyny«.

Tenże. „Kilka słów w sprawie wyboru mamek“, odbitka z »Czasopisma lekarskiego«.

Tenże. „Przyczynek do sprawy opatrywania pepowiny“, odbitka ze »Zdrowia«.

Tenże. „Kilka słów o najnowszych zdobyczach nauki na polu badania chemicznego mleka kobiecego i różnych zwierząt“, odbitka ze »Zdrowia«.

Tenże. „Kilka słów w sprawie ratowania od pozornej śmierci noworodków i dzieci starszych“, odbitka ze »Zdrowia«.

Dr. med. H. Kucharzewski. „O wpływie jądów błoniczego i tęczowego na zmiany morfologiczne, hemoglobinę i c. g. krwi“, Warszawa, 1903, odbitka z »Pam. Tow. lek.«, str. 124.

Prof. S. Ciechanowski. „Odma pęcherzykowa jelit“, odbitka z »Przegl. lek«.

Tenże. „Rozdział antymonu pomiędzy narządy ustroju w doświadczalnym otruciu emetykiem“, odbitka z »Gaz. lek.«.

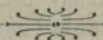
Tenże. „W sprawie wrot zakażenia gruźliczego“, odbitka z »Now. lek.«.

Dr. A. Langie. „Popularna higiena wzroku“, Kraków, 1903.

Dr. T. Zalewski. „Badania nad wytrzymałością błony bębenkowej“, Lwów, 1903.

Zmarli. Dr. Bernard Szancer, dnia 13 lutego r. b. w Warszawie, w wieku lat 65.

— Dr. Romuald Kamocki, dnia 25 lutego r. b. w Warszawie, w wieku lat 33.



Do bieżącego numeru dodaje się prospekt „Ginekologia“, miesięcznik, poświęcony chorobom kobiecym i położnictwu.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 16 Февраля 1904 г.



PEPTONATE DE FER ROBIN

Peptonat żelaza Robin'a.

Prawdziwa sól żelaza, łatwo przyswajalna
przygotowana przez M. ROBIN'A

ŻELAZO ROBIN'A

skutecznie działa przeciw anemji błednicy
i wszelkim osłabieniom.

Pobudza odżywianie i nie wywo-
łuje nigdy zaparcia.

Środek ten pozbawiony jest wszelkiego smaku
Przyjmuje się 3 razy dziennie po 10 do 30 kropeł podcza
jedzenia w małej ilości wody lub wina. Każdy flakon star-
czy na 3 tygodnie do miesiąca.

Sprzedaż w aptekach i w składach aptecznych



GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

GLICEROFOSFAT ziarnisty ROBIN'A

Glicerofosfat wapnia i sody
Stosowany w szpitalach paryzkich

Wzmacniający system nerwowy

Wskazany przeciw krzywicy, słabości kości,
w okresie rośnięcia u dzieci, podczas karmienia
i ciąży, przeciw neurastenii, przeciążeniu umy-
słowemu i t. p.

Przyjemny w smaku; zażywa się w małej ilość-
ci mleka i wody.

Dla dotkniętych cukrową chorobą wy-
rabia się w formie pastylek.

Sprzedaż w aptekach i większych składach
aptecznych.

Próbne flakony wysyła p.p. lekarzom na żądanie.
Reprezentant na Król. Polskie i Rossje:
Władysław Hoffman Warszawa, Królewska 20.
Telefon 2114