

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Rozpoznawanie i leczenie raków krtani.

Napisał

Dr. JAN SĘDZIAK.

(Dokończenie).

Następnie idą kolejno Austria (przyp. 5), gdzie najlepsze uzyskano wyniki tj. najdłużej trwające wyleczenia (Gussenbener 15, 6 i 6 lat), dalej Ameryka (również 5 przyp.), gdzie Hartley poszczycić się może wyleczeniami, trwającymi 5, 4 1/2 i 4 lata, Rosya (5 przyp. z tych 3 Bergmana z Rygi — 1-0 absolutne wyleczenie), wreszcie Francya (5 przyp.). Po 2 przypadki z dobrymi wynikami po rezekcji całkowitej rakowatej krtani uzyskano w Polsce (oba Obalińskiego z Krakowa i oba absolutne tj. 10 i 4 lat trwające wyleczenie), Włochy (Cortis — oba absolutne), Szwajcarya (Kocher), Belgia, Anglia, oraz Hiszpania. Wreszcie jeden tego rodzaju pomysłny przypadek był notowany w Norwegii.

Uderzającym jest fakt niezmiernej rzadkości pomyślnych wyników zarówno ilościowo, jak i jakościowo w Anglii, która jak to wyżej wykazałem, zajmuje odnośnie do laryngofissury najpierwsze miejsce. Fakt ten tłumaczy się energiczną propagandą laryngofissury w leczeniu raka krtani, jaką rozwija niestrudzony w tym kierunku Semon, natomiast na kontynencie rezekcya całkowita krtani przy raku tego narządu znaj-

duje dużo więcej zwolenników, zwłaszcza wśród chirurgów (Gluck, Kocher etc.).

Do tejże grupy t. zw. wyników pomyślnych należałoby do pewnego stopnia włączyć i te przypadki, w których, jakkolwiek wystąpiła recydywa, lecz późno, najmniej po upływie roku.

Tu należą więc przypadki:

1. Gluck'a z Berlina po $5\frac{1}{2}$ latach recydywa.
2. Fischer'a z Hanoweru po $4\frac{1}{2}$ latach recydywa.
3. Novaro'a z Turynu po $4\frac{1}{3}$ latach recydywa.
4. Roser'a z Wiesbadenu po 4 latach recydywa.
5. Thiersche'a z Lipska po $2\frac{1}{2}$ latach recydywa.
6. Maydl'a z Wiednia po 2 latach i 1 miesiąca recyd.
7. Piner'a z Frankf. nad Men. po $1\frac{1}{2}$ roku recydywa.
8. Czerny'ego z Heidelberga po $1\frac{1}{2}$ roku recyd.
9. Kocher'a z Bernu po 1 roku i 4 miesiącach recyd.
10. Hartley'a z Ameryki po 1 roku i 2 mies. recyd.

W ogóle wszystkich przypadków, w których wystąpiła *recydywa* po rezekcji całkowitej krtani — mam w obecnej swojej statystyce zanotowanych 84 tj. niecałe 26%, z tych w 1-m okresie 51, w 2-im zaś tj. po roku 1888 tylko 33 przyp. tj. jakieś 18%.

Nie zapominajmy jednakże, że od tej cyfry należałoby właściwie odjąć powyżej przytoczone 10 przypadków, w których recydywa wystąpiła dopiero po upływie roku.

Wszystkie te cyfry niezbitcie dowodzą, że pod jednym względem rezekcya całkowita krtani przy raku tego narządu przedstawia znaczną wyższość nad pozostałymi metodami operacyjnymi i to nie tylko odnośnie do rękoczynów wewnątrz-krtaniowych, jak wiadomo przedstawiających najmniejszą gwarancję nawrotów cierpienia raka krtani, ale nawet odnośnie do rezekcji częściowej resp. połowicznej krtani a co ważniejsze odnośnie do najlepszej, stanowczo najodpowiedniej-

szej, dającej najpomyślniejsze wyniki, metody operacyjnej, jaką jest bez zaprzeczenia laryngofissura.

Fakt ten powinien nas utrwalić w przekonaniu, że bądź co bądź wycięcie rakowatej krtani jest metodą najpewniejszą i dla tego w odpowiednich ku temu przypadkach, bezwarunkowo stosowaną być winna.

Takiego zdania jest obecnie większa część laryngologów, zwłaszcza amerykańskich, jak Scheppegrell, John Mackenzie, Solis Cohen, Cokelbury i t. p. oraz chirurgów (Gluck, Kocher, Cisneros i wielu innych).

Czy metoda ta tj. wycięcie całkowite krtani, jako sam w sobie rękoczyn, jest bezpieczna? I na to pytanie dają nam odpowiedź cyfry: *zejść* mianowicie *śmiertelnych* wskutek samej operacji mam zanotowanych w obecnej mojej statystyce przypadków 100 tj. prawie $\frac{1}{3}$ część wszystkich przypadków, z tych w 1-ym okresie 56, w 2-im zaś tj. po roku 1888—44 przyp.

Cyfra to imponująca; wskazuje ona, że rękoczyn to bądź co bądź bardzo poważny i jako taki o wiele ustępujący nie tylko wewnątrzkrtniowemu, oraz laryngofissurze, ale nawet rezekcyi częściowej resp. połowicznej krtani.

Nie zapominajmy jednak, że i tu, jak i w innych wyżej wymienionych metodach daje się zauważyć w ostatnich czasach, mianowicie w 2-im okresie tj. po roku 1888-ym (w 2-im piętnastoleciu) dość znaczna różnica na korzyść tej metody, co naturalnie przedewszystkiem zależy od odpowiedniej do tej operacji wybieranych przypadków raków krtani, oraz od coraz bardziej udoskonalonej techniki operacyjnej.

Że tak jest, świadczą najlepiej, o tem dane statystyczne pojedynczych autorów, rozporządzających dużym materiałem obserwacyjnym, między innymi, jak to już wspominałem prof. Kocher'a z Bernu oraz Gluck'a z Berlina, którzy pod tym względem widzieli kolosalną różnicę przed i po roku 1889—1890 (z 12,5% — 8,3%).

W pozostałych 90 przyp. była zbyt *krótka* lub *niedostateczna obserwacja*, choć znowu niektóre z nich są dość blizkie

T A B L I C A V.

zawierająca porównawcze dane wszystkich metod operacyjnych w raku krtani stosowanych.

Wyszczególnienie rodzajów operacji	Ilość operowanych do r. 1903 włącznie przyrządków raków krtani			Wyniki pomysłowe t. j. wyłączenie absolutne i względne			Wyniki ujemne t. j. recydywy po operacji raków krtani			Zejścia śmiertelne, zależne od samej operacji t. j. w kilka dni lub parę tyg.			Niedostateczne resp. zbyte krótkie spoprządzenia
	Ogółem	do r. 1888	po r. 1888	Ogółem %	do r. 1888 %	po r. 1888 %	Ogółem %	do r. 1888 %	po r. 1888 %	Ogółem %	do r. 1888 %	po r. 1888 %	
I Operatio endo laryngealis	52	17	35	19 tj. 36,5% (10 abs. t. j. 19,2%)	6 t. j. 13 t. j. 35,3% 37,1%	20 t. j. 57,1% 39,2%	7 t. j. 13 t. j. 41,1% 39%	—	—	—	—	—	13 t. j. 25%
II Laryngolissura	209	89	120	64 tj. 30,6% (33 abs. t. j. 15,7%)	5 t. j. 59 t. j. 5,5% 49,2%	87 t. j. 57 t. j. 41,6% 64%	30 t. j. 14 t. j. 25% 14 t. j. 12 t. j. 47% 13,4%	1,7% 13,4%	2 t. j. 1,6%	—	—	—	45 t. j. 21,5%
III Resectio partialis s. unilateralis laryngis	217	55	162	48 tj. 22,1% (27 abs. t. j. 12,4%)	9 t. j. 39 t. j. 16,3% 22,4%	69 t. j. 22 t. j. 31,8% 40%	47 t. j. 47 t. j. 29,0% 47 t. j. 18 t. j. 21,6% 32,7%	—	—	—	—	—	54 t. j. 24,8%
IV Resectio totalis laryngis s. laryngectomia totalis	324	143	181	49 tj. 15,1% (19 abs. t. j. 5,8%)	17 t. j. 32 t. j. 11,8% 17,6%	84 t. j. 51 t. j. 25,9% 36,3%	33 t. j. 18,3% 33 t. j. 100 tj. 18,3% 56 t. j. 44 t. j. 39,1% 24,3%	—	—	—	—	—	90 t. j. 27,8%
Razem . . .	802	304	498	180 tj. 22,4% (89 abs. t. j. 11,1%)	37 tj. 12,1%	143 tj. 28,7%	260 tj. 32,4%	137 tj. 45%	123 tj. 24,6%	161 tj. 20%	86 tj. 28,3%	200 tj. 25,1%	202 t. j. 25,1%

t. zw. względnych wyleczeń, gdyż jeszcze po 8 — 10 miesiącach stan chorych był zadawalniający (np. u Hartley'a), należy więc mieć również na uwadze w ocenianiu wyników pomysłnych po wycięciach całkowitych krtani, rakiem dotkniętej.

Na zakończenie przedstawię jeszcze raz w tablicy oddzielnej dane statystyczne, powyżej przezemnie podane, a to w celu wykazania «ad oculos» dodatnich i ujemnych stron każdej z 4 poszczególnych metod operacyjnych w raku krtani stosowanych. Tym sposobem tem łatwiej uwydatni się wyższość tej, lub innej metody operacyjnej, stąd też i czytelnik będzie miał jasne pojęcie o obecnym stanie naszej wiedzy o operacyjnem leczeniu raków krtani.

Z tablicy powyższej przekonać się dowolnie można:

1) że leczenie operacyjne raków krtani jest obecnie najracjonalniejszą metodą leczniczą w tem cierpieniu; daje ono wogóle wcale niezłe wyniki, zarówno odnośnie do wyleczeń absolutnych (11%) tj. trwających przynajmniej 3 lata, jako też i do t. zw. względnych (11,2%) tj. takich, w których po upływie roku jeszcze stan chorych był zadawalniający — bez śladu recydywy miejscowej w krtani.

2. Że wyniki te w 2-im okresie tj. po roku 1888-ym, w ogóle w ostatniem 15-to leciu są coraz lepsze, dając cyfrę przeszło w dwujnasób większą (z 12,1% do 28,7%).

3. Toż samo się tyczy recydyw w ogóle po operacjach raków krtani, jakoteż zejść śmiertelnych bezpośrednio od operacji samej zależnych; zarówno bowiem jedno, jak i drugie zmniejszyły się prawie w dwójnasób w ostatniem piętnastoleciu (z 45% recydyw na 24,6%, oraz z 28,3% śmierć na 15%).

Jak jedno, tak i drugie zależy od krytycznego bardziej doboru przypadków (wczesne postacie raków krtani), oraz od bardziej udoskonalonej techniki operacyjnej.

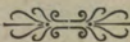
4. Że najlepsze wyniki, zwłaszcza w 2-im okresie tj. po roku 1888 dawała przy leczeniu raków krtani laryngotissura

(49,2% na 37,1% przy endolaryngealnej metodzie, oraz 22,4% i 17,6% przy rezekcji częściowej i całkowitej krtani).

Należy zatem w obec tego uważać obecnie laryngofissurę za najlepszą metodę leczniczą przy raku krtani i jako taką najczęściej stosować, naturalnie znowu w odpowiednio ku temu wybranych przypadkach tj. w najwcześniejszych postaciach raków krtani.

5. Że pod względem recydyw najpewniejszą jest rezekcja całkowita krtani (18,3% w 2-im okresie na 39% po operacjach endolaryngedlnych, 29% po rezekeyach częściowych resp. połowicznych krtani, oraz 25% po laryngofissurze. Pod tym względem tj. pewności pooperacyjnej najbardziej ta ostatnia tj. laryngofissura zbliża się do rezekcji całkowitej krtani, która więc jest wskazana wszędzie tam, gdzie albo sprawa rakowata jest zbyt rozwinięta (w późniejszych więc okresach raków krtani), albo po dokonanej laryngofissurze nastąpiła po pewnym czasie recydywa.

6. Że natomiast laryngofissura, nie mówiąc już o wewnątrzkrtańowych rękoczynach, które tu jednak ze względu na największą odsetkę recydyw pomimo niezłych stosunkowo wyników pomyślnych zachwalać zbyt nie można, stoi o całe niebo wyżej od rezekcji całkowitej, a nawet częściowej krtani pod względem bezpieczeństwa tj. zejść śmiertelnych bezpośrednio, a więc w następstwie samej operacji (na 24,3% w 2-im okresie przy całkowitej, oraz 17,9% częściowej rezekcji krtani zaledwie 1,6% przy laryngofissurze).



II. Leczenie przymiotu hermofenylem.

Podał J. Wojciechowski, Ord. Szpit. Ś-go Łazarza.

Jak powszechnie wiadomo, zastrzykiwania głębokie związków rtęciowych należą do najdzielniejszych sposobów leczenia przymiotu, posiadają jednak tę wadę, że w pewnej liczbie przypadków sprawiają ból i nacieki, występujące na miejscach zastrzykiwań; związki zaś rtęci nierozpuszczalne tworzą niekiedy złogi, których wessanie powolne przedłuża niepotrzebnie działanie rtęci, wywołując czasem zatrucie tym pierwiastkiem. Na miejscach byłych niegdyś złogów i nacieków, widzieć można częstokroć bliznowate zagłębienia na pośladkach, wskazujące na znaczne zniszczenie tkanek; spostrzegano również na miejscach tych ropnie i obszerne zgorzelinowe rozpady, natury niezakaźnej.

Niezależnie od pewnej wrażliwości, właściwej wielu organizmom, powstające zmiany miejscowe i ogólne są w ścisłym związku ze składem chemicznym środków rtęciowych, używanych do zastrzykiwań.

Przytoczone powikłania, aczkolwiek dziś, przy zachowaniu odpowiednich ostrożności, występują rzadziej. pomimo to jednak są powodem ciągłych poszukiwań nad otrzymaniem takiego związku rtęci, któryby był pozbawiony stron ujemnych, wyżej wspomnianych.

Z pomiędzy licznych środków rtęciowych, używanych do głębokich zastrzykiwań, od r. 1901 zwrócił na siebie powszechną uwagę t. z. hermofenyl, otrzymany przez Lumier'a, będący tlenkiem rtęci, rozpuszczonym w fenylanie dwusiarkanu sodu ($C^6 H^2 O (SO^3 Na)^2 H_3$).

Hermofenyl zawiera 40% rtęci metalicznej, ma wygląd proszku białego z odcieniem żółtym, jest bezpostaciowy i łatwo rozpuszczający się w wodzie; roztwory jego bywają mętne, nawet po przepuszczeniu przez sącdek z bibuły szwedz-

kiej, klarują się zupełnie dopiero po upływie doby. Rozczyny hermofenyłu nie strącają białka, tak samo zachowują się i z surowicą krwi, odczyn posiadają słabo alkaliczny; wodań potasu i sodu, jak również siarek ammonu nie zmieniają ich, z kwasem siarczanym i solnym tworzą słabą opalizację; chlorek cyny osadza z nich rtęć metaliczną w postaci osadu czarnego, półtorachlorek żelaza nadaje barwę szmaragdową, jodek potasu czerwoną. Hermofenyl ogrzany do 120° C. nie rozkłada się; wstążeczka złota, zanurzona 24 godziny w 5% roztworze, rtęci na swej powierzchni nie wykazuje.

Badania nad działaniem hermofenyłu są dosyć liczne, składają się na nie prace przeważnie francuskich lekarzy. Omawiany środek znalazł zastosowanie w chorobach syfilitycznych, ocznych, chirurgicznych, skórnych i moczopłciowych.

H. Reynes (Marseille médical., Octobre 1901) opublikował swe spostrzeżenia nad działaniem $\frac{1}{2}\%$ zastrzykiwań hermofenyłu, robionych 26 chorym, cierpiącym na rozmaite postaci przymiotu. Zastrzykiwania, których liczba doszła do 100, autor robił 2 razy na tydzień po 2 szpryki gramowe, najpierw w mięśnie pośladkowe, później zaś pod skórę; nie sprowadzały one najmniejszych powikłań i szybko ulegały wessaniu. Dobroczynny wpływ środka na chorych wyraził się szybkim znikaniem wykwitów, nawet takich, jak łuszczące się grudki dłoni i podeszew (Syph. cut. pap. squam).

Prof. Nicolle (Revue médicale de Normandie 1902) ogłosił wyniki swych spostrzeżeń, dokonanych nad 94 chorymi, którzy otrzymali 908 zastrzykiwań; dawki były robione dwa razy na tydzień z 2% hermofenyłu, za każdym razem po 2,0. Na podstawie swych spostrzeżeń autor przychodzi do wniosku, że zastrzykiwania głębokie hermofenyłu są bardzo skuteczne we wszystkich objawach przymiotu, i przy zachowaniu zwykłych ostrożności są zupełnie nieszkodliwe.

E. Legrain (Revue médicale de l'Afrique du Nord. Maj 1902) zastrzykiwał syfilitykom 1% roztwór hermofenyłu, ponieważ jednak roztwór ten sprawiał niekiedy chorym

ból, zamienił go na $\frac{1}{2}\%$. Autor oddaje wielkie pochwały temu związkowi rtęci, mającemu wyższość nad wszystkimi nierozpuszczalnymi, przedewszystkiem zaś nad kalomelem, który źle bywa znoszony w krajach gorących, wywołuje bowiem często zapalenie nerek.

A. Mourmand (Thèse inaugurale, Lyon 1902) leczył środkiem tym rozmaite postaci syfilidów i uważa go za najlepszy z przeciwsyfilitycznych, nie sprawia bowiem bólu, nie wywołuje nacieków i sprowadza szybkie znikanie objawów przymiotu.

Prof. Hallopeau (Posiedzenie Akademii Medycznej 29 Lipca 1902 r.), oddając wielkie pochwały hermofenylovi, zaznacza, że związek ten rtęci posiada silne własności bakterycydyczne: w roztworze 1:1000 do 1:5000 wstrzymuje rozwój i pozbawia życia wszystkie drobnoustroje. Przypuszcza zatem, że środek ten zdobędzie sobie obszerne zastosowanie w chirurgii.

Osobiste spostrzeżenia Hallopeau dotyczą 30 syfilityków, którzy byli leczeni podług sposobu, podanego przez Reynes'a; pierwsze jednak próby, dokonane z tym nowym środkiem, nie wypadły pomyślnie, autor w kilku przypadkach zauważył, że pod działaniem hermofenyłu owrzodzenia i wykwyty syfilityczne nietylko nie znikaly, ale na odwrót, występowały nowe; u pewnej jednak liczby chorych objawy swoiste znikaly zupełnie.

W obec tych niepowodzeń, zrodziła się w autorze myśl, że hermofenyl może być związkiem stałym, który w swem działaniu na tkanki organizmu człowieka nie ulega żadnej zmianie, pozbawia je zatem swoistego działania rtęci. Badania jednak Boiteux'a wykazały, że hermofenyl ulega rozkładowi w organizmie i wydziela się z moczem w postaci związków, dających się wykazać zwyczajnymi odczynnikami.

Po orzeczeniu powyższem autor przyszedł do przekonania, że główną przyczyną ujemnego działania hermofenyłu w spostrzeganych przez siebie przypadkach są słabe dawki

tego związku. Od chwili tej podawał hermofenyl chorym, do wewnątrz w roztworze 1:1000 w ilości 4 łyżek stołowych dziennie, t. j. około 6 centygr. dziennie, lub robiąc głębokie zastrzykiwania w pośladki po 4 centygr. w 2,0 wody (t. j. po 0,016 rtęci metalicznej); niezależnie od tego, na owrzodzenia przymiotowe nakładał opatrunki z waty i gazy, napojone 1 do 2% roztworem hermofenyłu. Z 20 syfilityków, leczonych temi powiększonymi dawkami, 12-tu zostało zupełnie wyleczonych, 8-iu zaś pozostałych doznało znacznego polepszenia.

Oceniając działanie hermofenyłu, autor zalicza go do pierwszorzędných związków, używanych do zastrzykiwań głębokich, albowiem nie wywołuje on bolesności ani nacieków miejscowych, łatwo jest znoszony przez kanał pokarmowy; stosowany na owrzodzenia, nie sprawia podrażnień; pod wpływem odpowiednich dawek, znikają szybko objawy przymiotu.

Sukow (Ruskij żurnal kożnych i weneryczeskich bolezniej. Paźdz. 1903) zastrzykiwał z początku chorym roztwory hermofenyłu wedle wzorów podanych przez francuskich lekarzy, wkrótce jednak przyszedł do przekonania, że pół szpryczki 15% roztworu sprawia dostateczny i najlepszy skutek. Pod wpływem takich zastrzykiwań różyczki przymiotowe ginęły po 5 dniach; chory z połowicznym podrażnieniem kończyn, nie mogący wcale chodzić, nazajutrz był w stanie zrobić 10 kroków o własnej sile; uporczywe bóle głowy znikaly po upływie minuty. Na wykonanych przez siebie 3 do 4 tysięcy zastrzykiwań odczyn miejscowy widział zaledwie 3 razy; bólów nie było wcale, lub występowały bardzo słabe i krótkotrwałe.

Zdaniem Sukowa, hermofenyl jest związkiem rtęci tak pewnym i energicznym w działaniu na przymiot, jakiego dotąd nie było.

Sokołow (Ruskij żurn. kożn. i wener. bol. Nr. 5 i 11. 1903) leczył 23 chorych 1% zastrzykiwaniami hermofenyłu, robionemi co 2-gi dzień; z nich 8 doznało nieznacznego polepszenia, 4-ch żadnego, u 11 objawy znikły zupełnie.

Dla zniknięcia różyczki syfilitycznej potrzeba było zastrzyknąć 3 do 12, a w jednym przypadku 24; wykwyty grudkowate wymagały 4 do 23, krostkowate 8 do 32, syfilidy błony śluzowej 4 do 22.

Na zasadzie powyższych danych autor ten przychodzi do wniosku, że działanie hermofenyłu jest niestale i niezawsze jednakowe, a jakkolwiek odczyn miejscowy jest mniejszy niż od 1^o/_o sublimatu, działa on jednak o wiele słabiej od tego ostatniego.

Ocena jednak powyższa jest niesprawiedliwa; hermofenyl bowiem zawiera 40^o/_o rtęci metalicznej, sublimat zaś 73,8^o/_o, musi zatem działać silniej od pierwszego, przy jednakowej procentowości roztworów.

Z krótkiego przeglądu przytoczonych prac wynikałoby, że hermofenyl odpowiada w zupełności głównym warunkom wymaganym od związków rtęci w leczeniu przymiotu, zastrzyknięty bowiem pod skórę i w mięśnie, nie wywołuje bólu i nacieku, nie sprowadza również ogólnych zaburzeń organizmu.

Działanie rtęci na syfilityków wyraża się tem, że ona z początku polepsza stan ogólny chorego, przyczem znikają objawy przymiotu, później zaś pod wpływem jej nadmiaru rozwija się niedokrwiistość, sprzyjająca niekiedy rozwojowi nowych syfilidów.

Zastrzykiwania roztworów sublimatu do moczu, wykonane przez Guido Baccelli'ego (Berlin. Klin. Woch. 1894 r. Nr. 13), Blaschko (Berlin. Klin. Woch. 1904 r. Nr. 45), Görli'a (Münch med. Woch. Maj 1895), Lewin'a w Berlinie i Stukowenkow'a wykazały, że dla usunięcia objawów przymiotu wystarcza zupełnie 0,20 do 0,30 rtęci, bez względu na jej związek chemiczny i sposób wprowadzenia do organizmu.

Od wielu lat stosowane przez lekarzy w szpitalu Ś-go Łazarza i praktyce prywatnej zastrzykiwania rtęci w postaci najczęściej używanego tlenku żółtego, salicylanu rtęci i subli-

matu, odpowiadają w zupełności przytoczonym wskazaniom, tak pod względem ilości wprowadzanej rtęci, jak i skutków przez nią otrzymanywanych.

Przy ocenie zatem działania hermofenyłu w postaci zastrzykiwań na syfilityków, uwzględnić należy dane wyżej przytoczone; skuteczność zaś środka tego, porównana z działaniem używanych dotąd związków rtęci, da nam możność przekonania się o istotnej jego wartości.

Spostrzeżenia moje nad omawianym związkiem rtęci dotyczą 60 chorych, cierpiących na przymiot; z liczby tej 48 zostało przeprowadzonych w szpitalu Ś-go Łazarza, 12 zaś w praktyce prywatnej. W doświadczeniach tych stale zwracałem uwagę na ilość rtęci zastrzykniętej w danej jednostce czasu, wedle czego była normowana częstość zastrzykiwań, i tak: roztwory 5⁰/₆ hermofenyłu (0,002 rtęci), zastrzykiwano co 2-gi dzień, 7,50% co trzeci dzień, 9,25% (0,037 rtęci) co czwarty dzień. Badania moczu na zawartość rtęci były dokonywane przed i podczas leczenia hermofenylem chorych, którym do—tąd związku tego pod żadną postacią nie zadawano.

Historie chorób przytaczam tylko tych chorych, na których działanie hermofenyłu uwydatniło się w szczególny sposób, co się zaś tyczy pozostałych, ograniczam się ogólnym wskazaniem czasu, potrzebnego dla zniknięcia objawów przymiotu.

Ponieważ w czasie otrzymania hermofenyłu miałem na swym oddziale 13 syfilityczek, leczonych w szpitalu 4% zastrzykiwaniami tlenku żółtego rtęci (0,037 rtęci na jedną szpryczkę), dla porównania zatem miejscowego odczynu chorym tym zastrzykiwałem hermofenyl w roztworach od 2 do 9,25%. Próbné te zastrzykiwania, w liczbie 26, miejscowego zadrażnienia nie wywoływały; roztwory 2 do 5% były albo wcale niebolesne, albo też sprawiały ból krótkotrwały; 6 do 9,25% (9,25% odpowiada 4% Hydr. oxyd. flavi) wywoływały czasem ból tępy, nieco dłużej trwały, bo niekiedy do dnia trzeciego; wszystkie chore jednogłośnie oświadczyły, że zastrzy-

kiwania są mniej bolesne, niż poprzednie i domagały się dalszego leczenia tym preparatem.

Z liczby 60 przypadków przymiotu, leczonych zastrzykowaniami hermofenyłu, 53 miało przebieg zupełnie prawidłowy; grupę tę składają następujące postaci: wysypek plamistych (syph. cut. mac.) z jednoczesnem istnieniem owrzodzeń przymiotowych pierwotnych u 3-ch chorych i płaskimi łepieżami u dwóch było 16; wysypek grudkowatych (syph. cut. pap.) z płaskimi łepieżami u 4, owrzodzeniem przymiotowem u jednego i przejściem w krostkowatą wysypkę u 3-ch chorych, przypadków 10; płaskich łepieży (cond. plana) 13; niesztowic (syph. cut. ecthymat.) 3; owrzodzeń kilakowatych (gummata syphil. exulc.) 4; z objawami mózgowymi, natury przymiotowej (ból i zawroty głowy) 4; tabes dors. 2; porażenie połowiczne (hemipl. sin.) 1.

Wysypki plamiste znikaly pomiędzy 9 a 16 dniem, po 3 do 5 zastrzyknięciach 5% hermofenyłu (0,06 do 0,1 rtęci met.); wysypki grudkowate, wraz z towarzyszącymi im powikłaniami ulegały wessaniu pomiędzy 18 a 27 dniem, po 5 do 8 zastrzykiwaniach 9,25% hermofenyłu (t. j. po wprowadzeniu do organizmu 0,222 do 0,296 rtęci metalicznej). Wessanie łepieży płaskich następowało pomiędzy 9 a 23 dniem, po 3 do 7 zastrzykiwaniach 5% (0,06 do 0,14 Hg.). Niesztowice syfilityczne potrzebowały do zablźnienia 27 do 35 dni, do czego było potrzeba 8 do 10 zastrzykiwań 9,25% hermofenyłu (0,29 do 0,37 rtęci). Objawy mózgowie, bez widocznych głębszych zmian tego narządu, przy jednoczesnem podawaniu jodku potasu, ustępowały po 15 do 26 dniach, po 5 do 10 zastrzykiwaniach 7,50% (0,15 do 0,21 rtęci).

(C. d. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Fiziologia.

402. J. Pruszyński. **O wpływie adrenaliny na układ krwionośny.** (Gaz. lek. Nr. 22. 23 24. i 25. 1904 r). We wstępie autor opisuje badania, dokonane w celu wyjaśnienia czynności nadnerczy już to przez usuwanie jednego lub obu nadnerczy, już to przez wprowadzanie wyciągu z nadnerczy do krwiobiegu. Fundament, na którym opiera się nauka w czynności fizyologicznej nadnercza zbudowały prace Cybulskiego i Szymonowicza z jednej strony, z drugiej zaś Oliver'a i Schaefer'a. Badacze ci niezależnie od siebie stwierdzili fakt, że substancja działająca nadnerczy posiada własność podnoszenia ciśnienia i zwolnienia tętna. Gdy Cybulski i Szymonowicz to działanie nadnerczy na układ krwionośny objaśniają podrażnieniem ośrodka naczynioruchowego i jąder nerwów błędnych w rdzeniu przedłużonym, Oliver i Schaefer przypisują podniesienie ciśnienia skurczowi naczyń obwodowych, jakoteż wpływowi nadnerczy na samo serce. Inni badacze w objaśnieniu działania nadnerczy przychylali się na jedną lub drugą stronę, lecz większość stwierdziła działanie nadnerczy na naczynia, które występowało nawet po przecięciu rdzenia. Obok tych prac, mających na celu wyjaśnienie fizyologicznej czynności nadnerczy, zjawily się badania, dążące do otrzymania czynnej substancji w stanie możliwie czystym. Abel z Baltimore otrzymał epinefrynę, Fürth, pracownik Hoffmeisler'a w Strasburgu, wydzielił z nadnerczy suprareninę, wreszcie w 1901 r. Jokiki Takamine i niezależnie od niego Aldrich otrzymali substancję chemicznie czystą, która nosi nazwę adrenaliny. Według wszelkiego prawdopodobieństwa w adrenalinie pyrokatechina związana jest z grupą atomów $\text{CH}^2\text{—NH}$. $\text{CH}^2\text{—OH}$. OH lub $\text{CH}^3\text{ OH}$.— CH NH . CH^3 .

Autor poraz pierwszy zastosował adrenalinę w celu podniesienia ciśnienia, pracując nad nerwami przyspieszającymi serca. Nadzwyczajny skutek działania tego środka, jakoteż możliwość sprawdzenia badań innych autorów, dotyczących czynności nadnercza, były punktem wyjścia do licznych i szcze-

gółowo w pracy opisanych badań, przeprowadzonych na zwierzętach ciepłokrwistych: królikach, psach, a przeważnie na kociach. Zwykle używane były dawki małe od 0,1 — 0,3 mgr. Zwierzęta, używane do doświadczeń, były kuraryzowane, stąd też wszędzie stosowano oddychanie sztuczne; wysokość ciśnienia oraz liczbę uderzeń serca obliczano z krzywej, otrzymanej na kimografonie Ludwiga. Pierwsze doświadczenie, dokonane na króliku nie kuraryzowanym, okazało, że dawka 0,000047 grm. na kilo wagi w 5 sekund po zastrzyknięciu podnosi ciśnienie w 30 mm. rtęci, a w 15 sekund w 90 mm. Ciśnienie podniesione powracało do normy w $3\frac{1}{2}$ minuty. Zarówno podniesieniu ciśnienia jak i jego spadkowi towarzyszyło zwolnienie tętna, a pomiędzy tymi okresami końcowymi występowało przyspieszenie tętna o 2—3 uderzeń w ciągu 5 sekund. W innym doświadczeniu, dokonanem na psie wagi 4 kilu, pod wpływem 0,1 mgr. adrenaliny ciśnienie podniosło się przeszło o 100 mm. ponad normę, tylko uległo znacznemu zwolnieniu, wystąpiły fale wysokie od 29—70 mm., które znikły po przecięciu, nerwu błędnego. Przy użyciu dawek dużych mniej są wyraźne cechy tętna, które ulega znacznemu przyspieszeniu. Wogóle we wszystkich doświadczeniach ciśnienie pod wpływem adrenaliny znacznie i szybko się podnosi. Początkowo podniesieniu ciśnienia towarzyszy zwolnienie tętna, które przybiera cechy tętna czynnego (Actionspulsus) i przechodzi na maximum ciśnienia w tętno przyspieszone. Ciśnienie jednak może się podnieść tylko do pewnego stopnia. Większe ilości adrenaliny nie tylko nie zwiększają podniesionego ciśnienia, ale nawet ciśnienie obniżają, co prawdopodobnie jest w związku z wyczerpaniem poprzednio silnie podnieconych ośrodków naczynio-ruchowych. Objawy te występują przy zachowanej czystości i cechach tętna; przecięcie nerwów błędnych lub zadanie atropiny znosi pierwotne zwolnienie tętna. To pierwotne zwolnienie tętna występuje zwykle na początku działania adrenaliny tylko przy pierwszym zastrzyknięciu, zdarza się przy następnych, a nawet na wysokości ciśnienia może wystąpić typowe, czynne tylko z wysokimi falami. W jednym doświadczeniu, dokonanem na kocie, tętno czynne zjawilo się po czwartej iniekcji adrenaliny po przecięciu nerwów błędnych i atropinie.

Po przejściu działania adrenaliny ośrodki naczynioruchowe nie tylko odzyskują pierwotną pobudliwość, lecz pobudli-

wość ich nawet wzmagają się, świadczyło o tem doświadczenie, w którym autor oznaczał minimalną siłę prądu, wywołującą podniesienie ciśnienia przy podrażnieniu ośrodkowego odcinka nerwu kulszowego przed i po zadaniu adrenaliny; w tym ostatnim razie prąd prawie dwa razy słabszy był w stanie wywołać to samo ciśnienie, jakie wywołać mógł prąd dwa razy silniejszy przed zastrzyknięciem adrenaliny.

W celu przekonania się, jaki udział przyjmuje serce w podniesieniu ciśnienia pod wpływem adrenaliny, autor zatrzymał koty chloralem dotąd, dopóki ciśnienie wskutek porażenia naczyń nie opadło do 20 mm. rtęci. I w tym razie ciśnienie podniosło się przeszło o 140 mm. rtęci; tętno uwolniło się, wystąpiły fale wysokie o 50—66 mm. Po przecięciu nerwów błędnych nastąpiło przyspieszenie tętna z drobnymi falami.

Zwierzęta, znajdujące się pod wpływem adrenaliny, znosiły dobrze duszenie, które wywoływało obniżenie ciśnienia do 0, nieraz dopiero po 12 minutach, ale i wtedy sztuczne oddychanie było w stanie zwierzę nanowo ożywić. Ale adrenalina może wywołać ruchy u zwierzęcia uprzednio zaduszonego nawet wtedy, gdy nie daje się na niem zauważyć nawet skurczów włókienkowych. W jednym doświadczeniu autor dusił kota kuraryzowanego przez zaciśnięcie rurki, doprowadzającej powietrze wtłaczane motorem do tchawicy. Otóż po 6 minutach ciśnienie spadło do zera; po 15 minutach duszenie przerwano i przystąpiono do sztucznego oddychania i mięsienia serca obnażonego. Gdy po 5 minutach tych zabiegów serce zaczęło się kurczyć, duszono zwierzę nanowo w ciągu 15 minut. Serce zatrzymało się w rozkurczu i nie okazywało nawet drgań w uszkach. Krew w kaniuli, łączącej tętnicę szyjową z kymografionem była prawie czarna. Sztuczne oddychanie i mięsienie serca okazały się bez skutku. Dopiero po zastrzyknięciu do żyły szyjowej 0,3 mgr. adrenaliny t. j. 0,1 na kilo wagi, już po 1-ej minucie serce było w stanie wykonywać samodzielne ruchy rytmiczne, a ciśnienie szybko podniosło się do 220 mgr. rtęci. Doświadczenia te mogą posiadać doniosłe znaczenie praktyczne.

Praca opatrzona jest licznymi tablicami doświadczeń, a ostateczne wyniki objaśnione są zmniejszonymi rysunkami z kymografonu.

J. Kolasinski.

II. Chirurgia.

402. **Przerost gruczołu krokowego u młodych osobników.** (Le Progrès Médical, Nr. 19 r. 1904). Przerost gruczołu krokowego spotyka się zwykle u starców. Jednakże cierpienie to może czasami dotyczyć ludzi stosunkowo młodych, mających lat 40, a nawet mniej. Ich to właśnie autor nazywa «młodymi prostatykami». Jakże więc objaśnić powstawanie tego cierpienia u ludzi młodych? Na zasadzie własnych licznych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że przerost gruczołu krokowego jest końcową sprawą przewlekłego zapalenia, które rozwija się początkowo w samym gruczole, potem w tkance okołogruczolej, nakoniec w tkance śródniaższowej. Zwykle sprawa ta ciągnie się bardzo długo skrycie, nim dojdzie do objawów, wywołanych powiększeniem gruczołu, lecz u «młodych prostatyków» okres ten jest właśnie bardzo krótkim. Takie same poglądy wypowiadało już dawniej wielu autorów: Griffiths, Ciechanowski, Eraud, Gouley i in., lecz zbijano ich zdanie, ponieważ bardzo wielu chorych z przerostem prostaty nie przechodziło nigdy rzeźączki. Lecz przecież wielu mężczyzn w wieku podeszłym zapomina o chorobach młodości, na które tak mało zwracali uwagi, a przytem autor, mówiąc o przeroście stercza pochodzenia zapalnego, ma na myśli nie jedną tylko rzeźączkę, lecz w ogóle każde zapalenie tego gruczołu. Te ostatnie autor dzieli na pierwotne, — zależne od choroby całego ustroju (choroba zakaźna, porażenie kanału pokarmowego, osobliwie кишки grubej), — i wtórne — po-rzeźączkowe.

Dalej autor wyodrębnia jeszcze jedną postać zapalenia gruczołu krokowego: prostatitis aseptica, wywołanego przez zwykle zatrzymanie się lub też przez nadmiar wydzieliny gruczołu, lecz bez żadnego elementu zakaźnego. Zdarza się ona po nadużyciach płciowych, jak również po nadmiernej wstrzemięźliwości. Te właśnie aseptyczne przewlekłe zapalenia, zdaniem autora, doprowadzają do całkowitego przerostu gruczołu, gdy tymczasem inne zapalenia powodują tylko przerost częściowy.

Młodzi prostatycy przeszli bardzo szybko rozmaite okresy przewlekłego zapalenia stercza i już około 40 roku życia zaczynają ucywać objawy przerostu tego gruczołu; zdarza się to zwykle po jakimś nadużyciu, po spółkowaniu i t. p. Sto-

pniowo objawy te przytrafiają się coraz częściej i, na koniec, nie znikają wcale.

Autor zwraca dalej uwagę na stosunek układu nerwowego do zajęcia gruczołu krokowego. Często bardzo zwracali się do autora chorzy, uważani za neurasteników, którzy nie mogli w zupełności opróżnić pęcherza. Zwykle wyjaśniało się, że częściowe zatrzymanie moczu było zależnem od nierozpoznanego przedtem powiększenia stercza. Neurastenia więc miała wpływ na zatrzymanie się moczu nie wprost, osłabiając, jak mniemano działalność mięśnia pęcherzowego, lecz ubocznie, sprowadzając zaburzenie funkcji wydzielniczych gruczołu, i dalej — jego powiększenie. Z chwilą wyleczenia stercza znikał rozstrój nerwów.

Czasami chorzy przedstawiają objawy powiększenia stercza, który jednakże jest normalnym; wtedy objawy te mogą zależeć od choroby jąder, prostaty lub odbytu, które to organy drogą odruchową mają wielki wpływ na opróżnianie się pęcherza.

Co do leczenia omawianego cierpienia, to na pierwszym planie autor stawia leczenie zapobiegawcze; trzeba jaknajwcześniej leczyć zapalenie tylnej cewki i gruczołu krokowego.

W tych przypadkach autor używa zawsze z dobrym skutkiem i uważa za nieodzowne systematyczne rozszerzanie tylnej cewki z wkraplaniami lub bez nich, przemywanie cewki z rozszerzaniem i mięsieniem gruczołu krokowego.

Autor zauważył, że zwykle przemywanie cewki bywa stosowane zbyt długo: gdy wydzielina nie zawiera drobnoustrojów, przemywania trzeba przerwać, i dalej stosować rozszerzanie, wkraplanie, mięsienie i t. p.

A. Fitkał.

403. K. Sabatier. **Róża pierwotna krtani.** (Archives Générales de Médecine Nr. 25 r. 1904). Jeżeli ostre zwężenie krtani zależnem jest od sprawy zapalnej, lekarz powinien starać się o zbadanie natury drobnoustrojów, które wywołały obrzęk głośni, gdyż wtedy tylko możemy naznaczyć stosowne leczenie i postawić rokowanie.

Zdaniem autora, rozpoznanie w tych wypadkach czynnika zakaźnego jest także ważnem, jak przy uwięźnięciu w krtani ciała obcego — określenie natury tegoż ciała.

Pomiędzy drobnoustrojami, wywołującymi ostre zapalenie krtani z obrzękiem głośni na pierwszym miejscu trzeba po-

stawić łańcuszkowca Fehleisen'a, Massei, Delavau, Fattano i in. przypisują pierwotne obrzęki zapalne głośni działaniu łańcuszkowca róży.

Autor obserwował przypadek róży krtani, gdzie badanie bakteryologiczne potwierdziło w zupełności rozpoznanie, i przypomina przy sposobności główne symptomy tego cierpienia, pokazuje różnicę róży krtani od zapalenia pneumokokowego i wskazuje na koniec metodę leczenia, która, zdaniem jego, jest w takich razach najodpowiedniejszą.

Chory ów, ziemianin, człowiek silnej budowy organizmu i żelaznego zdrowia, powróciwszy wieczorem z pola do domu, zaczął się uskarżać na lekki ból w gardle i dreszcze. Po północy nagle chory zaczął się dusić; ból w gardle powiększył się do tego stopnia, że połykanie śliny stało się niemożliwym. Głos począł chrypnąć i wkrótce chory mówił tylko szeptem. Ciepłota $40^{\circ}2$. Autor znalazł gruczoły podszczękowe i okołokrtańowe nieco powiększone i bardzo bolesne. Przy wzieraniu błona śluzowa krtani okazała się silnie zaczerwienioną, tkanka gruczołowa u podstawy języka i nagłośnia — nieco obrzękle.

Po dokonaniu tracheotomii stan chorego znacznie się poprawił; w ciągu następnych dni ból gardła się zmniejszył, głos powrócił, lecz na 5-y dzień nagle ciepłota podniosła się do 40° i chory zmarł wśród objawów zapaści.

Tak prawie zawsze przebiega róża krtani i zwykle kończy się śmiertelnie.

Co do leczenia róży krtani, to autor zapatruje się bardzo sceptycznie na wszelkie surowice przeciwpaciorkowcowe; zaleca zaś wstrzykiwanie do żył srebra koloidalnego (Collargol), gdyż już otrzymywano bardzo dobre rezultaty (Netter) przy zwalczaniu chorób zakaźnych, między którymi trzeba zanotować chorobę, pokrewną róży — gorączkę połogową.

A. Fitkał.

404. Dr. Appel. **O losach dalszych, którym ulegają połknięte ciała obce.** (Münch. med. Wochensch. Nr. 29 1904). O niezwykłych pod względem anatomicznym drogach, jakie obiera sobie niekiedy ciało obce w ustroju, poucza wymownie opisany niedawno przez Snyers'a przypadek, dotyczący pewnego żołnierza francuskiego, który podczas kampanii r. 1870 otrzymał postrzał w nogę, przyczem kula

odbiła się od portmonetki. Rana goiła się bardzo powoli. W 33 lat potem osobnikowi temu usunięto z guza w dole podkolanowym za pomocą cięcia mocno pogiętą monetę drobną (2 su).

W kazuistyce odnośnej tego rodzaju przypadków szczególnych znajdziemy wiele; prym, co do ilości, trzymają tu twory, wciągane przez płuco lub przedostające się przez przełyk przedziurawiony do żołądka. W narządzie tym ciało obce, o ile nie ulegnie strawieniu, przebywać może bardzo długo.

Frickner, po dokonaniu gastrostomii u histeryczki pewnej, wyjął z żołądka jej klucz, widelec srebrny, gwoździ kilka, szpilkę od włosów oraz 37 kawałków szkła, ważących razem 262 grm. Tak często polykane ości rybie bądź wychodzą na zewnątrz per vias naturales; w warunkach niepomysłnych ości te pęcznieją, wywołując zaburzenia poważne. Faber przytacza koleje pewnego 59 letn. wieśniaka norweskiego, który zapisał się do szpitala, wyczerpany trwającą przez 3 lata biegunką. Cierpienie rozpoznano tu całkiem przypadkowo, po wykryciu w wypróżnieniach chorego długich na 2—3 ctm. ości, plewy i żeber dorsza. Za pomocą głębokich wlewań do jelit i drogą dyety odpowiedniej usunięto ze stolcem 1,535 ości rybich, tworzących zbite, wielkości jaja gołębiego, kłęby.

Polykanie kawałków szkła lub szpilek uważa się w ogóle za rzecz nieszkodliwą. Oparty na wynikach doświadczeń Exner tłumaczy fakt ten podrażnieniem miejscowem śluzówki dróg pokarmowych; dzięki skurczowi, mięśni w ognisku w czem też tkwi podrażnienia wytwarza się wiciągnięci śluzówki środek ochronny. Igły, które końcem ostrym wtargnęły do światła kiszek, ulegają nieraz obrotowi dokoła osi na tyle, że posuwają się potem naprzód wierzchołkiem tępym, co tłoczy się mocnym pędem kału w środku jelita; pęd ów działa na głowę szpilki, gdy ostrze opiera się o ścianę narządu.

Ulubionemi do przedziurawień przez ciała obce miejscami są te właśnie, gdzie przytwierdzona nieruchomo kiszka nie może wygiąć się, lub też zaopatrzone w ustrój zastawkowy odcinki jelit, przedewszystkiem więc kątnica ślepa wespół z wyrostkiem robaczkowym. Prócz zależnego od perforacyi zapalenia otrzewny, ciało obce wywołuje niekiedy w worku przepuklinowym powikłania, symulujące uwięźnięcie najczęściej. W spostrzeżeniu Wenczel'a znaleziono w ścianie worka prze-

puklinowego długi na 5 ctm., a na 3 gruby kawałek kości, a Kolb za ściany torebki twardej w pobliżu wrót przepuklinowych wyciągnął szpilkę. W przypadku autora nie było wyraźnych objawów zaciśnięcia. Wysuwający się z jeilta kawałek kości kierował się ku wejściu do kanału pachwinowego i drogą operacyi właśnie powiodło się odszukać ciało obce w momencie niemal samym opuszczania przez nie jamy brzucha. Operacyę wykonano na pewnym 62-letnim mężczyźnie, który nie mógł przypomnieć sobie, czy kiedykolwiek kość połknął. W 40-ym roku życia osobnik ten zaczął doświadczać bólów kurczowych przeważnie w okolicy wątroby, które zrzadka powtarzały się i później; ostatnio powstał nagle kłujący ból w pachwinie lewej, powikłany wytworzeniem się dużego, jak śliwka, guza na wysokości kanału. Próby odprowadzenia pozostały bez skutku.

Z chwilą utworzenia kanału pachwinowego wyosobniono z nagromadzonej w tymże tkanki tłuszczowej guz twardy, wielkości orzecha włoskiego, podobny do pęczka skłębionej sieci. Po ostrożnem między pincetami dwiema rozdzieleniu włókien przekonano się, iż był to tłuszczczyk przedotrzewnowy, zgrubiały skutkiem istnienia przewlekłej sprawy zapalnej i cieńszym końcem swym przyrośnięty do otrzewny; ta ostatnia, podczas pociągania za kłębek, wpukłała się w pierścień pachwinowy. Tu też wykryto w głębi i pochwycono w pincetę ciało obce, którem był kawałek cuchnącej wyraźnie kałem, zabarwionej na ciemno i zgiętej nieco kości, grubej, jak zapalka, oraz na 2¹/₂ ctm. długiej, będącej przypuszczalnie odłamkiem żebra zająca. Operowany wyzdrowiał.

K. Niedzielski.

405. Dr. G. Marion. **Leczenie owrzodzeń na tle żyłaków.** (Archives générales de médecine. Nr. 27. 1904). Z uwagi na anatomiczną podstawę cierpienia odróżniać należy: 1) *owrzodzenia nie powikłane* od nie różowem i płaskich brzegach krwawiących; 2) *owrzodzenia w stanie zapalnym*, których dno ropieje, brzegi czerwienieją się, a sprawę wikła mniej lub więcej rozległe zapalenie naczyń chłonnych, dalej 3) *powikłane niedowładem owrzodzenia* (ulcera atonica), wyróżniające się szarem dnem żółtawem, białawymi brzegami i zupełnym na opatrunki brakiem odczynu, 4) *owrzodzenia bliznowate*, o brzegach wygórowanych, pokryte

warstwą grubą białawego naskórka, wreszcie 5) owrzodzenia *zgorzelinowe*, gnilne, zanieczyszczone robactwem.

Wymiary braków tych są różne; od niewielkich aż do zwyrodniających większą część obwodu kończyny; owrzodzenia, powikłane zapaleniem nerwów, są bolesne; powłoki, okalające wrzód taki, są prawidłowe niemal, bądź zgrubiałe (obrząk przewlekły), cienkie — skutkiem zaburzeń natury odżywczej, pomarszczone przez bliznę obfitującą w żyłki i t. d., przy czem podział ten nie wyklucza innych jeszcze odcieni.

Ze względu na terapię odróżniamy owrzodzenia: a) *nadające się do opatrywania* — są to braki zazwyczaj o wymiarach średnich, wytworzone na kończynie o powłokach mało zmienionych i umiarkowanie rozwiniętych żyłkach. Opatrunki stosuje się tu różne, za najstosowniejszy autor uważa przygotowany aseptycznie plaster lepki (metoda Bynton'a i Roux). Po dokładnem obmyciu i odkażeniu kończyny nakłada się dachówkowato szereg szerokich na 2 ctm. pasem, a po owinięciu stopy i podudzia cienką warstwą waty, kończynę lekko uciska się opaską. Opatrunek taki zmieniać wypadnie co dni cztery. Powierzchnia owrzodzenia pokrywa się tu szybko ziarniną różową i oblamówka okalającego je naskórka wzma-ga się w kierunku dośrodkowym bez przerwy. Nadmiar granulacyi usuwamy przyżeganiem lub łyżką. Dobrze jest od czasu do czasu zastąpić plaster wyjałowioną gazą; po zagojeniu pacjent powinien nosić pończochę gumową. Jeżeli natura owrzodzenia wikła się stanem zapalno-gnilnym, należy przedewszystkiem powierzchnię taką odkazić za pomocą opatrunków wilgotnych, pulweryzacyi gorącym karbolem, wody utlenionej lub wyjałowionych okładów z wody bzowej, i po oczyszczeniu się wrzodu, postępować jak wyżej. W przypadkach owrzodzeń upartych (ulcera atonica) wskazanymi być muszą opatrunki ze środków drażniących: styrax, eau de Javel w połowie z wrzątkiem, tinct. jodii i t. p. Wyskrobanie dna wrzodu doprowadzić może również do rozwoju ziarniny. Leżenie w łóżku skraca kuracyę znakomicie.

b) *Nadające się do wycięcia* owrzodzenia muszą być przedewszystkiem niewielkie, okolone skórą, sprężystą jeszcze. Zamiast czekać 3 — 4 tyg. lub więcej na zagojenie, lepiej, po znieczuleniu kokainą, obkrajac wrzód taki, powycinać brzegi i dno, ranę zaszyć. Łatwy rękoczyn ten dawał autorowi stale wyniki pomyślne.

c) Owrzodzenia, które *wymagają odjęcia kończyny*, rozrzucone na przestrzeni rozległej, obejmują cały lub prawie cały obwód nogi. Na powstanie blizny mocnej liczyć w tym razie wcale nie można, z drugiej strony niema się i starać o co, bo blizna tego rodzaju najopłakańsze dla stopy pociągnęłaby następstwa.

d) Do *wymagających koniecznie operacji* autor zalicza wielkie ulcera callosa, dolorosa i recidiva, przycze n metodzie szczepień systemem Reverdin'a oddaje pierwszeństwo przed sposobem Thiersch'a. Płatki, które wykrawa ten ostatni, giną bez śladu w razie nawrotu, gdy od szczepionek pierwszych pozostają w razie najgorszym wysepki małe, które stają się ośrodowiskiem epidermizacji następnej. Autoplastyka, jak wykonywają ją chirurdzy włoscy, jest zabiegiem dobrym, lecz zanadto powikłanym.

Po uśpieniu chorego, okrwawieniu brzegów owrzodzenia i powstrzymaniu krwi, obficie płynącej, drogą kilkuminutowego ucisku tamponem, zmaczonym w roztworze soli kuchennej, skrawa się ze skóry kawałeczki na 5 — 6 mm. długie, na 3 szerokie i na 1 mm. grube. Między szczepionkami zostawia się nie pokryte przestrzenie centymetrowe. Ucisk, wywierany na płatki skóry, czyni pewnem przyklejenie się tychże bez osiadania krwi pod szczepionką. Płatki pokrywa się sylkiem, warstwą waty i mocno okręca opaską; pamiętać należy, że unieruchomienie dokładne warstwy zaszczipionego naskórka jest jednym z niezbędnych warunków jego wgojenia się. Skrawania płatków dokonywa się w ten sposób, że każdy wycinek skóry unosi się pincetą z haczykami do góry w zmarszczkę i odcina nożyczkami krzywemi u podstawy, co jest daleko właściwsiem, niż zrznięcie nożem amputacyjnym. Każdą z wytworzonych w sposób powyższy ranek skóry zasztywa się doszczętnie. Opatrunku na miejscu szczepienia niema co zmieniać przed upływem dni siedmiu.

W obec nader bolesnych na zwyrodniałej żyłakowato kończynie owrzodzeń pomaga nader skutecznie operacja według Brault'a z Algieru. Zgodnie z metodą tą prowadzi się cięcie półkoliste, poziomo, w pewnym od grzebienia piszczełowego dystansie i kończące się od tyłu na linii środkowej. Rozcinamy skórę tylko i tkankę podskórną, nie tykając powięzi, ani rozściągna, przyczem przecina się nerwy i żyły powierzchowne (wraz z n. saphenus); te ostatnie potem podwią-

zuje się i ranę zaszywa. Droga tą usuwamy wzmożone ciśnienie krwi w siatce naczyniowej goleni oraz podrażnienie nerwów, zależne od sprawy zapalnej. W razie nadmiernego rozwoju żyłaków należy wyluszczać bryły największe, a wewnętrzną żyłę zaskórną — przecinać i podwiązywać w trzech kierunkach, by wyrównać zmieniony krwiobieg, który nie postępuje tu z dołu do góry, lecz na odwrót. Kombinując różne zabiegi te, autor otrzymywał wyniki jak najlepsze.

K. Niedzielski.

III. Choroby kobiet i akuszerya.

406. Dr. I. Taussig. **O przyczynach odchodzenia wiatrów z pochwy.** (Centr. f. Gyn. Nr. 10 — 1904 r.) Veit w podręczniku ginekologii pobieżnie mówi o przyczynach odchodzenia wiatrów z pochwy. Twierdzi on, że powietrze przedostaje się do pochwy nie z zewnątrz, jak dawniej mniemano, lecz wytwarzaniem bywa przez gazotwórcze drobnoustroje, najprawdopodobniej przez odmianę lasecznika okrężnicy. Przypadek autora przeczy jednak twierdzeniu Veit'a; doświadczenia wykonane z chorą dowiodły, że powietrze z zewnątrz przedostawało się do pochwy i wychodziło ztamtąd z pewnym szmerem, jaki słyszymy przy odchodzeniu wiatrów z kiszki stolcowej. Chorą autor układał w pozycji kolanowo-łokciowej z rozstawionymi nieco biodrami i zauważył wtedy, że powietrze z pewnym szmerem wchodziło do pochwy.

Przy nadymaniu się chorej powietrze z kilkakrotnym szmerem wychodziło z pochwy. Bakteryologiczne badanie pienistych śluzowych wydzielin z pochwy ujawniło obecność drobnoustrojów, podobnych do lasecznika okrężnicy. Lasecznik okrężnicy jest, co prawda, drobnoustrojem gazotwórczym na glebach, zawierających cukier. Istnienie w pochwie takiej gleby możliwe u chorych na cukrówkę moczową. W przypadku T. w moczu nie znaleziono cukru.

Przeto odchodzenie wiatrów w przytoczonym przez autora przypadku objaśnić można tylko za pomocą starej teorii. Schramm i Garrigues jako przyczynę odchodzenia wiatrów z pochwy podają pęknięcie krocza i niedostateczne zaszyście «costrictoris cunni.»

W przypadku autora u chorej po pierwszym i drugim porodzie nastąpiło pęknięcie krocza i pochwy. Pęknięcie w pochwie było niedokładnie zeszyte i wskutek tego po za wysokiem kroczem, składajacem się tylko ze skóry i mięśnia poprzecznego krocza, uformowała się głęboka kieszeń. Przy zginaniu się chorej powietrze wchodziło do pochwy, przy podnoszeniu zaś ciężkich przedmiotów, w ogóle przy wzmożonem ciśnieniu w jamie brzusznej i pochwie powietrze wychodziło ze szmerem.

Henryk Jastrzębski.

Protokół zwyczajnego posiedzenia Lub. Tow. Lekarskiego z dnia 18 Stycznia 1904 roku.

1. S. Dobrucki przedstawił **epulis sarcomatodes** prawej dolnej szczęki u kobiety lat 48.

2. S. Dobrucki przedstawił **papilloma linguae** u kobiety lat 35.

3. S. Dobrucki przedstawił chorego lat , u którego dokonał **appendektomii**. Cięcie skórne poprzeczne metodą Weyr'a; D. podnosi zalety tego cięcia.

4. S. Dobrucki przedstawił chorą po owariotomii, u której w czasie operacyi przy wyluszczeniu prawego torbiela przecięto moczowód; przecięty moczowód zaraz zeszyto; do miejsca przecięcia włożono worek Mikulicza. Mocz przez ranę brzuszną przez czas długi się wydzielał; obecnie wydzielina jest bardzo mała; a ponieważ dolny koniec przeciętego moczowodu okazał się obliterowanym, przypuszczać można, że nastąpił zanik prawej nerki.

5. A. Majewski przedstawił dziecko półtoraroczne, u którego z powodu dyfterytu gardła i krtani stosował w ciągu paru tygodni **intubację**; gdy objawy zwężenia nie przechodziły, zrobił **tracheotomię**; rurkę tracheotomijną usunął dopiero po 3 miesiącach. Zupełne i trwałe wyleczenie.

6. A. Majewski przedstawił chorego lat 36 po **wycięciu i doraźnem zeszyciu jelita**.

Chory przybył z uwięzioną lewostronną pachwinową przepukliną w 5-ym dniu choroby; przedtem przepukliny nie miał; dostał jej skutkiem krzyku z powodu migreny. Jelito uwięzione oka-

zało się zgangrenowanem na przestrzeni około 15 cm; M. chorą pętlę wyciął i doraźnie zeszył (enteroraphia circularis). Stolec — 5-go dnia. Zagojenie bez powikłań.

7. A. Majewski przedstawił chorego, u którego z powodu **rozstrzeni i opuszczenia** żołądka zrobił **gastroplikację i gastropeksję**.

Wincenty P., lat 25, z Zemborzyc. Chory od lat 6-ich. Początek nagły; po wydobyciu kilkunastu ciężkich kubłów wody ze studni — silne bóle brzucha i w 2 dni potem obfity krwotok ustami i nosem. Od tego czasu ciągle choruje; przy fizycznej pracy — bóle „w pół człowieka.“ Łaknienie ma; jeść może wszystko; po każdym jedzeniu bóle w żołądku około godziny. Wymiotów nie miewa; prawie stale rozwolnienia, kilka razy na dobę, krwawych stolców nigdy nie było. Na tydzień przed przybyciem do szpitala, w czasie pracy, pokazać się miało w ustach trochę krwi.

Chory dobrej cery, nie wychudzony, średniego wzrostu i budowy, wagi 147 f.

Przy przemyciu żołądka naczno — zielono żółty nieobfity płyn.

Ogólna kwaśność po próbnym śniadaniu — 45; kwas solny est; kwasu mlecznego niema.

Pluskanie w żołądku — wybitne; przy rozdęciu żołądka krzywizna większa — na 2 poprzeczne palce poniżej pępka; krzywizna mniejsza — na 3 poprz. palce poniżej mostka; przy wypuku granice żołądka sięgają daleko — wlewo ku górze. Żołądek przy rozdymaniu — ruchomy.

Rozwolnienia w szpitalu nie stwierdziliśmy; stolce miewał raz na dobę prawidłowe.

Badanie systemu nerwowego (kol. Chodźko) wykazało: Hemianestezja lewostronna. Hyperestezja w okolicy żołądka. Brak odruchu rogówkowego.

W innych narządach zmian nie znaleziono.

Zestawiając dane, mamy niewątpliwe rozszerzenie i opuszczenie żołądka i histeryę; w wywiadach, o ile im można wierzyć, prawdopodobny wrzód żołądka.

Laparotomia (15/XII 1903) pod chloroformem; cięcie środkowe górne; w linii cięcia nisko opuszczona wątroba; pod nią w samej linii cięcia oddźwiernik, ruchomy, miękki, niezmienny; pojedyncza biała smuga na małej krzywiznie; innych zrostów niema; część oddźwiernikowa rozszerzona niewiele; dno (fundus) rozszerzone bardzo.

Zrobiono gastroplikację i gastropeksję; nałożono 3 jedwabne szwy; z nich dwa, — jeden w części oddźwiernikowej, drugi w linii

środkowej, — ujmując przednią powierzchnię żołądka w 2 miejscach, ułożyły ją w 2 fałdy, trzeci — nałożony na dno żołądka, ułożył go w trzy fałdy. Po związaniu tych szwów przyszyto je do przepony brzusznej w pobliżu linii środkowej. — W czasie narkozy — wymioty.

W przebiegu — 3-go i 4-go dnia po operacji — ciepłota do 38^o,5 i kaszel.

Zagojenie rany przez rychłozrost.

Chory w ciągu tygodnia nie mógł oddawać moczu; trzeba było stosować cewnik.

Gdy zaczął chodzić, skarżył się, że nie może się wyprostować; przeszło to jednak wkrótce; obecnie — miesiąc po operacji — czuje się zdrow.

8. C. Czerwiński przedstawił **torbiel jajnika jednokomorową** bardzo dużych rozmiarów, pochodzącą z 26 letniej kobiety, która przed 3 miesiącami szczęśliwie rodziła; po porodzie guz zaczął szybko rosnąć i w chwili przybycia do szpitala wypełniał prawie całą jamę brzuszną.

Laparotomia. Wycięcie guza. Wyzdrowienie.

Posiedzenie dnia 4-go Lutego 1904 roku.

1. M. Zajdenman przedstawił 18-letnią chorą z obrzękiem powiek niewiadomego pochodzenia.

2. A. Majewski przedstawił chorego, u którego z **powodu żołądka w formie klepsydry (v. bilocularis)** zrobił **gastroenteroanastomozę tylną** według Hartmann'a.

Bazyli K., lat 37. Chory od lat 5-ciu. Przed 4-ma laty miał jednorazowe nieobfite krwawe wymioty; od tego czasu miewa wymioty pokarmowe przecięciowo raz na tydzień w 1 — 2 godziny po jedzeniu. Stolce — 1 — 2 razy tygodniowo. Krwawych stolców nie miewał.

Łaknienie małe; wychudzony. Waga 136 f.

Naczczo treści w żołądku nie znaleziono.

Ogólna kwaśność po próbnem śniadaniu 39. Kwas solny jest; kwasu mlecznego niema.

Dolna granica żołądka w linii środkowej — na 2 cent. ponad pępkiem. Przy rozcięciu żołądka część prawostronna, wzdymając się, opuszcza się znacznie ku dołowi; część lewostronna podnosi się

znacznie ku górze; w linii środkowej — dolna granica, mało ruchoma, nie obniża się.

Rozpoznanie — zrosty okołożołądkowe, na tle wrzodu żołądka powstałe.

Po uprzednim przed samą operacją przemyciu żołądka, laparotomia pod chloroformem (21/XII 1903 r.).

Oddźwiernik miękki, ruchomy, szeroki, niezmieniony. Żołądek w części środkowej pomiędzy częścią oddźwiernikową i dnem żołądka silnie zwężony; odległość od krzywizny małej do dużej wynosi tu 4 cm.; części oddźwiernikowa i dno żołądka dosyć silnie rozszerzone, tak, że żołądek ma charakterystyczną formę klepsydry; przez część zwężoną dwa palce przechodzą swobodnie. Przy podniesieniu żołądka dla zbadania tylnej jego powierzchni chory dostał wymiotów, przy których zrzucił kawałek ogórka i śliwki; ogórek jadł na 3 dni przed operacją, a śliwki (w kompocie suszone) na 2 doby.

Na tylnej powierzchni żołądka, na mesocolon w części, odpowiadającej zwężeniu, dwie duże białe blizny w kształcie gwiazd.

Gastroenteroanostomoza tylna według Hartmann'a. Zagojenie bez powikłań.

Obecnie — w 6 tygodni po operacji — łaknienie bardzo duże; trawienie prawidłowe; przybytek wagi 8 funtów.

3. A. Majewski przedstawił chorego po **gastropeksyi**.

Stanisław F., z Przybysławic, lat 15-tu. Chory od 1½ roku; początek ostry po nadużyciach jedzeniowych na odpuszcie. Leżał w łóżku 4-y tygodnie; miewał stale po każdym jedzeniu kilka razy dziennie wymioty przy jednoczesnem rozwolnieniu i dęciu i ciągłych bólach w brzuchu. Od tego czasu ma stale odbijania po jedzeniu i codzienne wymioty w kilka godzin po obiedzie. Krwawych wymiotów ani krwawych stolców nie miał. Waga — 98,5 f.

Przy przemyciu naczcho przezroczysty zielonkawy nieobfity płyn.

Po próbnem śniadaniu ogólna kwaśność — 10; kwasu solnego ślady tylko; kwasu mlecznego niema.

Przy rozdęciu żołądka cały on bardzo jasno uwypukla się; krzywizna duża dochodzi do pępka; żołądek mały, wązki, mocno wygięty w formie litery „u”.

Gdy po parotygodniowem leczeniu wewnętrznem i przemyciach żołądka — polepszenie nie nastąpiło, laparotomia (22/XII 1903 r.) pod chloroformem.

Wątroba opuszczona. Oddźwiernik miękki, drożny; wzrostów ani zmian na surowiczej żołądka niema; żołądek mały, wązki, silnie wygięty; dolna jego granica niżej pępka.

Czterema szwami jedwabnymi podniesiono najbardziej wklęsłą środkową część żołądka i przszyto ją do przepony brzusznej w pobliżu linii środkowej.

W czasie chloroformowania kilkakrotne wymioty.

Na drugi dzień po operacji ciepłota $40^{\circ},6$. Prawostronne ciężkie zapalenie płuc. Trwało ono siedem dni przy stałej wysokiej ciepłocie, ogólnem silnem osłabieniu i ciężkim suchym kaszlu. 9-go dnia po operacji linia szwów w części środkowej na przestrzeni 2 cnt. rozeszła się. Ranę wytamponowano. Dalszy przebieg prawidłowy. Rana przez ziarninowanie wypełniła się. Sprawa płucna przeszła bez powikłań. Obecnie — w 6 tygodni po operacji — chory czuje się zupełnie dobrze; wymiotów od operacji nie miał ani razu; łaknienie ma bardzo dobre; trawienie — prawidłowe; bólów w brzuchu — niema; obecnie stale przybywa na wadze.

W dyskusyi Rudzki zaznacza, że ze względu na okoliczność, że gastropeksya, a więc laparotomia, jest zabiegiem bardzo poważnym, należałoby dłuższy czas próbować leczenia wewnętrznego, które wobec młodego wieku chorego mogło być dać dobry rezultat; dalej R. sądzi, że przed zabiegiem należało podnieść odżywianie chorego.

W odpowiedzi Majewski podnosi, że w ciągu 3 tygodni stosowano choremu w szpitalu leczenie wewnętrzne i przemywania żołądka bez żadnego jednak rezultatu.

4. A. Majewski przedstawił po raz drugi chorego, u którego z powodu **malum perforans pedis**, zrobił przed rokiem **neuro-raphiam** przerwanego **nerwu kulszowego**; wrzód drażący zagoił się i więcej nie odnawiał się; chory chodzi zupełnie dobrze; zmiany nerwowe przedstawiają polepszenie nieznaczne i częściowe.

5. A. Majewski przedstawił 15-letniego wieśniaka z nad rzeki Bystrzycy i wydobyty mu przez cięcie nadłonowe kamień pęcherza.

6. S. Dobrucki przedstawił chorą z wolem wielkości głowy; pochodzi ona z okolic Wysokiego pw. Krasnostawskiego.

7. S. Dobrucki przedstawił preparat mięsaka macicy, wydobytego drogą operacyjną z kobiety lat 42-ch. Guz ten waży 20 funtów. Szczegóły przypadku podane będą przy przedstawieniu samej chorej.

8. K. Jaczewski przedstawił chorą z **Granulosis rubra nasi**.

Julia P., lat 6, córka włościanina; rodzice zdrowi, sama na nie nie chorowała oprócz choroby obecnej, która rozpoczęła się przed 3-ma co najmniej laty poceniem się czubka nosa, zaczerwienieniem jego i występowaniem plamek żywo czerwonego koloru. Plamki te pokazywały się niekiedy i na obu policzkach, ale zdarzało się to rzadko. Rodzice chorej nie zauważyli, aby choroba zwiększała się w zimie lub w lecie. Chora nie uskarżała się na żadne przykre sensacje w miejscach przez chorobę zajętych — została przywieziona ze względów kosmetycznych.

St. praes. Dziecko budowy prawidłowej, odżywione dobrze. Skóra i błony śluzowe zabarwione normalnie. Gruczoły chłonne niemacalne nigdzie. W narządach wewnętrznych zmian nie wykryto. Czubek nosa na przestrzeni ograniczonej od dołu otworami nosowymi, od góry linią odpowiadającą mniej więcej granicy, gdzie część jego chrzęstna przechodzi w kość, oraz na nieznacznym odcinku skrzydeł in toto zaczerwieniony, ale bez widocznych naczyń krwionośnych. Powierzchnia czubka nosa nie jest gładka, lecz usiana małenkami, wielkości ziarnka maku, stożkowatemi lub półkolistemi grudkami, żywo czerwonego koloru, znakomicie więcej czerwonemi, aniżeli między grudkami znajdująca się skóra czubka nosa. Niektóre z tych grudek mają na wierzchołku małeńki strupek, po usunięciu którego nie widać atoli ani owrzodzenia, ani też wydzieliny ropnej. W czasie badania czubek nosa pokrywa się małenkami kropelkami potu, jest jakby rosą pokryty, a po obtarciu widać, że na nowo zwolna czubek zaczyna się pocić.

Pod uciskiem palca czerwoność rozlana na czubku nosa znika z wyjątkiem grudek, gdzie słabszą się staje, występuje tylko pod postacią żywo czerwonych punkcików. — Po za tem skóra żadnych zmian nie przedstawia; — otwory gruczołów łojowych nie są widoczne nawet przez lupe.

Charakterystyczny obraz choroby i wywiady pozwalają nam rozpoznać, że chora cierpi na granulosis rubra nasi typową, opisaną przez Luithlen'a w r. 1900. Choroba ta nie jest dotąd należyście zbadaną ani pod względem anatomopatologicznym, ani przy czynowym. Choroba dotyka zwykle dzieci skrofuliczne lub pochodzące z rodziców słabowitych — (rodzice naszej chorej żadnych zmian chorobowych nie przedstawiają), występuje już we wczesnem bardzo dzieciństwie, głównie wśród ludności biednej i może dotyczyć kilkoro dzieci w jednej rodzinie.

Leczenie różnymi środkami i w rozmaity sposób stosowanymi niedało dotąd rezultatów pomyślnych.

Przypadek nasz jest bardzo podobny do opisanego przez kol. Bernharda w Nr. 37 Gazety lekarskiej.

9. K. J a c z e w s k i przedstawił chorego z **hiperhidrosis syphilitica secundaria**.

Władysław D., lat 23, rolnik, zaraził się przymiotem w lipcu r. z. Owrzodzenie pierwotne było na wędzidelku. We wrześniu zapisał się do szpitala w Zamościu z powodu bólów gardła oraz obfitej wysypki na całym ciele i wypadania włosów na głowie. Wyszedł ze szpitala w kilka tygodni zdrowszy zupełnie — leczony był wcieraniami szaruchy.

Na parę tygodni przed Bożem Narodzeniem zaczął doznawać bólów głowy pod wieczór i w nocy, opadł na siłach, a, co najbardziej dokuczalo i co obecnie daje się we znaki, to bardzo obfite pocenie się.

Chory zapisał się do Szpitala Św. Józefa — a przy badaniu znaleziono obrzmienie gruczołów w obu pachwinach i na szyi, miękką bliznę na wędzidelku, wysypkę grudkową soczewicowatą na tułowi, łepieże płaskie ad annuc i na srotum, psoriasis palmaris bilateralis — po za tem niezwykle pocenie się chorego, na całej powierzchni ciała z wyjątkiem skóry na głowie i szyi, pot spływa z chorego strumieniem nieomal, koszula, którą chory zdjął przed badaniem jest tak mokra, jak gdyby ją dopiero z wody wyjęto, toż samo powiedzieć należy o poduszczce i prześcieradłach łóżka, w którym chory leży z powodu braku sił. W okolicy mostka, w obu okolicach podobojczykowych, in scrobiculo cordis, między łopatkami znajduje się niezliczona ilość pęcherzyków miliariae crystallinae. — Oddziaływanie potu kwaśne; skóra na dotyk zimna, ciepłota nie podniesiona. Badanie krwi nie wykryło zmian ani co do liczby ciałek czerwonych i białych, ani co do zawartości Hb. (Govers).

Pocenie się w tym stopniu, jak ma to miejsce u naszego chorego, zdarza się w przebiegu przymiotu nie często i zależy, zdaniem Fournier'a, od podrażnienia n. sympathici.

Objaw ten jest zwykle bardzo uporczywy i ustępuje tylko zwolna pod działaniem środków swoistych.

Choremu przepisano leczenie wstrzykiwaniami śródmięśniowymi sublimatu metodą Ł u k a s i e w i c z a.

10. J. G r z y w i ń s k i przedstawił preparat sekcyjny nephritis calculosa i opisuje przebieg cierpienia.

11. S. Rudzki opisał przypadek **opuszczenia wszystkich** prawie **trzewiów brzusznych** i pokazał oddzielne preparaty pośmiertne. (Za życia chora była wielokrotnie demonstrowana kolegom w szpitalu Św. Wincentego).

Była to staruszka 72-letnia, cierpiąca od 20 kilku lat na wadę serca (stenosis et insufficientia mitralis). Wątroba była stale znacznie powiększona, lecz lewy płąt już w szpitalu — w czasie 3-letniego pobytu chorej — stopniowo skurczył się (cirrhosis cardiaca hepatitis). Jednocześnie wątroba była opuszczona tak, że górna granica była na dolnych żebrach, a u dołu dochodziła z prawej strony na parę palców niżej pępka. Prawa nerka była pod wątrobą koło pępka. Stopniowo zaczęła opuszczać się śledziona i lewa nerka; pierwsza wkrótce znalazła się cała w jamie brzusznej poniżej nerki lewej która również wyczuwała się z łatwością. Wreszcie, było opuszczenie coli transversi.

Chora pomimo braku obrzęków z trudnością chodziła, gdyż czuła ciągnienie pod pierśmi i duszność. Zmarła na różę twarzy. Sekcyja potwierdziła powyższe zmiany, stwierdzone za życia.

(Streszczenie własne).

12. M. Zajdenman przedstawił preparaty mikroskopowe: splenitis **et perisplenitis fibrosa**, a Rudzki opisał obraz kliniczny tego przypadku za życia.

Chora 20 letnia wstąpiła do szpitala Św. Wincentego z objawami ostrego zapalenia nerek. W kilka dni po wstąpieniu przy, znacznej gorączce rozwinęło się włóknikowe zapalenie prawego płuca na całej przestrzeni. Zejście śmiertelne nagłe na 4-y dzień choroby wikłającej.

Na sekcji prócz powyższych zmian znaleziono powiększenie śledziony (mniej więcej $1\frac{1}{2}$ raza), pokryta była ona białymi centkami, które przechodziły do samej istoty narządu. Wyniki mikroskopowego badania Zajdenman tłumaczy jako perisplenitis fibrosa.

(Streszczenie własne).



VI. ODCINEK.

Akademie medycyny praktycznej.

Dążenie do przygotowania praktycznych lekarzy, którzyby po za wiedzą teoretyczną także w zastosowaniu jej u chorego odpowiadali nadziejom i wymaganiom, jakie im stawia społeczeństwo, znajduje obecnie w Niemczech urzeczywistnienie w postaci tak zwanych „Akademii dla medycyny praktycznej.“ Pierwsza tego rodzaju instytucja otwartą będzie w Kolonii w październiku roku bieżącego; następne mają być założone w Düsseldorfie, we Frankfurcie nad Menem i w niektórych innych wielkich miastach niemieckich. Już oddawna w licznych rozprawach o reformach w wykształceniu lekarzy zwrócono uwagę na wielkie braki, jakie przedstawia ich przygotowanie praktyczne.

Z jednej strony przeładowanie wiedzą teoretyczną, z drugiej — brak możliwości i umiejętności wykonawstwa. W tem to nieprzygotowaniu do właściwych zadań lekarza — praktyka należy, zapewne, szukać dużej części tej niewiary do medycyny wogóle oraz utraty zaufania do jej adeptów, jakie coraz wyraźniej zauważyć się daje wśród społeczeństwa, pomimo niezaprzeczenie wielkiego postępu nauki naszej w ostatnich czasach.

Brakom tym starano się zapobiegać w różny sposób: przez kursa repetycyjne dla lekarzy, przez rok praktyki, dodany po złożeniu egzaminu państwowego, wreszcie przez uzupełnianie swych wiadomości na oddziałach szpitalnych pod okiem doświadczonych kolegów.

Nowe Akademie — mają właśnie z tych starań i dążeń uczynić coś zorganizowanego. W danej chwili program ich działalności nie może być ostatecznie sformułowany i będzie też podlegał zmianom, jakie podyktuje doświadczenie lat przyszłych. Zasadniczo zaś zadania te polegają mają na dopełnieniu tego, co dały w zakresie praktyki, w zakresie, o ile można, najszerszym. A zatem nie przygotowywanie specjalistów — ale nauczanie lekarzy praktycznych wykonawstwa lekarskiego w pewnych specjalnych przedmiotach.

Jako materiały, z którego korzystać będą akademie, służący mają szpitale, nie wchodzące w skład klinik uniwersyteckich.

Jak się dowiadujemy z referatu prof. O. Minkowskiego w Kolonii (Berl. Kr. Woch. 31), bezpośrednim powodem otwarcia Akademii w Kolonii, było przedsięwzięte przez to miasto rozszerzenie szpitali, na co przeznaczono 4 miliony marek! Już obecnie do rozporządzenia akademii stoi 1500 łóżek w 3 szpitalach miejskich; zamierzone rozszerzenie zaś doda 1000 — 1200 łóżek wraz z wszelkimi dodatkowymi urządzeniami, jak pracownie, sale operacyjne, polikliniki, audytorya, biblioteki i t. p.

Ciało nauczycielskie Akademii składać się będzie z dotychczasowych kierowników oddziałów i pracowni szpitalnych, a prócz tego mają być zaproszeni do pomocy profesorzy z Bonn (klinika chirurgiczna, ginekologiczna i wewnętrzna), co będzie niejako świadectwem, że nowa instytucja nie ma zamiaru rywali zować z uniwersytetami, ale być z nimi w organicznym związku, jako ich uzupełnienie.

W ogólnym szkicu działalność Akademii ma za zadanie:

- 1) lekarzom, którzyby chcieli po zdaniu egzaminu Państwowego — odbyć rok praktyki w Kolonii — umożliwić, o ile można, ich praktyczne wydoskonalenie się;
- 2) lekarzom praktykującym dać możliwość dalszego wyrabiania się i poznawania postępów wiedzy teoretycznej i praktycznej;
- 3) lekarzom chcącym się oddać pewnemu przedmiotowi dać odpowiednie pole i środki ku temu.

W tym celu praktykanci mają spędzić po 4 miesiące na oddziale wewnętrznym i chirurgicznym, a pozostałe 4 m. — według własnego wyboru na innych oddziałach (ginekologicznym, dermatologicznym, psychiatr, pracownie ortopedyczne, anatomopatologiczne, higieniczne i t. d.).

W danym oddziale praktykant otrzymuje pewną ilość łóżek (nie mniej jak 15), które ma obsługiwać pod kierunkiem lekarza asystenta. Tu ma się doskonalić w badaniu i leczeniu, prowadzeniu kart, wydawaniu orzeczeń i t. d., ma zapoznać się z metodami pielęgnowania chorych, dyetetyką i metodami leczenia fizykalnego, farmakologią i recepturą.

Na oddziale chirurgicznym główny nacisk położony będzie na wdrożenie się w aseptykę, przygotowanie do operacji, asystencyę, nakładanie bandaży, narkozę i prostsze operacje; wreszcie badanie promieniami Roentgena.

Wszyscy oddziałowi praktykanci będą przyjmować udział w życiu lekarza głównego oddziału, przyczem nastąpi omawianie przypadków.

Będą przeznaczone godziny referatowe dla epikrytycznego omawiania wydatniejszych przypadków.

Są na widoku i zajęcia seminaryjne, na których mają być omawiane rozdziały z medycyny praktycznej.

W tych zajęciach mogą brać udział praktykanci ze wszystkich oddziałów.

Dalej będą się odbywać zajęcia praktyczne, mające na celu zaznajamianie praktykantów z pewnymi metodami badania i leczenia — a więc zajęcia z zakresu fizykalnej, klinicznej, chemicznej, mikroskopijnej dyagnostyki, desmurgii, badania ginekologicznego-wziernikowania wszelkiego rodzaju, cystoskopii i kateteryzowania, radiodiagnostyki, zajęcia w instytutach sekcyjnym, bakteryologicznym, higienicznym, sądowo-lekarskim.

Wreszcie będą odbywać się odczyty z zakresu prawodawstwa lekarskiego, medycyny socjalnej (ubezpieczenia, kasy chorych) i t. d.

Dla doskonalenia się dalszego lekarzy, bądź to mieszkających w Kolonii, bądź też w jej okolicach, będą odbywać się w prawidłowych terminach demonstracye i omawianie wydatnych przypadków chorobowych i preparatów anatomicznych, wykłady mające za przedmiot postęp w różnych oddziałach lecznictwa (w tych zajęciach mogą przyjmować udział i praktykanci, z drugiej strony lekarze mogą zajmować się praktycznie wraz z praktykantami). Dla lekarzy zamiejskich będą urządzone 2 — 3 tygodniowe kursy.

Specjalnie będą uwzględniane potrzeby lekarzy okręgowych (hygiena, bakteriologia, psychiatria).

Chirurgia polowa i higiena wojskowa mają też wejść w plan zajęć.

Co się tyczy wyrabiania specjalistów — to może ono właściwie nastąpić po kilkoletniem pełnieniu zajęć asystenta na danym specjalnym oddziale. Poprzedzać je musi rok ogólnej praktyki, a liczba przyjmowanych w tym celu będzie zależała od liczby wających miejsc asystentów oddziałów.

Praktykantom i lekarzom, mającym zamiar pracować naukowo w szpitalach lub pracowniach będą dane wszelkie środki pomocnicze, jakimi rozporządza instytucya wraz z kierunkiem odpowiednim zwierzchników.

Biblioteka ma stać otworem dla wszystkich zapisanych członków nowej instytucyi.

Zapewne nie jednemu z czytających referat ten wyda się obrazkiem z marzeń o dalekiej przyszłości — z ery 2000, albo kartką z fantasmagoryi utopisty... tymczasem jest to rzeczywistością — bo ma w przyszłym miesiącu wejść w życie — nad Renem. A nad Wisłą? Był tu, wprawdzie, projekt czegoś podobnego — ceteris paribus. Pewna grupa lekarzy nosiła się z zamiarem wyzyskania oddziałów szpitalnych i wiedzy ich kierowników w podobnym celu — ale projekt ten nie znalazł — w otaczających warunkach — nawet widoków na urzeczywistnienie. Możemy tu przynajmniej zaznaczyć, że myśl zakiełkowała i tkwi dotąd, ale zamroźno jeszcze, aby mogła zakwitnąć! Zawcześnie kwiatku — do widzenia w erze 2000...

O. H.

Kronika bieżąca.

(Z) Nie tak dawno omawiano w prasie lekarskiej sprawę konkursów na ordynatorów szpitalnych, jedni gorąco obstawali przy zachowaniu konkursów, uważając je za jedyny sposób sprawiedliwego obsadzania posad, inni, powołując się na liczne przykłady — gdzie wynik konkursu nie zadawał nikogo: ani ogółu, ani szpi, talnictwa, godzili się na inne sposoby obsadzenia posad lub też za-

dali reformy gruntownej konkursów dzisiejszych. Sprawa ta, obszernie dyskutowana w prasie lekarskiej, znalazła oddźwięk na specjalnych naradach, których wynikiem było to, że komisya poszła *dalej, niż chce ustawa*, bo żądała obsadzania *posad nawet ordynatorów nadektatowych* na drodze konkursu.

Od tego czasu były w Warszawie dwa konkursy, w jednym kandydat o mało nie przepadł, gdyż jeden z sędziów, forytując swojego kandydata, postawił mu 1, mimo, że inni członkowie uznali go za godnego najwyższego stopnia. Zwolennicy konkursu podnieśli sami alarm tym razem i zażądali, aby stopnie stawiano jawnie, przypisując tajności zło wszelkie.

I oto według tej recepty odbył się świeżo konkurs na posadę *nadektatowego* ordynatora oddziału chorób dróg moczowych w szpitalu Ś-go Ducha. I znów słyszmy głosy, potępiające wynik — głosy nie pojedyncze, ale ogółu lekarzy.

Do konkursu stanęli między innymi kol.: prof. Kryński, S. Groszlik, Mincer, Damski, J. Świątecki. Wszyscy oni dostali dostateczną liczbę głosów, wybrano z trzech, którzy mieli jednakową liczbę 66 głosów, kol. Mincera. Dla obznajmionych z piśmiennictwem lekarskim wynik był niespodzianką, zarówno bowiem Kryński, jak i Groszlik są ludźmi, znanymi z prac naukowych po za granicami Warszawy, mieli za sobą kilkunastoletnią liczną praktykę lekarską, w której obaj odznaczyli się chlubnie, wobec tego ktoś patrzący zdaleka mógłby przypuścić, że obaj gorzej wyszli na konkursie, ale przecież temu wynik samego sądu i zdanie tych, którzy byli na konkursie obecni.

Musiały więc istnieć inne przyczyny, które spowodowały wybór i wistocie istniały.

Oddawna już w Warszawie utarło się, że z góry wiadomo kto daną posadę z konkursu otrzyma, nicby nie było w tem złego, gdyby tym wybranym był ten, kogo ogół lekarzy za godnego uważa, ale w $\frac{2}{3}$ przypadków jest inaczej i zdobywa posadę nie najlepszy.

I w tym razie wynik był z góry przesadzony, a lekarz naczelny szpitala jednemu z kandydatów wprost powiedział, że gdyby on wypadkowo wyszedł z konkursu, oddziału nie otrzyma, bo jest przeznaczony dla kogo innego.

Cui bono w tych warunkach potrzebny był konkurs i czemu inni kandydaci, wiedząc o tem, stawali do konkursu — niewiem, być może liczyli, że po otrzymaniu odpowiednich stopni mogą liczyć na posady w innych szpitalach? Ale i to błędne przekonanie, ponieważ konkurs ma być ogłaszany na *każdą* posadę oddzielnie, co zresztą byłoby jedynie konsekwentnem przy systemie konkursów, a nie jak dotąd ogłaszanie konkursów co lat kilka i obsadzanie posad tymi, którzy nie utrzymali się na konkursie poprzednim, ale go wytrzymali.

A obok tego konkursu nowy przyniósł nam nową niespodziankę, wbrew § 11 ustawy i wbrew własnemu orzeczeniu delegacya konkursowa wydała sąd jedynie *na zasadzie badania chorych i od-*

czytu z pominięciem dokonania operacji, obok tego przy ogłoszeniu wyroku zaznaczono, iż wobec równości stopni wybrany został kandydat, którego *życzył sobie lekarz naczelny*, choć ustawa wybór z pośród innych kandydatów pozostawia jedynie przewodniczącemu, jak w danym razie, inspektorowi szpitali. Co się tyczy pierwszej nieformalności niekorzystne robi ona wrażenie, Jako więc na konkursie na ordynatora oddziału, gdzie dokonywa się ciągle zabiegów, gdzie chirurgia jest podstawą, można zwolnić kandydatów od operacji? Kandydat może źle mówić — bo nie jest to posada profesorska — ale musi wykazać *umiejętność dokonania operacji*, gdyż jest to zasadniczy warunek dobrego obsługiwanie oddziału. Powinni to byli zrozumieć członkowie delegacyi, gdzie zasiadało 4-ch chirurgów i do tej nieformalności nie dopuścić, zdarzyć się bowiem mogą zarzuty, iż uczyniono to umyślnie i z samowiedzą wobec nierównych kwalifikacyj naukowych kandydatów.

Mówiono nam o szeregu innych nieformalności — rzecz to jednak sumienia sędziów i wkraczać w to nie myślimy.

Pojmujemy całą drażliwość sytuacji sędziów, pojmujemy, że zawsze ktoś z wyników wyjdzie niezadowolony, unikać jednak należy niezadowolenia wszystkich, a przynajmniej ściśle trzymać się przepisów prawa, gdyż inaczej daje się pole do szerokich, a zbyt technicznych zgoła domysłów.

Delegację konkursową składali pod prezydencją inspektora szpitali kol.: M. Bruner, W. Stankiewicz, K. Watraszewski, B. Chrostowski, W. Sztejner, W. Karczewski, i jako zastępca E. Zieliński, wybrani w tym celu przez Radę Miejską.

(Z) Na wydział lekarski w Warszawie zapisało się 66 słuchaczy, w Moskwie 285.

(Z) Według pism rosyjskich w czasie bitwy pod Laojanem raniono wielu lekarzy sanitaryuszów i siostry miłosierdzia.

(w) Na kraźowniku „Ruryk“ raniony został starszy lekarz Sołucha, a zatonął Dr. Braunschweig.

(Z) Według Najwyższego Manifestu rodziny lekarzy, którzy padli na wojnie lub w czasie walki z epidemią, mają prawo do emerytury.

(Z) 15 miejsc lekarzy ziemskich w gub. Petersburskiej, opuszczonych przez lekarzy, którzy udali się na Daleki Wschód dotąd są nie zajęte (Ruskij Wracz).

(Z) Przeciw chorobie snu zalecają roślinę „iboza“, rosnącą w Gaboou'ce w Atryce.

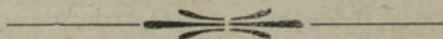
(w) W dalszym ciągu panuje w Warszawie epidemicznie włóknikowe zapalenie płuc.

Nadesłano nam:

L. Wernic. Stan zdrowotny dzieci szkół miejskich Kalisza odb. ze „Zdrowia.“

Dr. S. Radziszewski. Wiedza Tajemna. Warszawa 1904

Zmarli: Dr. Zenon Cywiński, znany okulista, długoletni kierownik szpitala oftalmologicznego w Wilnie, dnia 6 Września r. b. Wilnie, w wieku lat 75.



Od wydawców

Stosownie od zapowiedzi przez nas uczynionej, do bieżącego numeru dołącza się dla prenumeratorów, **którzy wnieśli przedpłatę za cały rok, premium bezpłatne „Podręcznik do badań chemiczno-klinicznych”** Docenta Wszelnicy Lwowskiej Dr. W. Moraczewskiego. Prenumeratorom, **którzy wniosą roczną zaległą przedpłatę**, premium to również niezwłocznie przesłane będzie.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 2 Сентября 1904 г.

I Choroby nosa, jego zatok,

oraz jamy Nosogardzielowej.

II Choroby jamy ustnej, gardzieli i przełyku

z licznymi rysunkami są do nabycia po rub. 2 i 3 (studentci za pół ceny) u autora-wydawcy

D-ra JANA SĘDZIAKA—Erywańska 10.