

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. O WYLEWACH MLECZKA do jam surowicznych ciała.

PODAŁ

Stanisław Kamiński.

(Ciąg dalszy).

Oppolzer ¹⁾ pierwszy zrobił uwagę, że nie wszystkie płyny przebiegowe, mające wygląd mleczny, są mleczkiem i pierwszy zrobił analizę chemiczną przebiegu mlecznego. Chora na wadę serca (*Insufficiëntia valvulae bicuspidalis et tricuspidalis*) dostała puchliny brzucha. Płyn z brzucha wypuszczono 7 razy. Z początku płyn puchlinowy był jasny, później zawierał domieszkę krwi. Dopiero podczas trzeciego przekłócia płyn wypuszczony zawierał nieco tłuszczu. Białą barwę podobną do mleka posiadały płyny z ostatnich 3-ch przekłóć. Waga gatunkowa tych płynów—1014, odczyn zasadowy; zawierały one wiele białka i tłuszczu. Na sekcji oprócz zmian w sercu, odpowiadających rozpoznaniu przyżyciowemu znaleziono zakrzep w żyłę podobojczykowej, sięgający aż do ujścia przewodu piersiowego. Ten ostatni był rozszerzony,

¹⁾ Oppolzer *Insufficiëntia valvulae mitralis et tricuspidalis Hepar granulatum. Hydropsascites Anasarca. Thrombosis.* (Allg Wiener. Med. Ztg. r. 1861 Nr. 18 i 19)

ścianki jego zgrubiałe. Inne naczynia mlecze nie były rozszerzone. Pęknięcia tych ostatnich nie było. Sam przebieg choroby, stopniowe wytworzenie się tłuszczu w wysięku bardzo obfitym w białko wskazuje że tłuszcz pochodził tu ze stłuszczenia ciał białkowych i komórek nabłonkowych i błon rzekomych. Mieliśmy także do czynienia z tem, co Quincke nazwał później ascites adiposus.

Klebs ¹⁾ nie przypuszcza wcale możliwości wylewów mlecza do jam ciała. Według niego tłuszcz w przesiękach powstaje tylko albo wskutek stłuszczenia nabłonka otrzewny, albo też z rozpadu komórek rakowatych. Według więc niego istnieje tylko hydrops adiposus ²⁾. Wprawdzie w naczyniach mlecznych często powstają zaburzenia w krążeniu, zastój zawartości w nich i rozszerzenie, a to głównie wskutek przerostu gruczołów limfatycznych. Przy takich rozszerzeniach naczyń limfatycznych znajdujemy nieraz w tkance otaczającej białawe wynaczynienia, które spotkać również można pod torebką gruczołów limfatycznych zatknięch. Pęknięcia jednak rozszerzonych naczyń limfatycznych do jam ciała nie obserwowano ³⁾. Na dowód powyższego przytacza Klebs wypadek t. z. przez siebie hydrops lacteus. U chłopca 10-letniego, u którego nie było żadnych zaburzeń w krążeniu, ani sprawy zapalnej, zaczął się w jamie otrzewny zbierać płyn. Nagromadzenie to płynu trwało czas dłuższy pomimo kilkakrotnych przekłóć. Płyn miał wygląd białawy, serwatkowaty, zawierał dosyć duże błyszczące krople tłuszczu. Sekcyja wykazała zupełny brak zaburzeń w sercu i naczyniach krwionośnych, brak przekrwienia i innych objawów zapalnych w otrzewny. Natomiast cały nabłonek otrzewny znajdował się w stanie bardzo daleko posuniętego zwyrodnienia tłuszczowego. Podobne zmiany nabłonka można spotykać bardzo często w wypadkach, gdy po zapaleniu istnieje skłonność do przesięków ⁴⁾.

W 1875 r. H. Quincke ogłasza swą pracę o przesiękach zawierających tłuszcz ⁵⁾. Pierwszy przeprowadza dokładny podział przesięków tłuszczowych na mlecze i ściśle tłuszczowe. Ostatnie powstają w warunkach zaznaczonych przez Oppolzera i Klebsa, oprócz tego płyn czysto tłuszczowy odróżnia się od mlecza tem, że tłuszczu w nim jest mniej, oddzielne kropelki tłuszczu są większe i zbite są w kulki podobne do siary ⁶⁾.

¹⁾ E. Klebs. Lehrbuch der pathologischen Anatomie. B. I S. 349.

²⁾ Klebs. l. c. 325. ³⁾ Klebs l. c. str. 322. ⁵⁾ Quincke Ueber fetthaltige Transsudate. Hydrops Chylosus et adiposus. — Deutsches Archiv f. Klin. Med. 1875 I. XVII str. 121—138. ⁶⁾ Quincke ibid str. 137.

Z 4-ch wypadków przesieków tłuszczowych, przytoczonych w pracy Quincke'go, dwa zwłaszcza zasługują na uwagę ze względu na sposób ich powstania i zmiany znalezione na sekcji. Pierwszy dotyczył chorego, który na 4 dni po przejechaniu go przez wóz uczył duszność i wtedy dopiero stwierdzić można było objawy płynu w opłucny i powietrza w teje. Płyn wypuszczono. By on biały, podobny do mleka. Przy staniu wytwarzała się w nim na powierzchni warstwa śmietanki, a także w niektórych próbach skrzepcy czarne z domieszką licznych ciałek czerwonych krwi. Płyn w przeciągu 14 dni nie gnił wcale. Odczyn jego był zasadowy. Ciężar gatunkowy wahał się w różnych próbach między 1016—1020. Płyn zawierał cukier. Ilość tłuszczu wahała się między 1,073 i 1,263%. Na sekcji znaleziono płyn mleczny w jamie opłucny i otrzewny, opłucną niezmienną. Przewód piersiowy był zatkany skrpepm od ujścia aż do miejsca, w którym wychodzi z klatki piersiowej. Na opłucny, bliżej śródpiersia tylnego białe naloty, ła-two dające się zetrzeć. W tkance łącznej podopłucnowej około 1-go żebra i mostka — biały mleczny płyn, który zaczął wyciekać natychmiast po wyjęciu sternum. Q. przypuszcza, że albo ductus thoracicus tuż przed wyjęciem z klatki piersiowej, albo inne wielkie naczynie limfatyczne pękło i zawartość przewodu przy pośrednictwie naczyń limfatycznych i szczelin tkanki łącznej wylała się do jamy opłucny. Wylewowi temu sprzyjało ciśnienie ujemne w klatce piersiowej ¹⁾. Pękniętego naczynia nie znaleziono, prób z nastrożkiwaniem przewodu piersiowego nie robiono, natomiast próby wpędzenia soku mlecznego do jamy opłucny przy przesuwaniu palca po przewodzie piersiowym od dołu do góry dały wynik ujemny. Nagromadzenie płynu mlecznego w jamie otrzewny objaśnia Q. tem, że między jamą brzuszną i piersiową istnieją obfite anastomozy naczyń limfatycznych.

W drugim wypadku ciekawa jest etiologia i rezultat sekcji. Co do pierwszej, to sama chora miała od 15-u lat zgrubienie i obrzmienie prawej goleni i przedramienia, a w rodzinie jej panowała słoniowaczna, którą dotknięci byli ojciec i dwoje rodzeństwa. Za życia skonstatowano przesiek mleczny w jamie otrzewny, o ciężarze gatunkowym 1013 — 1016 i zawartości tłuszczu 1,68 — 1,87%. Na sekcji znaleziono płyn mleczny w obu opłucnych i w jamie otrzewny. Otrzewna w stanie zapalenia i zmętniała, pętlice kiszki zrosnięte z sobą. Zrosty miejscami przesiąknięte białym płynem. Na 2—3 ctm. powyżej zastawki Bauhin'a

¹⁾ Quincke l. c. 126.

naczynia mleczne rozszerzone i nastrożone. Około nich znajdują się biało-mleczne plamy, wielkości 3 mm., które prawdopodobnie są wynaczynieniami. Ani z tych plam, ani z naczyń mlecznych nie wypływa przy nacięciu płyn; widocznie mleczko ścięło się. Takie same plamy znajdują się na błonie śluzowej i podśluzowej kiszki cienkiej. Naczynia mleczne są rozszerzone i nastrożone tylko do wierzchołka krezki, dalej są normalne, również jak przewód piersiowy. Przyczyną powyższych zmian było zapalenie obydwu blaszek krezki, które spowodowało ucisk naczyń mlecznych i co zatem idzie kapilarne z nich wynaczynienia. Nagromadzenie soku mlecznego w jamach opłucny objaśnia Q. w podobny sposób jak w pierwszym wypadku co do otrzewny¹⁾.

Zdaje się że za przykładem Quincke'go, który postawił rozpoznanie pęknięcia przewodu piersiowego, choć nie miał na to dowodów, mnożą się te rozpoznania. Tak Thaden²⁾ stawia tę dyagnozę w wypadku, gdy tylko nieznaczna ilość soku mlecznego domieszana była do wylewu krwawego w opłucną i gdy na sekcji nie znaleziono nawet przewodu piersiowego. Wilhelm³⁾ twierdzi, że wskutek napadu koklusu pękł przewód piersiowy, co spowodowało wylew mleczka do jamy brzucha. W przeciągu roku robiono 10 przekłóć, chory żyje. Sprawozdawca Gaz. Hebdom., przytaczając przyczynę wylewu podaną przez Wilhelm'a, dodaje słusznie: „nie należałoby stawiać tak stanowczego twierdzenia”.

Wypadek rozerwania duct. thor. z wylewem do opłucny opisuje również Petavel³⁾. Chorą przejechał wóz i po tym wypadku nagromadził się u niej płyn mleczny w opłucny. Po przejechaniu zjawiała się przeszkoda przy połykaniu pokarmów. Widocznie zanim płyn nagromadził się w opłucny wypełnił on tkankę śródpiersia tylnego i wywarł ucisk na przewód pokarmowy. Chora wyzdrowiała. Bargebuhr⁴⁾ przytacza 9 wypadków pęknięcia naczyń mlecznych; z tych 3 wyzdrowiała.

Prawie jedynym wypadkiem, w którym sekcya stwierdziła niewątpliwe pęknięcie przewodu piersiowego przy istnieniu za życia

¹⁾ Quincke l. c. 128—132.

²⁾ Thaden. Ergus von Blut und Chylus in de rechte Pleurahöhle (Deutsches Archiv f. Klin. Med. 1877 T. XIX str. 313 — 317.

³⁾ Wilhelm. Rupture du canal thoracique (ref. Gaz. hebdom. 1875 str. 332).

³⁾ Cyt. u Quincke'go Choroby naczyń w Ziemssen'a. Szczeg. Pat. i Ter. Tłum. ros. T. VI, str. 265.

⁴⁾ Bargebuhr l. c.

wylewu mleczka do jamy surowiczej jest przypadek Whitla ¹⁾. Dziecko 13-letnie dostało puchliny brzucha. Przy punkcyi wypuszczono 12 litrów płynu mlecznego, o ciężarze gatunkowym 1020, który pod mikroskopem zawierał liczne ciała limfatyczne i drobne cząsteczki tłuszczowe. Reakcyja płynu zasadowa. Płyn zawierał cukru 0,21%, białka 2,8%, tłuszczu 1,03%. W przeciągu 4-ch miesięcy zrobiono 5 przekłuć i wypuszczono razem 60 litrów płynu. Dziecko umarło przy objawach gruźlicy płuc i opon mózgowych. Sekcyja oprócz zmian odpowiadających powyższym cierpieniom, wykazała gruźlicę gruczołów retroperitonealnych, gruźlicę przewodu piersiowego. Ten ostatni w średniej części zatkany był skrzepem włóknikowym, dolna część jego była rozszerzona; w tej dolnej części znaleziono otwór, jakby pochodzący od przedziurawienia śrutem, okrągły, przepuszczający kateter Nr. 2. Brzegi tego otworu były gładkie, zaokrąglone; tak że nie można było przypuszczać, aby otwór ten był zrobiony przy preparowaniu przewodu, czego zresztą dokonano z wielką ostrożnością. Prawdopodobnie, że gruźlica przewodu piersiowego wywołała skrzep w nim, czego następstwem było rozszerzenie dolnej jego części, zwiększone w niej ciśnienie, które wypchnęło stłuszczone, być może, ognisko gruźlicze, odpowiadające danemu otworowi.

Bardzo ciekawy ze względu na przebieg i sposób powstania przypadek ascites chylosus, spostrzegał Winiwarter ²⁾. Oprócz mojego jest to jedyny znany mi wypadek ascites chylosus u ssawca. Jan L. siódme dziecko wątłej młodo-zestarzałej matki. Inne dzieci umarły albo przy urodzeniu albo we wczesnem dzieciństwie. Zaraz po urodzeniu otaczający zauważyli duży brzuch dziecka; wezwany lekarz oświadczył, iż dziecko żyć nie może, bo ma nowotwór w brzuchu. Pomimo tego dziecko żyło i miało się względnie nie źle. Dopiero w 4-ym miesiącu zjawiała się duszność, wymioty i uporczywe zaparcie stolca. Gdy je W. widział po raz pierwszy stan był następujący: Dziecko bardzo osłabione, mięśnie wiotkie, twarz sina. Klatka piersiowa u dołu silnie rozszerzona; brzuch nadmiernie powiększony (65 ctm. w obwodzie), napięty i niesymetryczny. Znac wyraźnie wypuklenie prawego podżebrza. Odgłos wypukowy na przedniej ścianie brzucha wszędzie tympanityczny, po bokach stłumienie bardzo wyraźne, którego granice

⁵⁾ Whitla W. Chylous ascites British Med. Jour. 30 1884 (Ref. Virchow'a Jahresberichte 1885, I str. 253 i u Straussa (patrz niżej).

²⁾ Winiwarter Ueber chylangioma cavernosum in abdomine. Jahrbuch f. Kinderheilkunde 1877. XI, str. 196—202.

zmieniają się wraz ze zmianą położenia dziecka. Płyn więc w brzuchu był wolnym. Dolne kończyny nie obrzmiały; białka w moczu nie było. Z powodu wielkiej duszności dokonano przekłucia brzucha. Wypuszczono około 3 litrów płynu podobnego do mleka. Po wypuszczeniu płynu wyczuć można było pod prawem podżebrzem guz, którego górna granica zlewała się z prawym zrazem wątroby; guz składał się z kilku zrazów; konsystencyja jego odpowiadała miękiej torbieli. Przy oddechu guz nie poruszał się. Analiza płynu wypuszczonego wykazała, że zawiera on 4,5% białka, 3,68% tłuszczu, 0,02% cukru i 0,53% ciał nieorganicznych. Dziecku mniej więcej co miesiąc wypuszczano płyn w ilości 2—3 litrów i żyło ono jeszcze przez 6 miesięcy, tak że W. przypuszcza, że żyje dotąd. Ciekawą jest interpretacya tego przypadku przez autora. Oczywiście, na wierzchołku krezki wytworzył się torbielowaty chłoniak, którego ścianka pękła i zawartość torbieli wylała się do jamy otrzewny. Chłoniak ten powstał wskutek wrodzonego zatkania czy zarosnięcia przewodu piersiowego. (Autor hołduje teorii Wagnera, według której przyczyną powstawania chłoniaków są przeszkody w odpływie limfy). Całe więc mleczko pokarmowe wylewało się do otrzewny gdyż droga do przewodu piersiowego była zupełnie zagrodzoną. Jeżeli dziecko żyje, to dla tego, że otrzewna wchłaniała cały mlecz pokarmowy i przy pomocy swych naczyń limfatycznych i krwionośnych, dostarczała ustrojowi pokarmu. Wchłanianie to przez otrzewną było tak dokładne, że nie mogła ona sobie dać rady z jakimiś 2 — 3 litrami na miesiąc, podczas gdy przez ten czas wytwarzało się około 60 litrów soku mlecznego ¹⁾).

Przeciwko panującym dotychczas poglądom o naturze i przyczynach wylewów płynów mlecznych do jam ciała powstał Debove ²⁾). Jak widać z nagłówka pracy nie uważa on płynu danego za mleczko, lecz za płyn podobny do niego „chyliforme”. Nie stawia on żadnej teorii, lecz krytykuje dotąd panujące. Co się tyczy zwyrodnienia tłuszczowego wysięków ropnych i zawierających nabłonki, to badane przez autora historyje chorób (Gueneau de Mussy) nie dają dowodów, aby tego rodzaju zamiana nastąpić mogła. Słusznie powstaje on przeciwko rozpoznaniu przez Quincke'go pęknięcia przewodu piersiowego, gdy takiego pęknięcia na trupie znaleźć nie można była. Również nieprawdopodo-

¹⁾ Winiwarter l. c. str. 199 — 200.

²⁾ M. Debove. Recherches sur les épanchemens chyliformes des cavités sereuses. Union Médicale r. 1881. I. str. 1028, 1039 i 1049.

bnem wydaje mu się twierdzenie, żeby płyn wylany mógł przechodzić z opłucny do otrzewny i odwrotnie, gdyż inaczej puchlina wodnej brzucha towarzyszyłaby puchlina piersi i naodwrot ¹⁾. W znanych mu przypadkach nagromadzenia płynu mlecznego w jamie ciała nie widzi on żadnego, gdzieby pęknięcie przewodu piersiowego nie ulegało wątpliwości. Debove sam obserwował wypadek nagromadzenia płynu mlecznego w lewej opłucny. Opis zmian pośmiertnych, zresztą bardzo bałamutny, każe przypuszczać, że miało tu miejsce stłuszczenia nabłonka opłucny, podobnie jak w przypadku Klebsa, choć znowu 3,8% tłuszczu w płynie mówiloby przeciwko pochodzeniu tegoż ze zwyrodnionego nabłonka. To zdaje się pewnem, że nie było przedziurawienia opłucny, ani płynu w tylnem śródpiersiu.

Jako sprawę czysto przesiękową, zawarunkowaną nadmiernym dowozem limfy wobec wązkości naczyń limfatycznych chce uważać H. Smidt przypadek obserwowany przez siebie ²⁾. Fr. G. lat 11, pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej. Sam przechodził ostre wysypki, ostatnio odrę, po której dłuższy czas miał katar płuc i kiszek. Na wiosnę 1877 r. wśród zupełnego zdrowia zjawił się obrzęk brzucha. Obrzęk ten po 6-u miesiącach ustąpił i chory przez cały rok był zdrowy. Około Bożego Narodzenia 1878 r. znowu zjawiła się puchlina brzucha. W szpitalu przeleżał parę miesięcy i wyszedł z niewielkim obrzękiem. Ten ostatni powiększył się znowu znacznie w lutym 1880 r. i prof. Langenbeck zrobił przekłócie brzucha i wypuścił płyn biały mleczny. Po 4-ch tygodniach chorego wypisano ze szpitala, lecz brzuch powiększył się tak znacznie, że chory 30-go marca 1880 r. znowu zapisał się do szpitala. Tu oprócz objawów bezkrwistości, znaleziono duszność i znaczne powiększenie brzucha, którego obwód miał 87 ctm. Płyn w brzuchu ruchomy. W moczku białka niema. Wypuszczono 6000 ctm. płynu, mającego wszystkie cechy mlecza. Chory umarł nagle przy objawach wysokiej gorączki, bólu głowy, sztywności karku. Na sekcji znaleziono w mózgu ropień. W jamie brzucha płyn mleczy cuchnący; płyn ten znajdował się i w mosznie. Zrosty kiszek i sieci między sobą i ze ścianą brzucha; zrosty te dają się łatwo rozrywać. Zmętnienie otrzewny, ściennej i trzewiowej. Naczynia mlecze i przewód piersiowy puste, bardzo cienkie, po za tem pra-

¹⁾ Debove l. c. 1040.

²⁾ Dr. H. Smidt Ueber einen Fall von chylösem Ascites Zeitschrift f. Klin. Medic. 1880 II, str. 199 — 204.

widłowe. Przepona z obu stron wypchnięta aż pod 4-te żebro; między przyczepami jej do kręgosłupa „recessus” napełnione płynem mlecznym. Prawdopodobnie, były to torbiele zaotrzewnowe. Kosmki kiszek cienkich zgrubiałe. Na tem powiększeniu kosmków i wąskości naczyń chłonnych opiera Smidt swoją powyżej zaznaczoną hipotezę.

Letulle ¹⁾ jest przekonania, że płyny mleczne w jamach ciała pochodzą wyłącznie ze stłuszczenia komórek ropnych lub nabłonkowych wysięków w tych jamach. Na dowód przytacza on dwa obserwowane przez siebie przypadki, w których jednakże sekcyja nie była robioną. W obudwu chore dzieci miały obrzęk dolnej połowy ciała. W pierwszym z nich istniała wada serca. W drugim tylko przypadku zrobiono chemiczne badanie płynu wypuszczonego, który zawierał bardzo mało, bo zaledwie 0,15% tłuszczu. Przypadki pod względem klinicznym nie przedstawiały nic ciekawego. Jedno dziecko zmarło; drugie żyło podczas pisania obserwacyi, obrzęki to się zmniejszały, to powiększały.

Rzeczywistości istnienia przesieków, składających się z mleczka starał się dowieść Strauss ²⁾, a to zarówno na zasadzie doświadczeń z żywieniem chorego jak i na zasadzie badania pośmiertnego. Przypadek jego na tem większą zasługuje uwagę, że jest on jednym z niewielu, gdzie sekcyja wykazała rzeczywiście przyczynę powstania wylewu mleczka do jamy otrzewny. R. P. lat 61. Od pół roku utrata łaknienia, osłabienie, wychudnięcie. Od miesiąca powiększenie brzucha, dokonano przekłócia. Wypuszczono 6 litrów płynu mlecznego. Dla przekonania się czy rzeczywiście płyn ten jest mleczkiem, chorego wzięto na dyetę tłuszczową w nadziei, że ilość tłuszczu w płynie brzuszny powiększy się. Przez 4 dni chory pozostawał na tej dyecie, dostając mleko z masłem; piątego dnia zrobiono przekłócie i wypuszczono 3 litry płynu. Tegoż dnia chory zmarł. Chemiczne i mikroskopowe badanie płynów wykazało: 1) w pierwszym z nich tylko bardzo drobne kulki tłuszczowe, daleko mniejsze od kulek mleczka; w drugim kulki były znacznie większe 2) pierwszy z pł-

¹⁾ Letulle. Note sur un cas d'epanchement chyloforme du peritoine chez un enfant de huit ans cardiaque asystolique—Des epanchements chyliromes des sereuses. — Revue de Medecine 1884 str. 722 — 730 i Letulle Nouvelle observation d'epanchement chyloforme de l'abdomenc hez un enfant Revue de medecine 1885, str. 960—973.

²⁾ Strauss. Sur un cas d'ascite chyleuse. Archives de physiologie norm. et path. 1886, str. 367—392.

nów przy stanie nie wytworzył warstwy śmietanki, w drugim powstała ona 3) pierwszy z nich zawierał 0,38% tłuszczu, drugi 0,95%, a więc trzy razy tyle. Tak więc miano dowód fizjologiczny, iż płyn w brzuchu pochodził z naczyń mlecznych. Sekcyja wykazała guzy rakowate w otrzewny, wątrobie i gruczołach krezkowych. W krezce znaleziono pęknięte naczynia limfatyczne, przez szpary w naczyniach wyciekał płyn białawy, podobny do mleka lub mlecza. Błona surowicza kiszki silnie przekrwiona; na tem czerwonym tle wielka ilość białych plam, które przy bliższem badaniu okazują się wypukleniami błony surowiczej, wypełnionymi białym płynem. Płynu tego można zebrać dość znaczną ilość przekłuwając pipetką te torebki. Są to więc wynaczynienia mlecza, które podminowały błonę surowiczą. Wynaczynienia te istnieją na całej powierzchni zewnętrznej kiszki cienkich. Porównać je można z wysepkami rżęci, jakie się nieraz tworzą przy nastrzykiwaniu naczyń mlecznych. Badanie mikroskopowe wykazało, że płyn zebrany z tych wynaczynień był w samej rzeczy mleczeniem. Podobne wynaczynienia istniały i na wewnętrznej powierzchni kiszki. Znajdowały się one w błonie podśluzowej. Kiszka wyglądała tak, jak ją opisują fizyologowie u zwierząt podczas trawienia. Wysepki na błonie śluzowej odpowiadały takimże na surowiczej. Przewód piersiowy był zupełnie drożny.

(C. d. n.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

14. Prof. A. Koehler. **O najnowszych postępkach w dziedzinie techniki chirurgicznej.** (*Deut. med. Woch. Nr. 1895*).

I. CZĘŚĆ OGOLNA.

Szczyt, jaki osiągnęła chirurgia w ostatnich latach, zawdzięczać należy współdziałaniu dwóch momentów: doskonalącej się bezustannie technice chirurgicznej, oraz aseptyce i antyseptyce, które niepodzielnie zapanowały nad całym obszarem rękoczynów chirurgicznych. Lecz błędzi ten, kto ufając zbyt potężde ase-

ptyki, lekceważy stronę techniczną; a słuszną wyznaczą, że błąd ten popełniano niejednokrotnie pod osłoną aseptyki. To też autor cieszy się, widząc w paru ostatnich latach zwrot na właściwą drogę i uwzględnianie owej zaniebanej, czasowo, techniki chirurgicznej, czego wyrazem jest cały szereg prac i podręczników (Joessel'a, Farabeuf'a, Esmarch'a, Kocher'a, Treves'a i innych) najnowszych.

Przechodząc następnie do przeglądu zdobyczy w różnych dziedzinach chirurgji nowoczesnej, zatrzymuje się autor najpierw nad badaniem chorych i stawianiem rozpoznania. W czynności tej spieszą z pomocą chirurgowi i lekarz chorób wewnętrznych, i neurolog, i psychjatra, a dzięki wspólnej ich pracy oraz udoskonaleniu sposobów badania widzimy świetne wyniki szczególnie w dziale chirurgji mózgu (padaczka korowa, ropnie w mózgu, nowotwory), i jamy brzusznej; zwłaszcza wczesne i dokładne rozpoznawanie zbroczeń w narządach jamy brzusznej pozwoliło stosować prostsze i łatwiejsze zabiegi chirurgiczne i z lepszym dla chorego wynikiem, że wymienimy tutaj zwężenia odźwiernika, zapalenia wyrostka robaczkowego, niedrożność kiszki, guzy w jamie brzusznej, nowotwory pęcherza moczowego i t. d. Ważnym bardzo pomocniczym środkiem rozpoznawczym jest laparotomia próbna, której K. nie uważa za niebezpieczną, natomiast za korzystniejszą i pewniejszą niż przekłóćie próbne. Wspomina wreszcie autor o tych przypadkach, gdzie podczas operacji nie znajdowano nic podlegającego operacji, i gdzie histerya stanowczo była wykluczona, a jednak chorzy byli uleczani przez samo cięcie próbne.

Znieczulanie ogólne czyli usypianie chorych było i jest w ostatnich czasach przedmiotem ożywionych rozpraw, z których wnioskować tylko możemy, że zgody pomiędzy chirurgami niema; gdy jedni są zdecydowanymi przeciwnikami użycia eteru (Clarke, Goltz, Kappeler i inni), lub zrazili się do niego wskutek nieszcześliwych wypadków (Poppert, Herhold etc.) i przeto zalecają trzymanie się chloroformu, inni, jak np. Dumont, bronią eteru. Prawda, rozumie się, leży, jak zwykle, po środku: Garré słusznie też powiedział: „nie eter lub chloroform, lecz eter i chloroform”. Dzisiaj, możemy tylko to powiedzieć, że u dzieci i chorych piersiowych lub gardłanych, a także do operacji na głowie (mózg, nos, twarz, usta) i szyi oraz do operacji ze sztucznym oświetleniem—eter jest nieprzydatny, z drugiej zaś strony chloroformu wystrzegać się trzeba u chorych sercowych. Wiele operacji wykonać się daje przy pomocy znieczulenia miejscowego. Przestrzega autor przed zbyt niemiernym przeginaniem ręki chorego w tył i ku górze podczas usypiania, gdyż bywa ono powodem porażenia następczego (Drucklähmung), na co w ostatnich czasach znów zwracali uwagę Büdinger, Braun i Gaupp.

Co się tyczy sposobów usypiania chorych, to autor zaznacza, że, ponieważ Laborde i Guérin (Sem. méd. 1893) przypomnieli dawną teorię o odruchowym działaniu chloroformu na nerw błędny przez zakończenia nerwu trójdzielnego w błonie śluzowej nosa, przeto Casasovici radzi kokainizowanie tejsze błony przed rozpoczęciem usypiania; to samo zaproponował Rosenberg. Latta radzi usypiać kobiety rodzące mieszaniną 90 części chloroformu i 1 cz.

amylnitritu; Langlois i Diosidon zalecają zastrzykiwać pod skórę— przed chloroformowaniem—sparteiny 0.03 i morfiny 0.01.

Od utraty krwi przy operacjach zabezpieczamy się w rozmaity sposób: bądź to podwiązując (według sposobu Rose-Lücke'go) główną tętnicę i żyłę dwiema podwiazkami z następczem przecięciem tychże naczyń, — np. przy operacji wyluszczenia uda; bądź uciskając naczynia główne ręką (asystenta) lub za pomocą opaski; ten ostatni sposób, polegający na uniesieniu kończyny przez czas jakiś i nałożeniu opaski elastycznej, ma najwięcej zwolenników. McLeod proponuje, w celu zmniejszenia upływu krwi, akupressurę t. j. czasowe obklócie skórne. Jednym z najczęściej używanych sposobów zatrzymywania krwi jest ucisk masowy za pomocą tamponów z waty lub gazy; przy zranieniu boczem większych naczyń stosujemy szew na ranę czyli na okienko w naczyniu lub też zaciskamy ją pincetką, którą zostawiamy na czas dłuższy. Nabytkiem ostatnich czasów jest również sposób tamponowania krwi, w rozpaczliwych przypadkach, z otwartej żyły udowej (w zgięciu pachwinowem) za pomocą rezekcyi zranionego odcinka; jeśli tylko operacja została wykonana czysto, aseptycznie, wówczas żadne obrzmienie zapalne, żaden odczyn naokoło rany nie stanie na przeszkodzie utworzeniu się obocznego (collateralis) krążenia czyli odpływu krwi.

Wymagania terażniejsze co do narzędzi chirurgicznych, jako to, by one były całkowicie wykonane z metalu, by dawały się łatwo czyścić i t. p., są ogólnie znane, nie będą ich zatem przytaczał.

Z pomiędzy tak zwanych operacyj elementarnych zatrzymuje się autor nad cięciem (incisio) i szwem. Od cięcia wymagamy, by kierunek jego nie był dowolny, lecz ściśle odpowiadał różnym wskazaniom (napięcie skóry, kierunek nerwów i naczyń etc.), gdyż doświadczenie nauczyło nas, że wtedy gojenie się rany jest lepsze, a blizna mniej twarda i cieńsza; znakomite wskazówki pod tym względem istnieją u Kocher „Chirurg. Operationslehre” (wyd. 2. Jena, 1894). Cięcia duże, których dawniej tak się obawiali chirurgowie, teraz, przeciwnie, zalecają się: łatwiej bowiem przy nich oryentować się w głębi rany i ustrzedz się niepotrzebnych obrażeń. Do nakładania szwów obmyślono w ostatnich czasach cały szereg nowych narzędzi (Hagedorn, Burrage, Adams, Hüpeden, Kurz, De Moij, Koehler, Créquy), mniej lub więcej udanych. Próbowano również (Credé, Berrut, Lignac) spajania brzegów rany — bez szwów.

II. CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA.

Jak wyżej zaznaczyliśmy, największy postęp widnieje w dziedzinie chirurgji mózgu, zarówno dzięki udoskonalonym sposobom badania, jak i wyrobionej technice operacyjnej. To też wyniki leczenia rozmaitych obrażeń, zapaleń, nowotworów mózgu, dalej, takich zboczeń, jak małogłowie (mikrocephalia), wodogłowie (hydrocephalus), lub nawet niektóre cierpienia umysłowe są najlepszym świadectwem tego postępu.

Przechodząc do rozpatrzenia poszczególnych działów, zaznacza autor, że leczenie obrażeń głowy nie wymaga żadnej osobliwej techniki; wystarcza znajomość ogólnych zasad leczenia ran, a zbawienny wpływ anty- i aseptyki wyraża się tutaj tem, że rzadko widzujemy obecnie po obrażeniach czaszki ropnie mózgowe. Jeśli obrażeniu części miękkich towarzyszy zranienie kości czaszkowych, wówczas postępowanie nasze zmienia się: wszyscy chirurgowie zgadzają się na to, że w przypadkach, gdzie istnieje pęknięcie kości wraz z wtłoczeniem odłamków (depressio), należy te ostatnie usunąć jaknajdokładniej, co jednakże nie zawsze zabezpiecza chorego od kostniaków, jako następstw nieprawidłowego tworzenia się kostnicy (callus) (Berger), a w przyszłości od t. zw. padaczki korowej pochodzenia urazowego. Natomiast nie ustalilo się postępowanie w tych razach, gdzie mamy wtłoczenie kości bez rany; autor sądzi, że nawet „pod osłoną antyseptyki” nie należy trepanować, jeżeli u chorego nie ma żadnych zgoła ogólnych lub ogniskowych objawów ze strony mózgowia, a to tembardziej, że, jak wiadomo, istota mózgu przystosowuje się z czasem doskonale do ucisku umiarkowanego.

Leczenie operacyjne padaczki korowej Jackson'a święci zaiste w ostatnich latach, tryumfy. Bo jeśli nawet rzadkie są przypadki zupełnego wyleczenia po operacyi, to w każdym razie ta ostatnia, niejednokrotnie, przynosiła ulgę i polepszenie tam, gdzie wszelkie środki terapeutyczne zawodziły. Szczególnie tyczy się to padaczki pourazowej (resp. wskutek blizn). Bardzo często blizna zewnętrzna nie odpowiada uszkodzeniom wewnętrznym; wówczas należy się raczej kierować objawami mózgowymi i w odpowiednim miejscu otwierać czaszkę (przypadki Bennet'a, Godlee, Bardeleben'a). Ogniska krwotoczne, torbiele, guzy i t. p., wywołujące typowe napady padaczki Jackson'a, znajdują się w istocie korowej mózgu lub tuż pod nią. Niekiedy nie znajdywano nic, a tymczasem drgawki miały po zabiegu chirurgicznym bezpowrotnie (przyp. Benda); przypuszczać tu trzeba jakiś zbawienny wpływ trepanacyi na stosunki krążenia krwi w istocie korowej.

Wyniki leczenia operacyjnego ropni i nowotworów mózgu są nierównie mniej pomyślne od poprzednich, tak że przypadki zupełnego wyzdrowienia należą do rzadkości. Pochodzi to stąd, że możemy operować prawie wyłącznie te tylko ogniska, które umiejscowiły się w samej istocie korowej lub tuż pod nią, a tymczasem przypadki głęboko umiejscowionych lub nawet rozsianych guzów w mózgu są dość częste, jak świadczy np. statystyczny wykaz Seydel'a, oparty na protokołach sekcyjnych. Prócz tego zwrócić należy jeszcze uwagę na to, że określenie siedliska ropnia lub guza jest niekiedy bardzo trudne i zwodnicze. W celach rozpoznawczych M. Schmidt zaproponował prześwidrowywanie czaszki i przekłócie próbne mózgowia.

Co się tyczy przyrządów do trepanacyi, to używamy w tym celu trepanów, pilek, dłutek i różnych innych, bardziej złożonych, przyrządów; większość jednakże chirurgów przekłada dłuto i młotek, tembardziej że, według doświadczenia Wagner'a, Czerny'ego, Lauenstein'a, wstrząśnienie mózgu przy tym rękoczynie nie jest tak nie-

bezpieczne, jak przypuszczano. Są chirurdgowie (Lucas Championniere, Cant, wielu chirurgów amerykańskich, jak Horsley), którzy posilkują się przeważnie trepanem, a dłuta używają, jako narzędzia dodatkowego. Z nowszych modyfikacyj trepana wymienić należy rychanotrepan Stoll'a, torne-trefin Tauber'a i trepan Zuccaro, który ma służyć do czasowych rezekcyj; dalej, do rozszerzania już istniejących otworów i dla łatwiejszego wykonywania czasowej rezekcyi przedstawili swoje przyrządy Bardeleben, Luer, Faraboeuf, Poiriet i Delvoie, Thomalla Lale i inni. Toison używa do czasowej rezekcyi delikatnej pilki; Bradford (z Bostonu) sporządził dość złożony przyrząd do rozpoznawczego prześwidrowywania czaszki.

Sposoby otwierania czaszki można uszeregować w dwa działy; do pierwszego zalicza Köhler zwykle trepanacye i kraniektomie, do drugiego—t. zw. czasowe rezekcye osteoplatyczne, które nie pozostawiają żadnych braków. Braki kostne, jakie powstają po pierwszego rodzaju operacyach, starano się pokrywać w rozmaity sposób (cranioplastica). Niekiedy, jak wiadomo, u osobników młodych, przy zdrowej zupełnie i nieobrażonej oponie twardej, braki powyższe wypełniają się samoistnie narastającą tkanką kostną (Carl Beck, Konrad); u starszych — niezbędna jest implantacya. W tym celu dokonano całego szeregu prób na zwierzętach, bądź to zaszczepiając na nowo wycięte krążki kości, bądź szczepiając na oponie twardej drobne kawałki innych kości, bądź wypełniając braki kostne blaszkami celluloidu, gutaperki etc... Cunes wygładzał spodnią powierzchnię krążków kostnych, by zapobiedz zrostom z oponą twardą; Sacchi zrobił ciekawe spostrzeżenie, że zrostów z oponą nie otrzymamy, jeśli zaszczepić krążek zwrócony powierzchnią okostnową do wewnątrz. Liczne próby na zwierzętach lub też kazuistyczne przypadki ogłaszali Guérin, Pous, Burrell, Hoegh, Olmstedt, Gerstein i inni. Kümmel, a później Senn zaproponowali wszczepianie odwapnionych kości. Dobre wyniki po zaszczepieniu blaszek celluloidowych widzieli Fraenkel, Hinterstoisser, Eiselsberg, Frey i inni; Winiwarter znów i Berger otrzymali ropienie przy tego rodzaju heteroplastyce. Dumas opisuje, że mieszkańcy wysp południowych doskonale wypełniają braki w czaszce odpowiednio przystosowanymi krążkami z orzecha kokosowego.

Czasowe wypiłowanie kości czaszkowych z następczą autoplastyką stosuje się w tych przypadkach, gdzie długotrwałe sączkowanie rany lub też uwolnienie istoty mózgowej od ucisku jest zbyt ciężkie. Do dziś dnia chirurgowie trzymają się przy tej operacyi przepisów Wagnera, a ilość odnośnych spostrzeżeń wzrasta z każdym rokiem. Nieznaczące zmiany w postępowaniu chirurgicznym poczynili w ostatnich czasach Toison, Zuccaro, Lane, Krouchkoll i inni. Bardziej już zasługują na uwagę nowe sposoby rezekcyi Müller'a i Scafie'go; pierwszy—tworzy płat tylko ze skóry i z powierzchniowej warstwy kości czaszkowej, pozostałe zaś warstwy tej ostatniej wydfutowuje. Scafi operuje na dwóch posiedzeniach: na pierwszym przecina skórę i kość w tem miejscu, które w przyszłości ma być miejscem szypuły dla płata, poczem ranę skórną zasztywa, a gdy ta po kilku dniach się zagoi, kończy operacyę, nie przecinając szypuły. König również pokrywał, w niektórych przy-

padkach, braki czaszki za pomocą płatów z szypułą, składających się ze skóry, okostny i górnej warstwy kości, branych w sąsiedztwie. Plastyczna ta operacja znalazła już wielu zwolenników (Riegner, Schoenborn, Tietze-Mikulicz, Kehr, Borelius).

Prawie jednocześnie z opisanymi osteoplastycznymi operacjami wystąpił Lannelongue z propozycją operacyjnego leczenia małogłowa (microcephalia) i jego następstw. Ponieważ jedna z teorii głosiła, że przyczyną małogłowa resp. niedorozwoju mózgu jest przedwczesne kostnienie, a więc powstrzymanie wzrostu kości czaszkowych, racjonalnym się zdawało szukanie poprawy w kraniotomii. I pomimo, że operacja ta należy do rzędu niebezpiecznych (często szok podczas dławotowania, niekiedy śmierć po dokonaniu zabiegu), jednak wobec wielu ogłoszonych dotychczas pomyślnych skutków (Akermann, Reboul, Barlow, Angell, Willard i Lloyd, Engel, Winiwarter etc.) zasługuje na częstsze stosowanie. Technika operacyjna przy tym zabiegu jest u różnych autorów rozmaita: tak, Lannelongue robi cięcia płatowe; Mac Klintock wierci po bokach czaszki otwory trepanacyjne, potem przecina pod skórą kość do przodu i ku tyłowi; Bauer robi po dwa otwory trepanacyjne z każdego boku i przecina mostki kostne; Gersuny odpiłowuje cały strop czaszki, podobnie jak to jest w zwyczaju przy badaniu zwłok; Postempski, Jaboulay podali swoje sposoby.

Psychozy i bezwład ogólny kwalifikują się do leczenia operacyjnego w tych jedynie razach, kiedy daje się wykazać związek ich z pewnymi obrażeniami czaszki, lub jeśli zmiany jakoweś w czaszce, albo też objawy ogniskowe wskazują miejsce, będące punktem wyjścia choroby umysłowej. Kierując się takimi wskazaniami, operowali szczęśliwie Stetter, Flührer (trepanacja i wyłuszczenie torbieli, znajdującej się pod blizną, jaka się wytworzyła wskutek rany postrzałowej), Durante (usunął nowotwór, mieszczący się w zrazie czołowym).

Na ostatek omawia autor szczegóły dotyczące się operacji opróżniania komórek mózgowych przy nadmiernym nagromadzeniu się płynu mózgo-rdzeniowego. Prócz Bergmann'a cenne wskazówki co do funkcji komórek dali Kocher, Delvoie, Poirier, Keen i inni. Ponieważ miejsce, w którym warstwa istoty mózgowej, pokrywającej komórkę, jest najcieńsza, odpowiada zarazem siedlisku tętnicy oponowej średniej (art. mening. media), Kocher a za nim i Bergmann otwierają komórki mózgowie więcej od przodu i z góry, w bruździe pomiędzy pierwszym i drugim zwojem czołowym, w odległości mniej więcej 3 ctm. od linii środkowej, pomimo że tutaj warstwa tkanki mózgowej dochodzi do 4—5 ctm. grubości. Keen, Broca, Poirier radzą przekłóćie boczne. Sahli robi, w celu opróżnienia komórek, tak mały otwór w czaszce (trepanopunctio), że przezeń wprowadzić można tylko kaniulę, przez którą odpływa później zawartość. — Kocher i Wyss uważają za wskazane przekłóćie komórek przy padaczce ogólnej i porencephalii, przytem obydwaj zalecają długotrwałe sączkowanie; Diller przeciwny jest temu ostatniemu. Spostrzeżenia swoje w tej dziedzinie ogłosili także ostatnimi czasy Baskelt, Boltze, Vautrin,

Broca, Phocas, Parkin i inni. Nadmienić jeszcze należy że Quinke zaleca przy hydrocephalus przekłócie w okolicy lędźwiowej (punctio lumbalis).

Wogóle przyznać trzeba, że ostatni dział opisanych cierpień mózgowych nie przedstawia dla chirurga zupełnie pewnej dziedziny; to samo da się powiedzieć o padaczce ogólnej, o uporczywych bólach głowych, zależnych, według wszelkiego prawdopodobieństwa, od wzmożonego ucisku wewnątrz-czaszkowego i wreszcie o apopleksyach (Braddon); sporo zmysłu krytycznego i zastanowienia wymagać będą operacye w tych stanach chorobowych, zanim da się widzieć prawdziwy postęp, jak to słusznie zauważył Bergmann.

2. S z y j a.

Podobnie, jak w częściach poprzednich (część ogólna, chirurgia czaszki) robi autor przegląd najświeższych zdobyczy w zakresie pewnej tylko seryi—najważniejszych operacyj dokonywanych na szyi, a do nich zalicza: wyluszczenie gruczołów chorobowo zmienionych, przecięcie tchawicy (tracheotomia), przecięcie krtani (laryngotomia), usuwanie ciał obcych, leczenie gruźlicy krtani, leczenie wola i choroby Basedow'a; wreszcie porusza niektóre doświadczenia, wykonane na zwierzętach, a odnoszące się do kweśty wola.

Wyluszczenie gruczołów szyjowych, po większej części przez gruźlicę zajętych, daje w obecnej dobie znakomite wyniki zarówno pod względem ogólnego stanu chorych, który się poprawia bardzo po usunięciu chorobowo zmienionych ognisk, jak i miejscowo; nawroty bowiem są rzadkie, gojenie się ran szybkie i dozwyczajne, a pomimo kolosalnych nieraz wymiarów ich—doraźne. Ta doraźność gojenia się ran wpłynęła znakomicie na rozwielenie się tego zabiegu. Najczęściej używają cięć podłużnych; poprzeczne jednak zostawiają, według autora, mniejsze ślady, należałoby więc wybierać je, pomimo że są mniej dogodnie dla operującego i że wypada ich robić kilka naraz. Podwiązki nakładane na naczynia krwawiące, pozostając w ranie, nie przeszkadzają zazwyczaj rychłozrostowi rany w głębi; częściej trafia się ropienie naokoło szwu skór nego, a świadectwem to jest niedokładnego odkażania pola operacyjnego. Niektórzy chirurgowie (Reboul, Quénu, Reynier, Felizet) zalecali, w ostatnich czasach, leczenie gruczołów powierzchownych wstrzykiwaniami naphtholi camphorati, roztworu chlorku cynku, mieszanek jodoformu w glicerynie, wreszcie jodiny, a do wyluszczenia przystępowali w razie wyników ujemnych z powyższego leczenia. Chirurgowie angielscy obstają prawie jednogłośnie za leczeniem gruczołów szyjowych radykalnem. Rozmaite trudności napotykanne podczas wyluszczenia gruczołów i nowotworów szyi, wykazał i zestawiał na zjeździe chirurgów niemieckich r. 1894, Eigenbrodt. Dollinger proponuje (Centralbl. f. Chir. 1894, Nr. 36), dla uniknięcia blizny z boku szyi, cięcie podłużne na środku karku, podminowanie skóry i dopiero wtedy usuwanie gruczołów; dziwić się tylko można, jak D. wyluszczał gruczoły sąsiadujące bezpośrednio z żyłą jarzmową. Köhler

sądzi, że jednakże cięcie boczne jest i pewniejsze i dogodniejsze łatwiejszy daje bowiem przystęp do zwyrodnionych gruczołów i umożliwia nałożenie podwiązki na żyłę jarczową, która dość często, podczas operacji, bywa okaleczona.

Stary spór o to, czy lepiej jest robić tracheotomię wysoką, czy niską, dotychczas nie jest rostrzygnięty; przy ostatniej, w razie dłuższego pozostawienia rurki w tchawicy, zawsze mieć należy na względzie niebezpieczeństwo erozyji żyły bezimiennej (Ganghofner, Maylard). „Tracheotomia intercricothyreoidea” prawie ogólnie została zarzucona. W okolicach, gdzie panuje epidemicznie wole, wybór miejsca dla przecięcia tchawicy (wysoko czy nisko) zależy (Simid) od umiejscowienia gruczołu tarczowego. Ważne pytanie o usypianiu, zwłaszcza dzieci, przy operacji przecięcia tchawicy nie jest należycie rozwiązane; zdaje się, że w sprawie tej trudno będzie orzec coś ogólnego; indywidualizowanie przypadków jest, jak dotychczas najwłaściwsze. Ciekawe prace z tej dziedziny należą do Weiss'a, Loumeau, Meurer'a, Le Dentu, Monod'a. Gougenheim (Bullet. de la Soc. de chir. 1894) operuje w ten sposób: zawsze przecina tchawicę wysoko; cięcie skórne prowadzi po uprzednim znieczuleniu skóry kokainą, powięź szyi przecina po zgłębniku rowkowanym za pomocą termokauteru w kształcie noża, wreszcie tchawicę przecina zwykłym nożem. Operacja wykonywa się szybko i krwawienie jest nieznaczne. Jedną z obszerniejszych i najlepszych prac, odnoszących się do przecinania krtani jest praca Pieniążka „o laryngofissurze na podstawie spostrzeżeń własnych”; technikę przecięcia tchawicy i krtani omawia znakomicie Bardeleben w „Realencyklopädie” Eulenburg'a samą zaś operację laryngotomji—Leseigneur w „Etude sur la laryngotomie”; zestawiono tu 362 operacje z odsetką śmiertelności 4,69%.

W ostatnich latach pojawiło się niezwykle dużo komunikatów o ciałach obcych w drogach oddechowych; z większych prac wymienić należy prace Thietze'go, Preobraschensky, Benn'a i Moure'a; z kazuistycznych — ciekawe są te przypadki, gdzie ciała obce pozostawały czas dłuższy w drogach oddechowych. Tak, Thelen po przecięciu chrząstki obrączkowej i lig. conoideum wydobyl ziarnko kawy, które przed 6 tygodniami aspirowała czteroletnia dziewczynka i które było powodem częstych napadów duszenia się; Vamossy opisał przypadek, gdzie igła do szycia pozostawała w krtani 10 miesięcy; Kilner ogłosił przypadek, gdzie goździk przeleżał w prawym oskrzelu 296 dni i gdzie nastąpiło uzdrowienie pomimo wstrząsających dreszczów i zapalenia płuc; Smyly wykonał tracheotomię i wydobyl z krtani kawałek kości, który przeleżał tam 4 tygodnie. Takie i tym podobne ciekawe przypadki ogłosili ostatnimi czasy de Castro Lapo, Good, Lots, Lamo, Ransom, White, Routier, Perier, i inni.

Stronę rozpoznawczą w mowie będących stanów opracowywali: Sprengel, który na podstawie jednego przypadku ciała obcego, wewnątrz pustego, jakie zatrzymało się w miejscu podziału tchawicy (bifurcatio),—twierdzi, że brak szmeru oddechowego po którejkolwiek stronie lub też wzmoczenie szmeru świadczy tylko

wówczas o zatkaniu oskrzela, jeśli ciało obce jest solidne. Heard proponował użycia telefonu do wykazywania obecności ciał obcych, z metalu zrobionych, jakie utkwily w górnej części przewodu oddechowego. Forest Willard przerobił cały szereg doświadczeń na zwierzętach, w celu uzupełnienia rozpoznawania i operacyjnego leczenia tych chorób. Tilmann i Astros zwracają uwagę na ważny objaw, jaki się spostrzega w razie, jeśli ciało obce porusza się przy ruchach oddechowych; mianowicie na donośny szmer podobny do szybkiego zamykania klapy (wentylu).

Co się tyczy leczenia operacyjnego powyższej sprawy, autor uważa za doniosłą rzecz wytknąć stałe prawidła, kiedy należy pozostawiać rurkę tchawicową, a kiedy można ją usunąć. Otóż w przypadkach, gdzie ciało obce wywołało nieznaczne zaledwie podrażnienie oraz stan zapalny, tam można mieć nadzieję, że po dokonaniu laryngo- lub tracheotomii nie wystąpi ani pogorszenie istniejących już objawów ani obrzęk nagłośni; pozwala się przeto w tych razach zamknięcie rany przewodu oddechowego. Wprawdzie bezpieczniejszą jest rzeczą nie nakładać czasowo szwu (d' Astros), albo też (Bardleben) przeciągnąć przez każdy brzeg rany nitkę jedwabną, którą usuwamy na trzeci dzień, jeśli przebieg pooperacyjny nie jest powikłany. Jeżeli operujemy przy zwieszanej na dół głowie, to przedwstępna, zapobiegawcza głęboka tracheotomia zazwyczaj bywa zbyt rzadka; wystarczy otwarcie przewodu oddechowego w jednym tylko miejscu, stosownie do siedliska ciała obcego.

Przecięcie tchawicy zapobiegawcze bywa zato konieczne, jeśli zamierzamy wykonać laryngofissurę przy gruźlicy krtani lub innej jakiejś sprawie chorobowej; rurkę tchawicową opatrzoną tamponem, pozostawiamy tak długo, dopóki grozi niebezpieczeństwo obrzęku i ściekania wydzieliny z rany. Rozumie się, że czas ten jest bardzo względny, zależnie od tego, czy usunięcie małe i powierzchowne tylko nowotworzenia, czy też resekowano oddzielne części, czy wreszcie wyluszczone całkowicie krtani (Betz, Kijewski, Heryng). Leczenie operacyjne gruźlicy krtani może przynieść korzyść jedynie w tych przypadkach, gdzie sprawa chorobowa w krtani jest pierwotną; przeciwnie, jeżeli płuca są bardzo zajęte, nie tylko nie osiągniemy korzyści, lecz pogorszymy ogólny stan chorego. To też pierwszym warunkiem do osiągnięcia pomyślnych wyników jest sumienne gatunkowanie przypadków. Zasób sił chorego, a z drugiej strony ważność mającego się dokonać na drugim posiedzeniu zabiegu operacyjnego zmusza często chirurga do zrobienia tracheotomii na 8 — 10 dni naprzód. Nowością w technice laryngofissury jest sposób zaproponowany przez Gersuny'ego i nazwany laryngotomia transversa, gdzie skórę przecina się w zwykły sposób, chrząstkę zaś tarczową poprzecznie. Bloch znów, mając operować na szczękach, w jamie ust lub gardzieli, nie zakłada zupełnie przy tracheotomii profilaktycznej rurki z tamponem (Tamponcanüle), lecz zwykłą rurkę tchawicową, zatyka natomiast wejście do krtani i do gardzieli gazą jodoformową.

Choroby i chirurgia gruczołu tarczowego stanowią dział wielce ciekawy, lecz i pełen zagadek i niespodzianek, a literatura ty-

cząca się tego przedmiotu urosła w ostatnich czasach do olbrzymich rozmiarów.

Ważne pod względem praktycznym i teoretycznym są próby Bruns'a leczenia gruczołem tarczowym chorych wolowatych; w 9 przypadkach otrzymał Bruns wyleczenie lub znaczną poprawę, dając dzieciom 5, starszym 10 grm. gruczołu raz na tydzień lub co 2 tygodnie; w trzech przypadkach leczenie pozostało bez skutku. Również pomyślne wyniki ogłosili Reinhold, Grawitz i Regis. Nawet Kocher, powaga w dziedzinie wola, widział na 12 przypadków 9 razy zmniejszenie się guza i ustąpienie przykrych objawów chorobowych po zastosowaniu karmienia gruczołem tarczowym; wprawdzie Kocher przypuszcza, że takie same wyniki otrzymać można dając choremu jod, i wzbraniając używania do picia wody ze źródeł w tych miejscowościach, gdzie grasuje wole. Mikulicz podał do wiadomości doświadczenia nad leczeniem wola za pomocą dawek grasicy; Eiselsberg nie mógł jednakże potwierdzić korzyści z tego leczenia. Horsley zaleca najpierw odżywiać chorego dawkami gruczołu tarczowego, a w razie poprawy, wszczepiać (implantatio) gruczoł; Eiselsberg (na zwierzętach) i Gernet (na ludziach) wypróbowali tę metodę. Lanz poleca nadto leczenie gruczołem tarczowym przerostu gruczołu krokowego, otłuszczenia i krzywicy.

Drugi sposób leczenia wola — to wstrzykiwania jodoformu; leczenie to nie jest nowe, zarzucono je wszakże w ostatnich czasach, tem bardziej że trafiały się przypadki śmierci (Heymann) po zastrzyknięciu jodu w mięsz wola, a z drugiej strony iniekcye utrudniają niezbędne częstokroć w przyszłości wyluszczenie wola. Mosetig, Rapper, Garré stosują leczenie wstrzykiwaniami jodoformu i są bardzo zadowoleni z wyników; zwłaszcza miękie, mięszszowe wola nadają się do takiego leczenia. Prins (Fryburg 1895) podaje wpływ jodu na gruczoł tarczowy jednocześnie z zastrzykwaniami do mięszu wola.

Nowy sposób leczenia operacyjnego wola ogłosili Poncet i Jaboulay pod mianem „exothyropexie”, inaczej — „thyroido-érétisme chirurgical” lub „luxation supraclavisternale du goitre.” Operacya ta polega na częściowem odłuszczeniu wola od otaczających go tkanek i wytoczeniu go na zewnątrz, tak że guz spoczywa przed i na brzegach rany; po pewnym czasie wole ulega znacznemu skróceniu. Gérard i inni widzieli dobre skutki exothyropeksyi. Brissaud doczekał się po niej śmierci operowanego osobnika. Kocher tłómaczy sobie działanie tego zabiegu odprowadzeniem wydzieliny gruczołowej na zewnątrz, wskutek czego limfa i krew uwalniają się od nadmiaru tejże wydzieliny.

Z pośród rozmaitych sposobów częściowego operowania wola stosowano w ostatnich czasach najbardziej wyluszczenie (enucleatio) podług Socin'a; wogóle operacya ta łatwo daje się wykonać. A jednak, Gernet, ogłaszając przypadki enukleacyj Zoega-Manteuffla, zaznacza, że pięciokrotnie otrzymano duże bardzo krwawienie, które dwa razy zmusiło do podwiązania obu tętnic tarczowych. Kappeler na 200 operacyj wola wykonał 98 razy wyluszczenie podług Socin'a; Schönborn — na 56 przypadków —

36 wyluszczeń; Roux ogłosił 177 operacyj wola; z tych 104 wykonał sposobem Kocher'a, a 73 — Socin'a (nb. ze znieczuleniem miejscowem).

Takie operacje, jak usuwanie środkowego zraza wola (Jones Sidney, Browne, Wolff), jak resekcya wola (Bruns, Mikulicz, Trzebiński, Hahn, Frank etc.), i podwiązanie tętnic tarczowych pomija autor; krótko również zatrzymuje się nad częściowem wycięciem wola (strumectomia partialis), operacja ta bowiem dotychczas wykonywa się zgodnie ze wskazówkami Kocher'a. Jeden tylko Bottini zmienił technikę operacyi: rozszczepia on zraz środkowy, oddziela go od rurki oddechowej, poczem odluszcza guz na tępo z prawej i z lewej strony aż do naczyń, po podwiązaniu których kończy operacyą. Pod względem technicznym ciekawe jest doniesienie Pean'a; usunął on pewnej 41-letniej kobiecie wole za pomocą metody „rozkawalkowania” (morcellement); po dwóch latach rozwinął się w tem miejscu rak; wyluszczone go, a zarazem wycięto chrząstkę pierścieniową i 5 pierścieni tchawicy; chora, badana w 16 miesięcy potem, nie okazywała nawrotu cierpienia. Robert radzi stosować najprzód leczenie wewnętrzne, a dopiero po upływie dwóch miesięcy, w razie potrzeby, operować. Anatomie topograficzną gruczołu tarczowego i stosunki jego do naczyń (aa. thyreoideae) i nerwów (recurrentes) opracowali dokładnie Dwight, Taguchi, Rüdell.

Leczenie operacyjne choroby Basedow'a nie tylko daje dobre wyniki pod względem praktycznym, ale i przyczyniło się do wyjaśnienia istoty samej choroby. Leczenie wewnętrzne i dyetyczne nie może obecnie nawet iść w zawody z operacyami; te ostatnie, jeśli nie wyleczają całkowicie, to w każdym razie usuwają męczące i groźne objawy. Co się tyczy istoty samego cierpienia, to najprawdopodobniejszą przyczyną zdaje się być jakościowa i ilościowa zmiana wydzieliny gruczołu tarczowego, której następstwem jest t. z. hyperthyroidatio organizmu (Marie).

Doświadczenia Notkine'a z Kijowa (Sem. med. 1895) rzucają pewne światło na tę niejasną sprawę. Notkine odróżnia dwojaki rodzaj wydzieliny gruczołu tarczowego: jedna, będąca istotną wydzieliną gruczołu, jest enzymem, a zbyt duża nadwyżka jej powoduje chorobę Basedowa; druga wytwarza się w organizmie, gromadzi się zaś w gruczole tarczowym, jakby na składzie, przeważnie w kolloidnych częściach gruczołu; wydzielinę tę Notkine wyosobnił z gruczołu tarczowego zwierząt i nazwał „thyroprotéide”. Obie wydzieliny są bezustannie w antagoniściecznym stosunku do siebie: pierwsza przeistacza drugą w postać nieszkodliwą i zwraca ją sokom organizmu. Całe szeregi skrupulatnie przeprowadzonych doświadczeń każą przypuszczać, że nauka Notkine'a o konieczności równowagi pomiędzy enzymem i proteidem w gruczole tarczowym jest więcej, niż hipotezą. Na zgromadzeniu lekarzy szwajcarskich Revilliod (Sem. méd. 1895) wypowiedział pogląd swój na „thyreoidyzm,” całkiem zgodny z zapatrywaniem Notkine'a.

Wielu jednakże kwestyj i teorya Notkine'owska nie rozstrzyga jasno; tak np. trudno wytłómaczyć sobie działanie dodatnie

odżywiania gruczolem tarczowym przy charłactwie, a z drugiej strony poprawę wyraźną przy chorobie Basedow'a od takiego samego leczenia; również jak pojąć wyleczenie trzech przypadków choroby Basedow'a, osiągnięte przez Jaboulay'a przy pomocy exothyropexyi. Sprawa śluzobrzęku operacyjnego i rola dodatkowego gruczołu tarczowego (Nebenschilddrüse) także pełne są wątpliwości. Moussy np. twierdzi, że ten ostatni, jako twór zarodkowy, nie może zastąpić gruczołu tarczowego; tymczasem znane są całe szeregi dokładnie spostrzeganych przypadków całkowitego wyluszczenia powyższego gruczołu, gdzie jednakże śluzobrzęk się nie rozwinął. Podobnie niewytłomaczonymi pozostają liczne przypadki śluzobrzęku po częściowej strumektomii (Warsdörfer, Sonnenburg, Angerer, Socin), gdyż trudno przypuszczać w każdym przypadku zanik pozostałej części gruczołu. Ballet i Enriquez (1894) opisali przypadek zanik wola u psa, które rozwinęło się po zastrzykiwaniach soku gruczolowego (z gł. thyroidea); Szwarz zaś nie widział najmniejszego polepszenia od zastrzykiwań soku z gruczołu tarczowego u psa, któremu wyluszczył poprzednio gruczoł tarczowy.

Takich i tym podobnych ciemnych stron, oraz niewyjaśnionych faktów z dziedziny gruczołu tarczowego znajdujemy w bieżącej literaturze mnóstwo.

W zakończeniu zwraca Koehler uwagę jeszcze na jeden szczegół, mianowicie na ciężkie powikłanie choroby Basedow'a, trafiające się czasami niespodziewanie i nagle prowadzące do śmierci po dokonaniu strumektomii; jest to tak zwany status thymicus persistens. W ostatnich czasach przypadki tego rodzaju opisali Schnitzler, Gluck i autor; w przypadku autora grasica pokrywała całe osierdzie.

W. Żurakowski.

15. Dr. A. N o t t h a f f t. **O powstawaniu raka.** (*Ueber die Entstehung der Carcinome.* *Deutsch. Archiv. für klinisch. Medic.* Band 54, heft. 6).

Prof. Ribbert w pracy swej ¹⁾, niedawno ogłoszonej, wywołał wielkie wrażenie zbijaniem najbardziej dziś utartej teorii powstawania raka, twierdząc, że powstaje on nie przez bujanie tkanki nabłonkowej, lecz przez pierwotne bujanie tkanki łącznej. W tkance tej bujanie prowadzi do wytworzenia dość grubej warstwy podnabłonkowej z nacieczeniem komórkowem. Jednocześnie wskutek wrastania i wydłużania brodawek łącznotkankowych występy nabłonkowe stają się dłuższymi; wrastania komórek nabłonkowych

¹⁾ Referat z tej pracy był zamieszczony w „Gazecie lekarskiej” Nr 21 r. 1894, przez kol. W. Żurakowskiego.

niema. Przerzuty dają się wytłumaczyć w ten sposób, że komórki łącznotkankowe wrastają w występy nabłonkowe udosobniają komórki tej tkanki. Wyodrębniona w ten sposób komórka nabłonkowa zachowuje swą wrodzoną dążność rozrodczą i buja wśród nowo utworzonego podścieliska łącznotkankowego w kierunku najmniejszego oporu t. j. w kierunku układu szpar i przestrzeni chłonnych, gdzie tworzą się ciała rakowe, w których pomiędzy nabłonkowymi komórkami dają się wyudębnić składowe części tkanki łącznej.

Pobudzony odkryciami Ribberta Notthafft skorzystał ze szczęśliwego trafu, który mu dał możność dokonania badań w trzech przypadkach zaczątkowego raka pęcherza, macicy i kiszki. W żadnym z postrzeganych przypadków nie znalazł Notthafft nic takiego, coby twierdzenia Ribberta poprzeć mogło. Nigdzie nie widział pierwotnego nacieczenia komórkowego i bujania tkanki łącznej. Widziane obrazy przeciwnie dowodzą, że rak może się rozwijać bez poprzedzających zmian w tkance nadbłonkowej. To, co Ribbert przytacza jako dowód prawdziwości swej teorii powstawania raka, nie jest przekonywującym, a dla znacznej części raków wprost nieprawdopodobnym. Jaka jest ostateczna przyczyna raków—nie wiemy. Nie wiemy także, czy rak może się rozwinąć bez poprzedzającego drażnienia dotkniętego tem cierpieniem narządu. Napewno jednak możemy utrzymywać, że raki mogą się rozwijać wskutek drażnienia dłuższego tkanki przez sprawę zapalną. Z pomiędzy rozmaitych rodzajów zapaleń przyczyną powstania raka może być gruźlica.

Ignacy Mucha.

16. Dr. Aimé Guinard. **O nawrotach guzów złośliwych wskutek zaszczepienia podczas operacji.** (*Récidive des tumeurs malignes par inoculation opératoire.* *L'union Médicale* Nr. 39, 1895).

W październiku 1894 r. u 50-letniego woźnicy, rozpoznano w szpitalu Lariboisière typowy nabłoniak wargi dolnej i twardej ruchomy gruczoł wielkości migdała na linii środkowej okolicy nadgnykowej (reg suprahyoidea). Zabieg operacyjny polegał tylko na wycięciu z wargi guza w klinie tkanek zdrowych i zeszcyciu rany. Chory wypisał się na drugi dzień ze szpitala, lecz wrócił już po miesiącu. Wtedy stwierdzono, że niezrośnięte brzegi rany zablźniły się oddzielnie, ów zaś gruczoł okolicy nadgnykowej uległ znacznemu powiększeniu i rozmiękczeniu. Przy operacji powtórnej przedłużono pionowo koniec dolny cięcia poprzedniego przez guz i usiłowano wyluszczyć bisturem masę rozmiękczoną, przyczem torebka pękła. Po dość kłopotliwym wyluszczeniu ścięto blizny nożyczkami i nałożono szew, dla usunięcia zaś naprężenia skóry przeprowadzono po obu stronach cięcia zwalniające prostopadłe w odległości 4 ctm. Chory opuścił szpital 8 dnia w stanie zadawalnym, lecz po 5 miesiącach znaleziono u niego w bliznie od cięcia zwalniającego prawego owrzodzenia rakowate o brzegach wyniosłych, twardych i nieprawidłowych, a na pozio-

mie kąta prawego żuchwy pakiet gruczołów z owrzodzeniem skór-
nem, wydzielającym ciecz cuchnącą.

A więc nawrót wystąpił nie w bliźnie powstałej po wycię-
ciu guza, lub gruczołach odpowiednich, lecz w bliźnie po cięciu
zwalniającem i w gruczołach, gdzie schodzą się naczynia chłonne
z jej okolicy. Zaszczepienie nastąpiło widocznie podczas operacji
dzięki zanieczyszczeniu noża rozpadającą się masą nowotworową.
Pamiętając dokładnie wszelkie szczegóły podczas przebiegu ope-
racji, autor wskazuje, że w bliźnie lewej uniknięto zaszczepienia,
ponieważ istota zakażająca została startą przy cięciu prawem;
również nietkniętą była blizna po oświetlaniu brzegów rany po-
przedniej, gdyż wykonano je nożyczkami; jeszcze obecnie, po
upływie roku od operacji, blizny te nie uległy zajęciu sprawą
nowotworową.

W praktyce własnej autor miał przypadki analogiczne, np.
w kilka miesięcy po wyjęciu części odźwiernikowej żołądka, wy-
tworzył się guz rakowaty w bliźnie ściany brzusznej. Również
Billroth usunął guzik rakowaty z blizny ściany brzusznej u cho-
rego, któremu Walfier wyciął przed dwoma laty rakowato zwy-
rodniały odźwiernik żołądka.

Tillaux zwraca uwagę, że nowotwory złośliwe sutki dają na-
wroty częściej w bliźnie, niż w gruczołach pod pachą.

W. S. Hasted z Baltimory poleca gorąco usuwanie części
chorych lub podejrzanych w jednej masie, czyli unika starannie
rozczłonkowania.

Zaszczepienie następuje za pośrednictwem narzędzi, rąk ope-
ratora i pomocników, wreszcie przez zetknięcie się wydobywanego
guza z powierzchnią rany. Bez wątpienia, przy wyluszczeniu mo-
gą łatwo pozostać cząstki nowotworowe, dając powód do nawrotu,
wszakże w znacznej ilości przypadków należy szukać przyczyny
w zaszczepieniu. Należy przeto przy wycinaniu nie rozkrawać
guzów, aby uniknąć zakażenia rąk, narzędzi i powierzchni rany,
zakażone instrumenty usuwać i wyjaławiać, wreszcie przy lapa-
ratomiach wskutek guzów złośliwych chronić ściany brzuszne od
zetknięcia z guzem.

Z. Kozicki.

17. Prof. A. Poncet. **O nieodzowności tracheotomii w wypad-
kach ciężkich przy znieczulaniu ogólnem.** (*Lyon médical* Nr. 2.
1895).

Prof. Poncet miał przed kilkoma laty sposobność wypró-
bowania cennych zalet tracheotomii, którą wykonał w dwóch
przypadkach nieudatnego przy operacji znieczulania eterem.
W przypadku pierwszym zauważono w przeniesionej już ze stołu
operacyjnego na salę 31-letniej chorej brak oddechu; gdy nie-
zwłocznie zastosowany w tym razie oddech sztuczny, smaganie

po twarzy i kończynach mokremi chusty, elektryzacja szyi i nadbrzusza, wyciągnięcie języka ku przodowi, wygarnięcie śluzu z gardzieli i inne odpowiednie w tym razie zabiegi, podtrzymywane długo i wytrwale, nie odnosiły skutku żadnego, w mniemaniu, że zamartwica (asphyxia) przedłuża się od wypełniającego krtań i tchawicę śluzu, wykonano tracheotomię wraz z następczem wdmuchiwaniami przez otwór rurki powietrza, i po upływie 5 kwadransów od chwili zatrzymania się oddechu zażegnano wreszcie objawy groźne i przywrócono chorą do życia. Jakkolwiek jednak operowana odzyskała świadomość zupełną i czas jakiś oddechała przez rurkę swobodnie, pomimo to objawy duszenia się w godzin kilkanaście wystąpiły znowu i ostatecznie przypadek ten zakończył się niepomyślnie, prawdopodobnie w następstwie długotrwałego wstrząsu i wyczerpania nerwowego. Że i tutaj dokonane wcześniej przecięcie tchawicy mogłoby sprowadzić wyniki pomyślne a trwałe, dowodem—przypadek drugi, tyżący się uśpionej eterem 14-letniej dziewczyny, u której po ukończeniu już zabiegu, mianowicie podczas nakładania opaski wystąpiła sinica twarzy i zatrzymanie oddechu. Natychmiastowa tracheotomia już po 2—3 minutach przywróciła operowanej samoistne ruchy oddechowe, nazajutrz zaś wobec wybornego stanu ogólnego rurkę tracheotomiczną usunięto z rany zupełnie. W trzecim wreszcie przypadku d-ra H o w s e'a, w którym tracheotomia dokonana została dla ocalenia duszącego się pod chloroformem chorego, wpływ jej dodatni był również szybki i stanowczy.

Działanie tracheotomii jest w razach podobnych natury przedewszystkiem mechanicznej. Wiadomo, że przepędzenie gazów przez rurkę staje się o tyle trudniejszem, o ile ta ostatnia jest dłuższą, bardziej krętą i bardziej w wymiarze swych części pojedynczych nieprawidłową. I przy oddechu nim słupek powietrza przedostanie się do oskrzeli najbliższych, przebyć wprzód musi długi i zakrzywiony kanał, który podzielić można na dwie części: część gładką i równą, t. j. tchawicę i poprzedzającą ją część, która stawia pędowi powietrza szereg mniej lub więcej krętych dróg, jakimi są jamy nosowe, gardziel i krtań, dla przebycia których potrzebny jest pewien wysiłek, niekiedy dla ludzi i zwierząt uśpionych za wielki. Doświadczenia Langlois'a i Richeta stwierdziły, iż pod ciśnieniem 100 mm. rtęci ani człowiek, ani zwierzęta nie są już w stanie wykonywać wydechu i wdechu; dalej, że pies, poddany tracheotomii przy ciśnieniu słupa o 60 mm. męczy się prędko i dusi, że jednak 25—30 mm. znosi całkiem dobrze i długo, gdy tymczasem już ciśnienie 10 mm. staje się dla uśpionego chloralem lub chloroformem zwierzęcia niebezpiecznem i to nie z przyczyny pogńębienia wdechu, który i wyższe cyfry bezkarnie znosić jest w stanie, lecz z powodu uniemożliwionego wydechu. Ten ostatni bowiem prawidłowo zachowuje się całkiem biernie, zależąc jedynie od niemożęcej pokonać i 10 mm. rtęci sprężystości płuc i bywa czynnym tylko w razie wydechu dowoignego lub odruchowego, które to ruchy właśnie ulegają porażeniu przy działaniu środków znieczulających. Dla tego też błędem jest zważanie przy narkozie operacyjnej na wdech jedynie, wdech albowiem może tu się zatrzymać dzięki działającym, podob-

nie jak ów doświadczalny słup rtęciowy, bodźcom różnorodnym, jak: zapadanie się podstawy języka ponad szparą głosową, skurcz krtani, zaciśnięcie się szczęk, nagromadzenie się śluzu lub krwi w drogach oddechowych i t. p. Tu właśnie tracheotomia jednym zamachem znosi ujemne strony owej trudniejszej do przebycia części kanału oddechowego i, dostarczając tchawicy potrzebnej ilości powietrza bezpośrednio, zmniejsza wybitnie zakres wysiłku do pchania słupa powietrznego przy oddechaniu niezbędnego; zresztą, oprócz działania mechanicznego, tracheotomia wpływa dodatnio, prawdopodobnie, i w kierunku innym: cięcie warstwami, zasadzenie rurki, która gra w ranie rolę ciała obcego, nagłe wtargnięcie zimnego, nie zmienionego przebyciem gardzieli powietrza—drażni skutecznie unerwioną bogato błonę śluzową nie zwyrodnionej zwłaszcza przez wole lub nowotwór tchawicy i, być może, wywołuje odruchy płucne i sercowe. Tracheotomia zatem, jako zabieg niewinny, łatwy, czasowy i niezwykle skuteczny, uważaną być winna jako środek ratunkowy pierwszego rzędu przy zatrzymaniu się oddechu i bicia serca w czasie usypiania ogólnego i, jako taką, należy ją stosować wczesnie, gdy inne, poprzednio użyte środki w krótkim przeciągu czasu pozostają bez wpływu; dla tego też przy każdym zabiegu, wymagającym narkozy ogólnej narzędzia do przypuszczalnej tracheotomii znajdować się winny zawsze pod ręką.

K. Niedzielski.

18. M. Giangolphe. **Zewnętrzne cięcie przelyku (oesophagotomia externa) z przyczyny uwięzionych w nim ciał obcych.**
(*Lyon medical. Nr. 3 1895.*)

47 letni obłąkany połknął duży kawałek krzemienia, poczem wystąpiły niebawem objawy niedrożności przelyku nawet dla pokarmów płynnych. Ponieważ usiłowania wyciągnięcia ciała obcego od strony jamy ustnej pozostawały bez skutku, po upływie 48 godzin zwrócono się do autora o pomoc chirurgiczną. Po uspieniu chorego eterem, tenże wykonał lewostronne od kości gnykowej do jarzma mostkowego cięcie powierzchowne, dalej zaś przeciął poprzecznie mięśnie mostko-gnykowy i mostko-tarczowy, a po odsunięciu ku górze lewego zrazu gruczołu tarczowego, oraz podwiązaniu przeciętej o tej nazwie tętnicy dolnej odnalazł z tyłu od tchawicy przelyk, w którym wyczuwało się w odległości 1 ctm. od wyrostka zębowego górnego owo ciało obce; powyżej przeszkody otworzono narząd i pomimo, że szczypczyki niejednokrotnie ześlizgiwały się z kamyka, krzesząc zeń iskry, ten ostatni w całości wyjęto. Kamień o zarysach czworoboku skośnego, zaokrąglonych brzegach, stępionych kątach i 13 mm. grubości, posiadał 4,5 ctm. średnicy, 11,5 w okwodziu, leżąc w przelyku, podstawą zwrócony ku górze; dokoła zaś stwierdzono wybitne zmiany zapalne w błonie śluzowej z pewną, niewielką wprawdzie, ilością ropy. Po wprowadzeniu do przelyku umocowanego

u brzegów rany zewnętrznej zgłębnika kauczukowego i zaszyciu jej części górnej nałożono opatrunek, z pod którego wystawał koniec zgłębnika, do 3 razy dziennie wlewano choremu posiłek, którego rana zagoiła się prędko, już bowiem po upływie miesiąca zgłębnik usunięto i chory odżywił się, jak zwykle; w 20 zaś miesięcy po operacji przy oględzinach chorego stwierdził przy ogólnym stanie wyborym bliznę, ledwie widoczną, oraz zupełny brak objawów zwężenia.

Pozostawienie w przelyku niedającego się zeń wyciągnąć za pomocą środków zwykłych ciała obcego, zagraża lubo nie zawsze, możliwością wybuchu powikłań natury poważnej: tu więc zaliczyć należy wytworzenie się w miejscu uwieżnienia sprawy zapalnej wraz z następczem przeżarciem (perforatio) ściany przelyku, powstanie ropnia okołoprzelykowego, porażenie strun głosowych, prawdopodobieństwo krwotoków, wzmagającego się wycieńczenia i t. p. Operacja tedy, prędzej lub później, najczęściej musi być podjęta i dla ciał obcych, zatrzymujących się w części przelyku piersiowej za najodpowiedniejszą uznaną została oesophagotomia cervicalis externa. Sposób Quénu-Hartmann'a, zasadzający się na lewostronnem otwarciu klatki piersiowej cięciem 12—15 ctm. długości, rozpoczynającym się od górnego kąta łopatki, na wyrezekowaniu kawałków o szerokości 2—3 ctm. z 2-go, 3-go, 4-go i 5-go żeber i przedostaniu się tą drogą do przelyku, poprzedniem rozklejeniu opłucny i płuca wprowadzoną przez otwór ręką, jako przedstawiający niezwykle trudności techniczne, zdaniem autora, posiada widoki powodzenia niewielkie.

Gaillard przedstawił 26 przypadków przecięcia od zewnątrz; z tych w 4 (15,4%) otrzymano wynik niepomyślny, bądź jak w dwóch, w następstwie krwotoku, bądź wskutek posocznicy, a nawet zgorzeli płucnej. Dwa te ostatnie spostrzeżenia pouczają wymownie, że nie należy na przelyk nakładać szwu, lecz przeciwnie, pozostawić w narzędziu tym zgłębnik à demeure, ranę zaś wypełnić gazą jodoformową. W pozostałych 22 przypadkach wynikiem ostatecznym było wyzdrowienie operowanych, które w ogóle osiągnano dość wcześnie, średnio biorąc, po upływie 2—3 tygodni okres czasu, dzielący chwilę wypadku od spowodowanej przezeń operacji bywał rozmaity: tak n. p. u 9 chorych operowano pomiędzy 1 i 6 dniem, u 4—6: 15, u 2-ch 15 : 30, w 3-ch spostrzeżeniach operacja odbyła się po upływie roku, w jednym — niespełna w 3 lata i w jednym wreszcie—prawie po 6 latach. I rodzaj połknięcia ciał obcych był też dość różnorodnym, 7 bowiem razy wyciągnęto z przelyku zęby sztuczne, 5 razy kawałki kości, tyleż razy monety; u 3-ch chorych wyjęto stamtąd kamienie, u 2-ch pestki z owoców, w końcu w 4-ch spostrzeżeniach pojedynczych wymieniono: guzik, rurkę metalową, świstawkę i kawałek szkła. Wiek chorych nie ma tu znaczenia wielkiego, operowano bowiem osobników od 2—74 lat życia.

Przedostające się do przelyku ciała obce usadawiają się w jego części szyjowej, lub piersiowej, a nawet, jak w przypadku Kroenlein'a tuż ponad wpustem (cardia). Najczęściej jednak przeskakoda gnieździ się w oddziale górnym części piersiowej, nie przekraczając odległości 26—27 ctm. od siekaczy górnych; odległość większa, t. j. 30—35 ctm. stanowi, jak poucza szereg spostrzeżeń (Southam, Gay,

Lange), przeciwwskazania do podjęcia operacji na przełyku; w przypadkach tego rodzaju, zgodnie z poglądem Richardson'a należy wykonać gastrotomię, poczem wprowadzoną do żołądka ręką starać się ostrożnie i bez użycia narzędzi, usunąć zawadę. Jeżeli rękoczyn taki nie udaje się, wówczas można spróbować sposobu chirurga amerykańskiego Bull'a, który u pewnego 16-letniego chorego po wprowadzeniu temuż przez usta wychylającego się na zewnątrz przez otwór, zrobiony w żołądku, zgłębnika gumowego, przymocował doń gąbkę i wyciągnął ów zgłębnik przez jamę ustną wraz z uwięzioną w przełyku pestką brzoskwini. Należy wreszcie pamiętać o jednym szczególe, ułatwiającym znakomicie wyciąganie stamtąd ciał obcych, t. j. o ruchomości omawianego narządu ponad jego osią pionową; dzięki własności tej Eve podczas operacji zdołał podciągnąć przełyk dość wysoko i dotarł z łatwością do miejsca przewężenia bliznowatego. Tak samo w 2-ch przypadkach Roux skorzystał z owej ruchomości przełyku dla przedłużenia cięcia aż do siedliska ciał obcych, poczem te ostatnie wyciągnięto na zewnątrz bez trudu.

K. Niedzielski.

19. Dr. Georg-Perthes (Bonn). **Leczenie operacyjne żyłaków goleni według Trendelenburga.** *Ueber d. operation d. Unterschenkel varicen nach Trendelenburg. Deut. med. Woch. Nr. 16. 1895).*

Sposób Trendelenburga leczenia żyłaków goleni polega na podwiązaniu w dwóch miejscach żyły podskórnej golenio-udowej wielkiej (v. saphena magna) i przecięciu jej między dwiema podwiązkami. Trendelenburg wychodził z tej zasady, że w przypadkach żyłaków w obrębie venae saphenae m. przyczyną wszystkich dolegliwości jest niedotykalność zastawek tej żyły, wskutek czego ciśnienie i krążenie krwi w żyłach goleni zmienia się zasadniczo. Wzmoczone krążenie krwi prowadzi za sobą nadmierne naprężenie ścian naczyń, rozszerzenie się naczyń nawet najdrobniejszych, upośledzenie nawet odżywiania, względnie obrzęki i rozrost tkanki łącznej (słoniowacizna), wreszcie cały szereg objawów podmiotowych, jak uczucie naprężenia, szybkiego męczenia się i t. p., które skłaniają chorego do szukania porady. Zamknięcie żyły podskórnej golenio-udowej wielkiej, miało, według Tr., wszystko to usuwać.

Wyniki operacji potwierdziły w zupełności rozumowanie teoretyczne Trendelenburga. Perthes zdaje właśnie sprawę z przebiegu leczenia 41 odnośnych chorych. Technika operacyjna tego zabiegu jest tak łatwa i sam zabieg trwa tak krótko, że nawet usypianie chorych jest zbędne, a wystarcza znieczulenie miejscowe. Cięcie prowadzi się wzdłuż przebiegu żyły podskórnej golenio-udowej wielkiej, na szerokość dłoni ponad kłykiem udowym

wewnętrzny; dla pewności można przed incyzją ucisnąć żyłę powyżej miejsca przypuszczalnego jej podwiązania. W mniejszości przypadków pole operacyjne przeniesiono wyżej, mniej więcej na środek uda. W trzynastu przypadkach podwiązano prócz głównego pnia pomiennej żyły, jeszcze drugą dużą żyłę, gdyż podwiązanie jednej tylko nie wystarczało, by usunąć przepelnienie żyłaków; leczenie prooperacyjne polegało na wysokiem ułożeniu kończyny chorej i codziennem nakładaniu flanelowej opaski na nogę. Gojenie trwało krótko; we wszystkich przypadkach, prócz jednego otrzymano rychłozrost. W przypadku, gdzie nie miał autor zagojenia doraźnego, rozwinęła się w ranie nieznaczna zgorzel powięzi i zakrzep żyły (v. saphena) w pobliżu miejsca podwiązania; nagły napad duszności, który zresztą w kilka godzin minął, świadczył być może, o zatorze jakiejś gałązki tętnicy płucnej.

Stałym prawie towarzyszem żyłaków goleni są wrzody (ulcera cruris), których częstość objaśnia się zakłóceniem odżywiania tkanek goleni, oraz zmniejszeniem odporności ich na wszelkie szkodliwości zewnętrzne, wskutek czego małe nawet obrażenia lub ranki prowadzą do uporczywych, trudno poddających się leczeniu owrzodzeń. Operacya Trendelenburga i tutaj wywiera swój zbawienny wpływ: wrzody dość szybko zablizniają się i na 41 przypadków w pięciu tylko, gdzie owrzodzenia dochodziły do bardzo znacznych rozmiarów, musiano stosować inne jeszcze zabiegi, jak przeszczepienie skóry i t. p.

Co się tyczy trwałości wyleczenia żyłaków i owrzodzeń goleni po zastosowaniu opisanej operacyi, autor miał jaknajdokładniejsze wiadomości od swych pacjentów (w okresie od 5 miesięcy do 9 lat po operacyi); otóż, okazało się, że na 41 przypadków w 32-ch nawrotów nie było; operowani czuli się doskonale, wszelkie dolegliwości ustąpiły. W pozostałych dziewięciu przypadkach otrzymano po pewnym czasie nawrót cierpienia, którego przyczyną w dwóch razach było odrodzenie się pnia żylnego (v. saphena); powtórnie wykonano operacyę podwiązania i przecięcia żyły podskórnej golenio-udowej wielkiej z wynikiem zupełnie dodatnim. Z dwóch tych przypadków winniśmy brać naukę, że należy zawsze rezekować kawałek żyły podskórnej, by zapobiedz w ten sposób możliwej regeneracyi naczynia; drugą wskazówkę praktyczną udziela autor następująca: jeżeli v. saphena nie przedstawia wyraźnego pnia głównego, a natomiast obfituje w liczne rozgałęzienia, należy wybierać pole operacyjne jak najwyżej.

W. Żurkowski.

20. Dr. Wilhelm Manasse (Berlin). **Przyczynek do leczenia przerostu gruczołu krokowego.** (*Deutsche Medic. Wochensch.* Nr. 24) *Ein Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie.*

Bóle, jakie przy przeroście gruczołu krokowego spotykamy, oraz brak możności dokładnego opróżnienia pęcherza nawet przy

cewnikowaniu, zależy od nawału w narządach miednicy i następczego w nich zastoju żylnego z jednej strony, z drugiej—od zmiany formy dna pęcherza. Przerośnięty gruczoł krokowy unosi do góry trigonum Lienthaudii i ujście wewnętrzne, bezpośrednio zaś dalej następuje wgłębienie się dna, tak zwane przez Guyon'a „bas fond” pęcherza, w którym zbiera się mocza i ruzciąga tę część dna tak znacznie, że istniejące w niem kamienie moczowe są niedostępne ani dla zgłębnika, ani dla litotriptis, a mocza nie może być wypuszczony przez cewnikowanie. Zadaniem leczenia jest przede wszystkim zapobiegać wszelkim sprawom zawałowym oraz zastojowi w nim moczu.

Badania na trupach, dokonywane w innym zresztą celu, przez Braune'a, Fehleisen'a, wykazały, że przez tamponowanie odbytnicy ujście wewnętrzne cewki, normalnie znajdujące się po za środkiem spojenia łonowego, przesuwa się ku górze, dosięgając górnego brzeżu spojenia łonowego, również przesuwa się ku górze falda otrzewny przedpęcherzowa i unosi się dno, a cały pęcherz napełniony nachyla się do przodu. Fakty te skłoniły autora do zastosowania w celach leczniczych przerostu gruczołu krokowego tamponu, składającego się z miękiej rurki gumowej, długości 25 cm., zupełnie otwartej, do rurki tej przyczepiony jest balonik bardzo cienki gumowy, który się z nią nie łączy. W dolnej części balonika znajdujemy otwór drugiej rurki gumowej, przez którą balonik daje się wypełnić powietrzem lub płynem. Po przemyciu odbytnicy przez wlewanie, wprowadzamy opróżniony i wymyty balonik tak, żeby dolny brzeg jego sięgał dolnego brzegu gruczołu krokowego. Następnie wypełniamy balonik płynem (gliceryną) przez rurkę gumową tak, żeby mógł wywierać ucisk, lecz żeby nie był zbyt silnie naprężony. Rurkę zamykamy uciskaczem metalowym. Zalety tego sposobu leczenia są następujące: 1) zapobiega on gromadzeniu się moczu w pęcherzu i daje możliwość zupełnego opróżnienia pęcherza; 2) przez stały elastyczny ucisk na gruczoł krokowy zapobiega zastojowi żylnemu; 3) zapobiega przy dłuższem i częstszem stosowaniu zbyt niemu rozszerzaniu się pęcherza, zmniejszając mechanicznie objętość pęcherza, a więc i jego pojemność.

Mięki materiał zastosowany w tym przyrządzie, zapobiega zranieniu kiszki prostej, a rurka otwarta nie pozwała na gromadzenie się gazów w kanale pokarmowym.

Ignacy Mucha.

II. Choroby kobiece.

21. Paul. Strassmann. **Anleitung zur aseptischen Geburtshilfe.** (Przewodnik aseptycznej Akuszerji. Berlin 1895, str. 162) *verl v. S. Karger. Berlin 1895.*

Po krótkim wstępie historycznym i podziale gorączki połogowej na zakażenie septyczne, gnilne, rzeżączkowe i mięszane, autor

mówi o oczyszczeniu kanału rodnego przez obfite wydzieliny śluzowe w ciąży, przez wody około-płodowe przy porodzie i odchody krwawe w położu.

Przechodząc do pomocy lekarskiej akuszeryjnej, Strassmann przypomina ogólne prawidła aseptyki chirurgicznej, żąda od akuszerów zaniechania leczenia chorób zakaźnych, zwraca wielką uwagę na szczerkowanie rąk przy myciu wodą z mydłem, a potem sublimatem, przestrzega, by wyjałowionymi rękami nie ocierać się o pościel i narządy płciowe zewnętrzne, zarzuca namaszczenie rąk tłuszczem. Tylko w przypadkach podejrzanych o syfilis, radzi smarować rękę tłuszczem sterylizowanym (Bor-glicerinalanolina) dla ochrony operującego.

W dziale o aseptyce przyrządów Strassmann opisuje ogólnie znane metody aseptyki chirurgicznej i wśród nich rzuca tu i owdzie rady praktyczne, dotyczące się przeważnie akuszeryi. W braku aparatu (Schimmelbuscha, Mengego) do sterylizacji narzędzi, radzi gotować je w kotle zawinięte w ręcznik lub serwetkę, ażeby się nie obijały i ażeby ułatwić wyjmowanie ich. Dla oczyszczenia kanału w cewniku macicznym Fritsch-Bozemana kładzie cewnik na talerzu, nalewa spirytusu, zapala, a cząsteczki pozostałe w kanale przesiąknięte spirytusem spalają się jak w termokauterze.

Zwraca uwagę na konieczność gotowania rurek gumowych przy irygoratorze, które mogą być zewnątrz zakażone przez płyn regurgitujący do rurki przy szprycowaniu chorych położnic. Usuwa pętlice jedwabne i poleca zwyczajne tasiemki za każdym razem nowe i wygotowane. Przestrzega, aby operator kładł fartuch ceratowy pod płócienny sterylizowany i aby przy operacjach na łóżku poprzecznym zaścielał podkład sterylizowany pod pośladki operowanej.

Do opatrunków zachwala watę i gazę sterylizowaną sprzedawaną w puszkach zalutowanych według Dührsena. Rozpatrując pielęgnowanie ciężarnych, rodzących, położnic także omawia obowiązki lekarskie dotyczące się aseptyki. W ciąży zaleca irygacje pochwy wodą przegotowaną tylko w razie obfitej wydzieliny, i przy katarach niezakaźnych, radzi dodawać łyżkę sody na irygorator, przy katarach rzeżączkowych 1 do 2 łyżeczek Zinci Sulfurici i 1 do 2 łyżeczek Solveoli. Wymaga, aby każdą ciężarną zbadać na 3 lub 4 tygodnie przed rozwiązaniem z zachowaniem zasad aseptyki jak przy porodzie. Podczas porodu kładzie silny nacisk na oczyszczenie narządów płciowych zewnętrznych: Po pojawieniu się bólów porodowych każe obmywać srom, pośladki, brzuch, uda wodą z mydłem, przyszytygać długie włosy na wargach sromnych i ponawiać obmycie przed samym porodem i przed każdym badaniem.

Srom przykrywa kawałkiem waty sterylizowanej, którą często zmienia. Zarzuca całkiem irygacje pochwowe i maciczne przy porodzie samoistnym nawet wobec wydzielin rzeżączkowych i po operacjach akuszeryjnych, tak wewnątrz macicznych (obrót, wyjęcie łożyska) jak i wewnątrz-pochwowych (kleszcze, wyciąganie za pośladki).

Strassmann utrzymuje, że płókanie pochwy lub macicy nie może oczyścić jamy z wydzielin wobec tyłu fałd, zagłębień i szcze-

lin, jakie się wytwarzają w kanale rodnym między pochwą, szyją maciczną i częścią przodującą płodu, wobec tego, że dolny odcinek kanału rodnego jest głównym siedliskiem zarazy, płókanie może przenieść zarazki do górnego odcinka.

Chętniej zezwala na mechaniczne oczyszczenie pochwy watą sterylizowaną przy pomocy palca z zastrzeżeniem starannego unikania zdrapań i wszelkich ranek, które stałyby się drogami ułatwiającemi zakażenie. Dla znanych już powodów odrzuca irygacje w połogu i zastępuje je tylko polewaniem sromu wodą przegotowaną i obmywaniem watą sterylizowaną. Żadne irygacje nie są w stanie zniszczyć zarazka po zakażeniu i intra partum lub intra operationem i tylko w jednym przypadku mogą być stosowane z korzyścią, t. j. przy lochiometra i lochiokolpos.

Większą część pracy swojej poświęca Strassmann omawianiu wskazań i techniki operacyjnej z punktu aseptyki. W kwestyi badania wewnętrznego trzyma się zdania Gusserowa, aby podczas porodu badać koniecznie raz jeden i to możliwie wcześniej; w przypadkach, gdzie rozpoznanie części przodującej jest trudne niebędą rzeczą jest, badać po odejściu wód. Bodanie wewnętrzne będzie tem prostsze i rzadsze, im dokładniejsze było badanie zewnętrzne i to najstaranniej wykonywać należy. Radzi ograniczyć zakres operacyj akuszeryjnych, do koniecznych przypadków i przypomina że wyciekanie smółki z wodami płodowemi nie jest jeszcze dowodem asfiksyi płodu, że przy stanach gorączkowych matki, dopiero ciepłota wyżej 38,5 przy tętnie 120, pozwala przyspieszać rozwiązanie i zwraca uwagę na to, że przy ciężkich zakażeniach matki, dzieci umierają zwykle wkrótce po porodzie, nie należy więc narażać matki na ciężkie zabiegi operacyjne i przystępować do wymóżdżenia.

Przy wyborze operacyj akuszeryjnych, należy zawsze, gdzie można, ograniczać się na rękoczynach zewnętrznych, albo niemi ułatwić zabiegi operacyjne wewnątrz-maciczne. Takich rękoczynów akuszerya liczy wiele i Strassmann przytacza główniejsze; do nich zalicza:

Wtłaczanie główki płodu do małej miednicy, metodą Hofmiera przy Walcherowskiem położeniu rodzącej. Wtłaczanie główki płodu do małej miednicy, metodą Martin Wigand-Winkela po obrocie płodu na nóżki. Wytłaczanie główki ze strony krocza przy główce przeryniającej się przez otwór stromny. W tym celu umieszcza się palec duży lub wskaziciel w tylnej części krocza po za odbytem przy 1-em położeniu ciemieniowem na stronie prawej, przy 2-em położeniu na stronie lewej i unosi się nim główkę, popychając ją w okolicy czołowej lub twarzowej i ułatwiająć ruch wyprostny główki, niezbędny w mechanizmie rodzenia się jej.

Ta metoda stosowana na klinice Gusserowa po zdjęciu kleszczy w chwili przeryniania się główki, ułatwia jej wydobycie bez pęknięcia krocza. Wytłaczanie płodu metodą Kristëllera, Strassmann poleca gorąco szczególnie przy płodach małych, przy pośladkowych i nóżkowych położeniach i przy wypadnięciu pępowiny obok główki przodującej.

Przy wskazaniach do obrotu Strassmann przypomina o obrocie zewnętrznym w przypadkach łatwych np. przy położeniu poprzecznym drugiego bliźnięcia, o obrocie zewnętrzno-wewnętrznym (Braxton-Hicksa) przy którym rękoczynty zewnętrzne ograniczają zabiegi wewnątrz maciczne do bardzo niewielkich ruchów. Przy obrocie nie radzi kłaść ręki między błony śluzowe i ścianę maciczną, a kierować ją ku jamie płodowej dla uniknięcia stykania się rąk z obnażoną powierzchnią macicy.

Po urodzeniu dziecka, Strassmann każe czekać pół godziny na wytlaczenie łożyska, aby uniknąć pozostawiania dużych kawałków błon. Błon płodowych nigdy wyjmować nie radzi, a ograniczać się na podawaniu sporyszu w większych dawkach. Rozdarcia szyi macicznej nie należy zeszywać po porodzie, aby uniknąć stykania się z jamą maciczną. Tylko w razach silnego krwotoku z przedartych naczyń w szyi macicznej i sklepieniach można przystąpić do ich obklęcia. Przy krwotokach macicznych nie pozwala robić irygacyj zimnych lodowych ze względu na nieczystość lodu; gorące irygacje każe ograniczać do 2 litrów, aby nie wywołać porażenia mięśni (Runge). Tamponację Duhrsen'a, macicy, zaleca tylko w przypadkach znacznej atomii macicy przy Uterus myomatosus i przy Haemophilia.

Grzankowski.

22. Henryk Fritsch. **Wycięcie całkowite macicy przez pochwę zamiast kastracyi.** (*Deutsch. Medicin. Wochenschrift Nr. 34*).
Totalexstirpation stats Castration.

Kastracya winna być uważaną za malum necessarium w ginekologii, za zabieg poniekąd stojący na równi z zaszcyciem pochwy (colpocleisis) przy zbyt wielkich przetokach. Tylko w przypadkach bolesnego miesiączkowania, niemożności chodzenia, bólach, przy niemożności wszelkiej pracy i korzystania z życia, zgadza się Fritsch na stosowanie kastracyi, jako ultimum refugium, które jednak często zawodzi. Zdarza się jednak nie rzadko zapalenie i wysięk nokoło pozostawionej po kastracyi szypuły, które trwają latami i wywołują wszystkie objawy, sprawiane przed operacją przez zapalenie jajnika, już obecnie usuniętego. Zgodnie z Pozzi'm radzi Fritsch zapobiegać wysiękom przez używanie do szycia katgut.

Kastracya przy leczeniu mięśniaków macicy nie powinna być stosowaną, gdyż: 1) mięśniaki rosną dalej pomimo dokonanej kastracyi; 2) większe mięśniaki podlegają torbiastemu zwyrodnieniu, wskutek czego powiększają się jeszcze bardziej; 3) krwotoki w wielu przypadkach nie ustają.

Rokowanie przy wycięciu macicy przez pochwę jest pomyślniejsze, niż przy dokonaniu cięcia brzuszno.

Wyniki dotychczasowe wycięć macicy przez pochwę są lepsze niż wyniki laparotomii. Unikamy prócz tego jeszcze niebezpieczeństwa przepuklin ściany brzusznej, a przypuszczalne zakażenie pod-

czas operacyi jest, jak uczy doświadczenie, mniej niebezpieczne w dolnych odcinkach jamy otrzewny, w jamie Duglas'a, gdzie łatwiej następuje otorbienie przy mało ruchomych kiszkiach grubych, niż wyżej przy ciągłych ruchach robaczkowych kiszki cienkich.

Te względy skłoniły autora do stosowania od wielu lat extirpationis uteri per vaginam w przypadkach, gdzie dawniej stosował kastracyę. Jeżeli za poddanie się niebezpieczeństwu operacyi, chora wymaga od operującego zapewnienia powrotu zupełnego do zdrowia, to F. proponuje wyjęcie macicy wraz z przydatkami przez pochwę, gdyż ten jedynie zabieg przedstawia pewne szanse zupełnego wyleczenia.

Ignacy Mucha.

23. Dr. A. Benchiser. **Kwas winny, jako środek usuwający krew z rąk, gąbek i t. d.** (*Centr. blatt. für Gynäkol r. 25. Weinsäure zur Entfernung von Blut von Händen, Schwämmen etc.*.)

Każdy akuszer i operator przy oczyszczaniu rąk ma wielką trudność przy oddaleniu krwi, która pod paznogie i w fałdę dłoni silnie wchodzi. Osobliwie ma to miejsce u tych, którzy do desynfekcyi rąk, używają roztworu sublimatu. Sublimat strąca w skórze brunatny osad, pochodzący z połączenia się barwnika krwi z częścią albuminu. Alkaliczne lub obojętne mydło rozpuszcza ten osad bardzo wolno przy jednoczesnem łuszczeniu się powierzchownego nabłonka. W swoim czasie jeden z chemików dowiódł, że dopiero przy dodaniu kwasu winnego do roztworów sublimatu, działanie na płyny zawierające białko (wydzielina z ran, krew) jest zupełne, bo przeszkadza tworzeniu się warstwy osadu, składającego się z białkanu rtęci. W tym celu robiono doświadczenia na klinice Bergmana. Później z chirurgii kwas winny został usunięty. Kwas winny, mając tę własność, że krew w płynach, zawierających białko, utrzymuje się w roztworze, staje się bardzo pożytecznym dla oczyszczania rąk, gąbek, instrumentów; a także plamy krwawe z bandaży i materiałów opatrunkowych mogą być usunięte przez pranie w kwasie winnym.

Od wielu lat używa się kwas winny w następujący sposób: troszeczkę kwasu winnego rozpuszcza się w paru litrach letniej wody. W tym roztworze myją się ręce, naturalnie bez mydła; narzędzia, bandaże i t. d. wymywa się też w tym roztworze, przepłukując je potem letnią wodą.

St. Kurtz.

III. Choroby nosa i gardła.

24. M. Wolff. **Zachowanie się jam obocznych nosa w błonicy, odrze i płonicy.** (*Die Nebenhöhlen der Nase bei Diphtherie, Masern und Scharlach.* (*Zeitung für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XIX, Hft. II, S. 225—262.*)

Autor zbadał anatomopatologicznie i bakteryologicznie 23 przypadki błonicy, zakończone śmiercią; badanie głównie zwrócone było na zachowanie się zatok szczęki górnej, kości czołowej, trzonu kości klinowej i jam bębnekowych. Przy ocenianiu badanych przypadków uwzględniony był i przebieg kliniczny.

Wyniki tych badań są dość interesujące:

We wszystkich przypadkach błona śluzowa jam szczęki górnej okazała się chorobowo zmienioną, co polegało albo tylko na zwiększeniu się jej wydzieliny śluzu, który jamę wypełniał, a więc była ona w stanie kataralnym, albo też uległa zapaleniu z obrzękiem, przekrwieniu z wyznaczynieniami, oraz wysiękiem śluzowo-ropnym; w jednym zaś przypadku o ciężkim przebiegu klinicznym w jednej z jam Highmora na bardzo obrzęklej błonie śluzowej znajdowała się błona wrzekoma włóknikowa. Kataralne zmiany znaleziono w $\frac{1}{3}$, zapalne — w $\frac{2}{3}$ przypadków.

W treści jam wykryto kilka gatunków drobnoustrojów chorobotwórczych, znajdujących się tam już to pojedynczo, już po dwa i więcej razem. *Lasecznik Löfflera* był tylko przy ciężkich zmianach zapalnych błony śluzowej zatoki Highmora; przy zmianach kataralnych nie było go, jednakowoż lasecznika tego nie należy uważać za wyłącznego sprawcę ciężkich zmian zapalnych, ponieważ w dwóch przypadkach ciężkiego zapalenia w treści jam znaleziono wyłącznie *diplococcum lanceolatum*, a w drugim zaś miejsce jego zajął *streptococcus* łącznie ze *staphylococcus pyogenes aureus*.

W lżejszych przypadkach wysięk zapalny zawierał następujące drobnoustroje chorobotwórcze: raz wyłącznie *diplococcum lanceolatum*, raz tegoż w towarzystwie *staphylococc. pyog. aurei*, dwa razy znajdował się tam *streptococcus* sam, raz obok *staphylococc. pyog. citreus* i raz cum *staphyl. p. aureus* obok *bacillus pyocyaneus*.

Zatoki kości klinowej tylko w 7 przypadkach autora były rozwinięte, i wtedy w każdej z nich błona śluzowa wyściełająca była obrzękła zapalnie, lekkich zmian kataralnych tu nie napotkano. *Bacillus diphtheriae* był obecny 6 razy, w tem 3 razy wyłącznie sam, raz towarzyszył mu *diplococcus lanceolatus*, raz *streptococcus* i raz *staph. p. aureus*. W jednym przypadku lasecznika Löfflera nie znaleziono, ale u tego osobnika nie było go i w zatoce szczęki górnej. Ciężką tą postacią zapalną spowodowały *streptococcus* i *staphyl. pyog. flavus* pospołu.

Zatoka czołowa, badana w jednym przypadku, przedstawiała obraz ciężkiego zapalenia błony śluzowej, wywołanego przez bacillus Löfflera i stap. pyogenes aureus.

Jama bębenkowa w 7 przypadkach nie zawierała grzybków chorobotwórczych; w jamach tych znajdował się wysięk mniej więcej mętny. W nim zaś wykryty został 6 razy lasecznik Löfflera, był on tam sam, raz towarzyszył sam diplococcus lanceolatus, w 3 przypadkach—streptococcus, i w jednym obok b. Löfflera wykryto streptococc i staphylococcus pyogenes aureus. W dalszych przypadkach zapalenie błony śluzowej i błony bębenkowej spowodował diplococcus lanceolatus, w dwóch przypadkach łącznie ze staphylococcus pyog. aureus, raz ze staph. pyog. flavus, raz towarzyszył mu streptococcus i bacillus pyocyaneus; raz prócz tych ostatnich był staphylococcus pyog. flavus. Wyłącznie streptococcus znaleziony był w jednym przypadku, a raz ze staphylococcus p. aureus. W dwóch nakoniec przypadkach zapalenia jam bębenkowych wywołały inne drobnoustroje, których autor nie wymienia. Z dokładnego rozbioru badanych przypadków dyfterytycznych okazało się, iż lasecznik Löfflera tylko w tych razach znaleziony był w jamach bocznych nosa, w których błony wrzekome wytworzyły się w przewodach nosowych, przyczem nie jest koniecznem, aby ciągle się tam one utrzymywały, wystarcza, aby czas tylko jakiś miały tam swoje siedlisko, potem zaś mogły i zniknąć. Inaczej mówiąc sprawca błonicy z gardzieli stopniowo zajmuje w swoje posiadanie jamę noso-gardzielową, szczególnie tylną powierzchnię podniebienia miękiego, a dalej przewody nosowe i dopiero dosięgnąwszy naturalnych otworów jam bocznych nosa i wytworzywszy po drodze błony wrzekome, wkracza do powyższych zaułków, szerząc tam sprawę zniszczenia sobie właściwą. Wogóle usadowienie się laseczніка Löfflera w tych jamach ma bardzo doniosłe znaczenie pod kilkoma względami. Mikrob ten, znalazłszy tu grunt odpowiedni do swego rozrostu, produkuje toksyny, zatruwające ustrój, i dorzuca ztąd w ten sposób niepoślednią cegiełkę do dzieła zniszczenia, prowadzonego przez główny zastęp operujący w gardzieli i jamie nosowej. Nawet wtedy, gdy dzięki terapii albo odporności chorego da się usunąć błony z tych dwóch ostatnich terenów i chory pozornie wydaje się uleczonym, lasecznik Löfflera, rozwijając się swobodnie w jamach bocznych nosa, osłabia organizm swym jadem, dzięki czemu osobnik ginie czasem już wtedy, gdy lekarz cieszył się jego uleczeniem. Jeśli zaś organizm wychodzi zwycięzko z tej walki z ukrytym wrogiem, i ten ostatni nie znajduje odpowiednich warunków w jamach bocznych nosa, to wraz ze śluzem z nosa opuszcza ustrój, po za którym niestety często znajduje odpowiedniejszy grunt dla swego rozwoju, zaraża innych ludzi. Wobec tego śluz z jamy nosowej dziecka, które przebyło dyfteryę nosa, ma niepoślednie znaczenie w sprawie szerzenia się zarazy błonicznej. Jeżeli laseczniki błonicy znalezione w śluzie gardzieli ozdrowieńca z dyfteryi jeszcze w ciągu prawie 8 tygodni, to ważne ma to znaczenie pod względem izolacji takich chorych. Nierównie ważniejszem atoli jest dla życia praktycznego znajdowanie przez dłuższy czas po chorobie w śluzie nosa laseczніка Löfflera, zdolnego do rozwoju. Dzieci bowiem rzadko plują, gdyż tymczasem prawie każde z nich dłubie w nosie

i służem ztąd wydobytym wala dotykane przedmioty. Znanem także jest bardzo używanie wspólne chustek do nosa między starszymi i dziećmi. Wobec tego łatwo zrozumieć, jak tą drogą może szerzyć się zaraza błonicy. Ogromnem zatem jest niebezpieczeństwo przeniesienia zarazy, jeżeli dziecko, które przebyło dyfteryt nosa, przez nierozsądnych rodziców gwałtem jest odbierane z zakładu leczniczego, lub, leczone w domu, zawczasie wraca do towarzyszków zabawy, ponieważ klinicznie uważane było za wyleczone. Jeżeli zwróci się uwagę na omówione znaczenie śluzu nosa, to łatwo zrozumieć, że tak zwane „domy dyfterytyczne,” gdzie mimo najdokładniejszej dezynfekcyi, po pewnym czasie, zjawiają się nowe zasałnienia na błonicę, są wrażliwej autentyczności. Zdaniem autora prostopu ma się tu do czynienia zawsze z nowem zaniesieniem zarazki specyficznego. A jakkolwiek różnorodne mogą być sposoby takiego zakażenia mieszkań, to najczęściej, prawdopodobnie, rozsądnymi zarazy są osobniki po przebytej błonicy nosa.

Doszedłszy do powyższych wniosków na drodze teoretycznych rozumowań przy rozbiórce wyników swych badań bakteriologicznych, autor znalazł ich potwierdzenie w analizie z życia wziętych przypadków. W jednym z nich n. p. wydzielina nosowa dziecka, które przebyło dyfteryt nosa, jeszcze przez cztery miesiące (!) zawierała laseczniki Klebs-Löfflera, zdolne do rozwoju. Prócz tego przytacza autor jeszcze kilka przypadków, gdzie po najdokładnijszym zdezynfekowaniu mieszkania, odzieży i przedmiotów z otoczenia chorego na błonicę, w mieszkaniu tem wybuchła dyfterya, nosa. Autor zachęca do dokonywania liczniejszych badań jam bocznych nosa ludzi zmarłych na błonicę, co może dać ważne wskazówki dla rokowania, zapobiegania i wyjaśnienia zagadkowych zachorowań na tą chorobę.

Jamy boczne nosa w odrze. Podobnemu jak wyżej badaniu poddał autor 5 przypadków odrzy, które zakończyły się śmiercią, dzięki różnym powikłaniom (broncho-pneumonia, zwyrodnienie serca, koklusz, dyfteryt krtani).

Jamy szczęki górnej we wszystkich tych przypadkach przedstawiały obraz ciężkiego zapalenia błony śluzowej ze znacznym jej obrzękiem. Z drobnoustrojów znaleziony był diplococcus lanceolatus oraz streptococcus, w jednym zaś przypadku wyłącznie staphylococcus p. aur. Tak więc i w odrze, podobnie jak w błonicy, spotykamy ciężką postać zapalenia błonicy śluzowej jamy Highmora, dowód, że nie sam lasecznik Löfflera jest przyczyną tej sprawy. Zatoki trzonu kości klinowej ani w jednych z badanych przypadków nie były rozwinięte (dotyczyły one dzieci od 1 — 2 lat). Za to jamy bębnekowe zawierały w każdym z nich ropny wysięk, a w nim były znalezione: diplococcus pyogenes aureus et st. p. flavus.

Przypadków szkarlatynowych badał autor pięć, z których trzy powikłane były dyfterytem i w grupie pierwszej były analizowane. Dwa pozostałe zakończyły się śmiertelnie, pierwszy wskutek aspiracyi krwi do płuc przy silnym krwotoku z nosa, drugi wskutek posocznicy wynikłej z rany zgorzelinowej. W obu przypadkach były obecne liczne miejsca zgorzelinowe na języczku i podnie-

bieniu miękiem; w obu znaleziono chorobowe zmiany w jamach bocznych nosa i ropne zapalenie ucha średniego. W wysiękach zapalenie kości ropnej, w jednym z nich błona śluzowa jamy Highmora i zatoki kości klinowej były mocno zbręknięte. W drugim jama szczęki górnej była tylko kataralnie zmieniona, a zatoki trzonu kości klinowej nie były jeszcze rozwinięte.

Tak więc przy błonicy, odrze i płonicy jamy boczne nosa zawsze przedstawiają zmiany błony śluzowej jej wyścielającej, polegające bądź tylko na katarze, bądź na różnym stopniu zapalenia, wywołanego przez różnorodne drobnoustroje chorobotwórcze.

W poszukiwaniach bakteryologicznych autor posługiwał się pożywką hodowlaną, podaną przez Deycke'go a mającą tą zaletę, że na niej bardzo szybko rozwijają się niektóre drobnoustroje, gdy tymczasem inne znacznie w swym rozwoju się opóźniają. Lasecznik Löfflera daje na pożywce Deyckego, wyraźne kolonie już po 12 godz., towarzyszące mu ropne koki rozwijają się znacznie później, po dłuższem przebywaniu w aparacie wylęgowym. Rzecz prosta, że te własności owej pożywki pozwalają nader szybko zorientować się w danym przypadku chorobowym, co ma nieocenioną wartość szczególnie obecnie przy leczeniu surowicą przeciw-błonicy.

Pożywkę tą nazwał wynalazca mianem: „Alkalialbuminat-Nährboden,” a w skład jej wchodzi: żelatyna, sól kuchenna, alkali, pepton i alkalialbuminet. Ostatnia część składowa otrzymuje się w następujący sposób: 1000 grm. dokładnie tłuszczu pozbawionej i drobno siekanej cielęciny zalewa się 1200 grm. 3% roztworu potasowego, dobrze mięsza i w ten sposób w kolbie przy ciepłocie 37° C przez dwa dni maceruje. Następnie przez kilkagodzinne ogrzewanie na kąpieli wodnej przy ciepłocie 60—70° C rozpuszcza się zupełnie białko. Do otrzymanego stąd przesącza jasnego o ciemnobrunatnej barwie dodaje się ostrożnie czystego kwasu solnego, który strąca albuminaty, te zaś zbiera się na filtrze płóciennym, przemycia wodą przekroploną i przez dodanie nasyconego roztworu sody doprowadza do wyraźnego alkalicznego odczynu a po części i do rozpuszczenia. Zupełne rozpuszczenie otrzymuje się przez kilkagodzinne gotowanie w parowym sterylizatorze. Otrzymaną w ten sposób ciemnobrunatną ciecz doprowadza się w zwykły sposób do reakcji słaboalkalicznej, prawie obojętnej.

Nakoniec, odparowuje się do suchości, proszkuje i w ten sposób otrzymuje jasnobrunatny proszek alkalialbuminatu, który za pomocą wody przekroplonej rozcieńcza w odpowiednim stosunku. Do hodowania laseczników Löfflera nadaje się najlepiej pożywka zawierająca: 1% powyższego alkalialbuminatu, 1% peptonu, 1/2% soli kuchennej, 2% agar. agaru. i 5% żelatyny; wszystko to rozpuszcza się w odpowiedniej ilości wody destylowanej i przez dodatek 1/3% sody odpowiednio alkalizuje. Dalsze postępowanie jest zwykłe. W ten sposób otrzymuje się pożywkę agarową skośnie w próbówce zastygłą, która barwą i wyglądem nie różni się od zwykłego agaru bulionowego. Prócz lasecznika błonicy na alkalialbuminatowych gruntach rozwijają się też łatwo laseczniki cholery azyatyckiej i duru brzuszego.

Dzięki eklektodycznemu zachowaniu się pożywek alkalialbuminowych nie potrzeba robić frakcyjnych hodowli, jak to przy użyciu zwykłej żelatyny było koniecznem. Tu wystarczy zrobienie jednej hodowli na płytce, skąd łatwo otrzymać czystą hodowlę poszukiwanego lasecznika, już przy pierwszym przeszczepieniu *).

Wł. Świątecki.

IV. Choroby oczne.

25. Abadie Ch. **Leczenie jaskry przewlekłej niezapalnej.**
(*Traitement du glaucome chronique simple. Archiv d'ophthalmologie.*
T. XV, N. 11, 1895).

(*Traitement du glaucome chronique simple. Archiv d'ophthalmologie.*
T. XV, N. 11, 1895).

Leczenie jaskry ostrej i jaskry przewlekłej zapalnej polega na wycięciu tęczy (iridectomia). Inna rzecz jest z jaskrą przewlekłą niezapalną, rozwijającą się bardzo powolnie, kiedy ciśnienie wewnątrzgłokowe oka powiększa się stopniowo, a żadnych przytóm objawów zapalnych niema. W takich razach oko na pozór przedstawia się zupełnie prawidłowo: tymczasem pole widzenia zaczyna się zwężać, bystrość wzroku coraz bardziej upada aż po upływie mniej lub więcej dłuższego czasu nastąpi zupełna utrata wzroku. Dotychczas choroba ta uważaną była za nieuleczalną. Leczenie operacyjne (iridectomia, sclerotomia) nie daje żadnych rezultatów, bo pomimo tych rękoczynów ciśnienie wewnątrzgłokowe zmniejsza się tylko na czas bardzo krótki, poczem znów dosięga coraz wyższej skali i ostatecznie ślepotą jest nieuniknioną.

Obecnie posiadamy sposób leczenia tej strasznej choroby, która zdarza się dosyć często, szczególnie w pewnym wieku. (50—60).

Przedewszystkiem zaleca się systematyczne stosowanie środków, zwężających źrenicę, t. j. ezeryny, lub pilokarpiny w dawkach 1 : 100, 1 : 200, 1 : 400, względnie do tego, jak chory powyższe lekarstwo znosi.

Działanie przeciw-glaukomatyczne ezeryny znanem jest od roku 1877 (Laqueur ze Strasburga), i od tego czasu środek ten stosuje się zwykle dla złagodzenia napadów ostrej jaskry; nie był on jednak używanym w sposób systematyczny, przez czas dłuższy, dopiero Cohn z Wrocławia, a następnie Rochon Duvigneaud

*) Przepis na pożywkę hodowlaną Deyckiego podajemy z Deutsche med. Woch Nr. 37 str. 888 z r. 1893 i Nr. 25 str. 528 z r. 1894.

opisali kilka przypadków jaskry, leczonych systematycznie za pomocą wkraplania eseryny.

Autor, zniechęcony niepomyślnymi rezultatami operacyjnego leczenia jaskry przewlekłej niezapalnej, zaczął również stosować w tych wypadkach przez dłuższy czas środki zwężające źrenicę. Rezultaty były zachęcające.

Jednakże wyniki leczenia były jeszcze lepsze i prawdopodobieństwo wyleczenia stało się większem, gdy prócz leczenia za pomocą wkraplania ezeryny resp. pilokarpiny, autor zaczął stosować środki wewnętrzne, mianowicie bromek potasu i siarczan chinu w sposób następujący:

Przez cały miesiąc autor zalecał choremu przyjmować codziennie średnią dawkę bromku potasu (1,0—2,0) i co drugi dzień 0,30 do 0,50 siarczanu chininy. Krople ezerynowe lub pilokarpinowe, (albo obydwa te środki jednocześnie) zakraplał autor choremu do oczu raz na dzień. Po upływie miesiąca kuracja przerywa się na dni 4, poczem, gdy ciśnienie wewnątrzgałkowe okaże się prawidłowem, przepisuje autor tę samą kurację, powtarzaną co 8 dni, przez całe życie, jeżeli tego okaże się potrzeba.

W. Garliński.

26. Prof. Vossius. Giessen. **Przypadek t. zw. forme fruste choroby Basedowa.** (*Deutschmann's Butr. z Augenheilk. XVIII 1895*).

Jak wiadomo, trzy są główne objawy choroby Basedow'a: kołatanie serca ze zwiększoną częstością tętna, bóle i wysadzenie gałki ocznej (exophtalmus); dwie ostatnie zmiany występują zwykle obustronnie. Z biegiem czasu do tej trójcy objawów, odkrytej jeszcze przez Basedow'a, przybyły, pomijając różne objawy nerwowe, jak naprz. drżenie (tremor), jeszcze zaburzenia ze strony oczów. I tak, Stellwag zwrócił uwagę na zmniejszoną częstość mrugania i zwiększoną szerokość szczeliny powiekowej; Graefe zauważył, że górna powieka nie opuszcza się należyście przy patrzeniu na dół; Becker dostrzegł tętno w tętnicach siatkówki. Niektórzy chorzy uskarżają się na łzawienie (epiphora), inni na przykre uczucie suchości w oczach. Zdarzają się także, choć bardzo rzadko, zaburzenia akomodacji i porażenia mięśni ocznych, częściej zaburzenia w konwergencji.

Prócz klasycznego obrazu choroby Basedow'a znane są także t. zw. formes frustes, na które Trousseau pierwszy zwrócił uwagę. W tych ostatnich brak jednego lub więcej objawów głównych. Według Charcot'a objaw tachykardyi spotyka się w każdym przypadku choroby Basedow'a. Tymczasem Völkell zebrał 21 przypadków jednostronnego wysadzenia gałki ocznej przy morbus Basedowi, z których w ośmiu nie było kołatania serca; wola nie było trzy razy, u dwóch zaś chorych cierpienie rozpoznane zostało jedynie tylko z objawów ocznych. Autor opisuje następujący przypadek, który do takich właśnie postaci zaliczyć

należy. Chora, lat 22, podaje, że od pół roku zauważyła różnicę w wyglądzie obu oczu. Od dziewięciu miesięcy cierpi na silne bóle głowy w okolicy czołowej, jakoteż często doznaje ogólnego znużenia. Dotychczas służyła, musiała jednak obecnie opuścić służbę z powodu cierpienia swego. Kołatania serca nie miała; nie zauważyła również żadnego obrzmienia na szyi. Stan obecny. Lewa szczelina powiekowa zdaje się być zmniejszoną skutkiem nieznacznego opadnięcia powieki górnej (ptosis); powieka może być przytem zupełnie prawidłowo poruszana. Prawa gałka oczna nieco wysadzona ku przodowi i zbacza trochę ku dołowi i zewnątrz. Prawa szczelina jest rażąco szeroka. Cała rogówka i wążki pasek twardówki powyżej rogówki odsłonięte. Gdy chora patrzy nadół, górna powieka prawego oka opuszcza się nieznacznie tylko i większa część gałki pozostaje niepokrytą. Dolna powieka prawego oka stoi niżej, u lewego. Skojarzzone działanie mięśni prostych wewnętrznych prawie niemożliwe, pomimo, że mięśnie te nie są porażone. Przy badaniu wziernikiem widać w obu oczach od czasu do czasu nieznaczne tętnienie niektórych gałązek tętniczych. Drżenia rąk niema, wola również. Granice stłumienia, odpowiadającego położeniu serca nie są rozszerzone, działalność serca prawidłowa. Kołatania niema. Stan umysłowy chorej prawidłowy, nastrój raczej smutny, niż wesoły. Chora jest uderzająco spokojna, sen ma dobry. Na klinice pozostawała przez kilka tygodni; stan nie zmieniał się. Przy badaniu w pół roku po opuszczeniu kliniki znaleziono: wyraz twarzy bardziej ożywiony, stan ogólny znacznie lepszy, bóle głowy i uczucie znużenia znikły. Obie szczeliny powiekowe równe i prawidłowe. Prawe oko zdaje się być jeszcze nieco wysadzone; przy patrzeniu na dół prawa powieka górna opuszcza się o wiele mniej, niż lewa. Niedostateczność konwergencji bez zmiany. Wola niema.

Powyższy przypadek jest pod wielu względami zajmujący, przede wszystkim dla ograniczenia objawów do oczu, jakoteż dla jednostronnego wysadzenia gałki ocznej. Z objawów głównych brak tu kołatania serca i wola, za to są tu prawie wszystkie objawy oczne.

Jednostronność wysadzenia gałki ocznej zdaje się dawać dobre rokowanie, co już Völkell zaznaczył. Szczególnem było tu nieznaczne opadnięcie lewej powieki górnej, które w dalszym przebiegu choroby znikło. Mannheim widział je kilkakrotnie w morbus Basedowi. Pod względem stopnia odpowiadało ono temu opadnięciu, na jakie wskazał Horner przy porażeniu nerwu współczulnego. Brak wola przemawiałby w tym przypadku przeciw teorii Möbius'a powstawanie choroby Basedow'a (nieprawidłowa czynność gruczołu tarczowego). Objawu tego nie było zresztą i w innym także spostrzeżeniu autora u 38 letniego chorego z silnem kołataniem serca, wysadzeniem gałek ocznych, objawami Graefé'go i Stellwag'a i znacznem bardzo drżeniem (tremor). W obu tych przypadkach skłania się autor do przyjęcia nerwowego pochodzenia choroby, stanowczo jednak zdania swego w tym względzie nie wypowiada.

Z. Holc.

27. Dr. med. G. Ahlström. Gothenburg. Szwecya. **O odkażającym działaniu łez.** (*Centralbl. f. Augenheilk. Juli. 1895*).

Po ostrem zapaleniu gruczołu łzowego wytworzyła się fistuła glandulae lacrymalis. A. skorzystał z tego, ażeby poczynić doświadczenia nad przeciwpaśmożytniczymi własnościami łez, a mianowicie nad ich działaniem na staphylococcus pyogenes aureus.

Najprzód mięszał A. nieznaną ilość łez z 1 cm. sz. podłoża z wyciągu mięsnego z peptonem i żelatyną i rozlewał na płytkę; łyzy zawsze okazywały się jałowemi. Następnie zakażał ciecz łzową młodą hodowlą pasożyta, poczem ciecz powyższa zachowywana była w temperaturze 33° C. Z tego zakażonego płynu brane były niewielkie ilości w różnych odstępach czasu dla przenoszenia do żelatyny. W ten sposób otrzymywał A. płytki z hodowlami gronkowca ropotwórczego, który pozostawał w zetknięciu ze łzami krótszy lub dłuższy czas. Z liczby kolonij znajdujących się na różnych płytkach, można było wyprowadzać wniosek co do działania, jakie płyn łzowy na powyższe pasorzyty wywarł. Otóż badania te pokazały, że nie można łzom przypisywać własności bakteryobójczych. Z drugiej jednak strony z tychże badań wynika, że łyzy stanowią grunt odżywczy niezbyt odpowiedni dla gronkowca, gdyż rozmnażał się on w bardzo ograniczonym stopniu. Następnie wykonał A. pewną liczbę badań ze łzami, pochodzącymi z worka spojówkowego dzieci ze sprawami fliktenularnemi i stwierdził w tym drugim szeregu badań ubywanie, a nawet zupełne znikanie pasorzytów pod wpływem łez; a więc te ostatnie badania przemawiają, w przeciwieństwie do pierwszych, za tem, że łyzy posiadają własność hamowania w pewnym stopniu rozwoju pasorzytów.

Przyczyny tej różnicy, jaką A. otrzymał w obu szeregach swoich doświadczeń, doszukiwać się należy z pewnością w niejednakowym składzie chemicznym łez przy przetoce, a w stanach chorobowych łącznicy. Dokładniejszego rozbioru nie dokonano, znaleziono jednak wybitną różnicę, mianowicie pod względem odczynu; łyzy pochodzące z worka łącznicowego oddziaływały bardzo słabo alkalicznie, podczas, gdy łyzy z przetoki posiadały odczyn o wiele więcej zasadowy. A zatem łyzy im silniejszy mają odczyn alkaliczny, tem słabiej działają na gronkowce. Im obficiej łyzy się wydzielają, tem słabiej oddziałują zasadowo i tem silniejszy jest ich wpływ hamujący na gronkowca; w warunkach prawidłowych, przy zdrowej łącznicy, kiedy wydzielanie łez jest bardzo skąpe, nie posiadają one jakichś znaczniejszych własności odkażających wobec drobnoustrojów znajdujących się w worku łącznicowym; za to działanie bakteryobójcze wystąpić może, gdy się łyzy w nieprawidłowej ilości wydzielają, jak to ma miejsce w stanach zapalnych albo pod wpływem podrażnień chemicznych; wtedy, mianowicie, posiadają one zmieniony skład chemiczny.

Czy można jednak na zasadzie faktu, że drobnoustroje w łzach giną, przypisywać tym ostatnim własności bakteryobójcze? Jedyne wniosek, jaki, zdaniem A. wyprowadzić można, jest ten, że łyzy stanowią nieodpowiedni grunt odżywczy dla dalszego rozwoju drobnoustrojów.

Z. Holc.

V. WIADOMOSCI POMNIEJSZE.

28. **W świeżym tryprze u kobiet postępuje Veit** podług następujących zasad:

1) Jeżeli kobieta ma świeżego trypra, to aby uniknąć dalszej infekcyi należy męża leczyć bardzo energicznie. 2) Wystrzeganie się szkodliwych wpływów przy leczeniu. 3) Szkodliwe jest wszelkie leczenie ciała macicy przy świeżej chorobie, dlatego, że orificium inter. uteri stanowi granicę dla gonokokków. 4) Trzeba się starać o zupełną czystość pochwy, przez częste mycie mydłem i szczotką, lub kąpiele; a także za pomocą tamponów nasasyconych roztworem kwasu bornego lub alunu w glicerynie, szprycowań do pochwy zupełnie można zaniechać.

Odosobniony katar szyjki przy wążkiem zewnętrznem ujściu macicy wymaga najpierw klinowatego wycięcia ujścia, a później leczenia bardzo słabymi dezynfekującymi roztworami.

St. Kurtz.

29) **Formalina w tryprze pochwy.** Przy zwyczajnym jako też tryprowej wydzielinie z szyi macicy otrzymał Winkel dobre rezultaty od stosowania Formaliny (40% roztwór Formaldehydu), w 155 wypadkach, zalecając szprycowanie do pochwy 2 razy dziennie z letniej wody z dodatkiem 2-ch łyżeczek od kawy do 1 łyżki na litr w uporczywych wypadkach oprócz szprycowań zaleca pędzlowania szyjki i ciała macicy roztworem formaliny, zaczynając od 1%—10% roztworu. Skutek jest często zadziwiający.

Także Formalina daje dobre rezultaty przy wydzielinach wskutek zmian położenia macicy i przy nowotworach łagodnych (adenoma, myoma), przy złośliwych (rak, sarcoma) zmniejsza wydzieliny i uśmierza bóle.

Aby otrzymać 10% roztwór Formaliny, podany przez Winkla, trzeba rozcieńczyć Formaldehyd trzema częściami wody. Do obmywań zaleca roztwór od 5%—10%.

Stosując pędzlowania macicy, otrzymuje doskonale rezultaty, przy spuchnięciach, zaczerwieniach, obfitej wydzielinie i bolesności.

Jako zalety formaliny, Winkel podaje w końcu pracy następujące dane: 1) Taniść środka (150 gr. 10% kosztuje 1 markę). 2) Działanie i zupełny brak zapachu już w roztworach (1:1000). 3) lekka rozpuszczalność i niejadowitość; 4) w małych ilościach może być używana przy porodach w słabych roztworach.

St. Kurtz.

30. **Petroleum w raku.** Déspres stosował petroleum w raku nie i vaginitis otrzymał bardzo dobre rezultaty, stosował iniekcje kompresy i szprycowania. Stosując petroleum wó wrzodzie, otrzymuje bardzo szybkie wygojenie; usuwa nieprzyjemny zapach w rozpadającym się raku macicy, powoduje odpadnięcie

zgangrenowanych części i działa obsuszająco na powierzchnie wrzodów.

Przy vaginitis, stosując 3 r. dziennie szprycowania od 100—150 gram., w sześć dni następuje wygojenie. Petroleum nie drażni błony śluzowej, na skórze będącej w stanie zapalnym, może tworzyć pęcherze, ale nie wywołuje strupów.

Cbl. f. Gn. 93, 48)

St. K.

21. **Hyperemesis gravidarum** podług Rottinger'a zależy głównie od stanu psychicznego i nerwowego kobiety. U osób mało nerwowych przy lekkich objawach histerycznych doprowadzają do wymiotów jakiegokolwiek bądź rodzaju podrażnienia (I stop.). U osób z większą wrażliwością powodują duże podrażnienia chorobliwe odruchy, które doprowadzają do histerycznych objawów (II stop.). U osób bardzo nerwowych można już wywołać nieznaczne podrażnienia przez nadzwyczajne pobudzenie odruchów kurczowe, odruchy, które w połączeniu z ciężkimi histerycznymi objawami przedstawiają najcięższą formę wymiotów (hyperemesis), (III stop.).

Leczenie zależy: 1) przy przyczynach, zależnych bezpośrednio od macicy (zmiana położenia macicy; pędzlowanie portionis vaginalis przy owrzodzeniach 10% roztworem lapisu; przy dolegliwościach żołądkowo-kiszkowych synapizma na dołek). 2) Przy nerwowym usposobieniu (hydropatyczne leczenie przed nastąpieniem ciąży; przy nastąpieniu ciąży unikanie psychicznych podrażnień, absolutny spokój na powietrzu i staranne pielęgnowanie skóry). 3) Przy zaburzeniach psychicznych (suggestiae).

St. Kurtz.

KRONIKA BIEŻĄCA.

— **Z towarzystwa lekarskiego.** W d. 7 bm. m. odbyły się w tutejszem towarzystwie lekarskiem wybory. Prezydyum pozostało toż same co w r. z., mianowicie: prezes prof. Baranowski, vice prezes kol. A. Sokołowski, sekretarz doroczny kol. K. Rychliński.

Na zarządzającego pracownią wybrano prof. Hoyerę.

Na bibliotekarza wybrano kol. E. Zielińskiego.

Ustępujący po 13-letniej działalności kol. Peszke na ponowny wybór zgodzić się nie chciał. Mamy nadzieję, że nowy bibliotekarz, który od roku pracował u boku kol. Peszkego, dalej w tym samym duchu z nowymi siłami prowadzić będzie świetnie przez swoich poprzedników zainicjowane dzieło, że pokona wszystkie następczące się trudności i postawi bibliotekę na wzorowym poziomie.

Do grona członków czynnych zaliczeni zostali: Downarowicz Elżbieta (pierwsza kobieta-lekarz, członek Towarzystwa) Flaum Maksymilian, Groszlik Samuel, Gromadzki Jan, Grzankowski Bolesław, Lubliner Leopold, Łogucki Augustyn, Orłowski Wacław, Orzeł Kazimierz, Rappel Adolf, Rodys Władysław, Sawicki Włady-

slaw, Staniszewski Władysław, Stepkowski Franciszek, Sztembarth Wincenty, Uliński Henryk, Wolff Aleksander i Żurkowski Witold. Członkami korespondentami zostali. Szerling Seweryn (z Łodzi) i Troczewski Antoni (z Kutna).

— **Zjazd w PETERSBURGU.** Z powodu zainteresowania, jakie budzi kwestya reform walki z syfilisem, podajemy program zajęć Najwyżej dozwolonego zjazdu, który ma się odbyć w departamencie lekarskim Ministerjum spraw wewnętrznych, celem wynalezienia i osądzenia środków przeciwko szerzeniu się przymiotu w Rosyi.

I. Przymiot wśród ludności wiejskiej: 1) Liczba chorych na przymiot i choroby weneryczne w ciągu 5-iu ostatnich lat (od 1889 do 1893 roku włącznie) według niżej przytoczonego szematu, w guberniach, po miastach, większych i mniejszych wsiach, jeżeli te ostatnie wykazują pewne odrębności co do szerzenia się przymiotu. 2) Źródła, drogi i sposoby szerzenia się przymiotu i chorób wenerycznych. Wpływ pewnych gałęzi przemysłu, jarmarków, portów i innych miejsc czasowego nagromadzenia ludzi, na rozszerzanie się przymiotu. 3) Wiadomości o czasie pojawienia się przymiotu w pewnej miejscowości i o szczególnych warunkach, sprzyjających szerzeniu się choroby. 4) Spisywanie chorych i środki sprzyjające wykryciu chorych przymiotowych. Oględziny lekarskie, nadzór nad fabrykami, jarmarki i t. p. zgromadzenia ludzi. 5) Środki przeciwko szerzeniu się przymiotu. Organizacya środków zapobiegawczych. Opieka szpitalna. Warunki wypisywania chorych ze szpitali. Leczenie pozaszpitalne chorych przymiotowych, ich liczba, skład i wyniki działalności. 6) Niedostateczność środków obecnie stosowanych w walce z przymiotem i chorobami wenerycznymi i obmyślenie środków, które należałoby zastosować, odpowiednio do warunków danej miejscowości.

II. Przymiot wśród ludności miejskiej. 1) Liczba chorych przymiotowych w ciągu ostatnich 5-iu lat, podług szematu niżej podanego, według wieku i pojedynczych miast. Przymiot w szkołach. 2) Źródła, drogi i sposoby szerzenia się przymiotu. Wpływ fabryk, jarmarków, drużyn robotniczych i t. p. 3) Spisywanie i środki zmierzające do wykrycia chorych. Nadzór nad fabrykami i zakładami przemysłowymi. Nadzór nad robotnikami w miejscach większego ich nagromadzenia. Nadzór nad służbą w hotelach, jadalniach, łaźniach, miejscach sprzedaży artykułów spożywczych, służbą w domach prywatnych. Nadzór nad mamkami. 4) Przymiot w domach wychowawczych i domach podrzutków. 5) Środki przeciwko szerzeniu się przymiotu. Środki zapobiegawcze. Opieka nad chorymi na przymiot w szpitalach. Warunki wypisywania chorych ze szpitali. 6) Wykazanie niedostateczności środków obecnie przedsięwziętych i wymienienie tych, które w przyszłości powinny być zastosowane dla skuteczniejszej walki z przymiotem.

III. Przymiot wśród wojska lądowego i morskiego. 1) Dane statystyczne podług niżej podanego szematu: a) Liczba chorych przymiotowych i wenerycznych wśród nowozaciężnych w armii i flocie; b) Liczba chorych przymiotowych i wenerycznych za ostatnie 5 lat wśród żołnierzy podług rodzaju broni i terminów służby. 2) Spisy i środki zmierzające do wykazania chorych przymiotowych. 3) Środki zapobiegające zarażeniu żołnierzy, oraz środki zapobie-

gające szerzeniu się przymiotu w armii i flocie. 4) Warunki uwolnienia wojskowych, dotkniętych przymiotem, ze służby, po ukończeniu terminu służbowego. Pozostawienie chorych przymiotowych w szpitalach wojskowych do zupełnego wyleczenia. 5) Uwagi, dotyczące środków przeciwko rozszerzaniu się przymiotu wśród wojska; wykazanie środków zapobiegających zawleczeniu przymiotu przez wojsko pomiędzy ludność cywilną. IV. Skład i przygotowanie personelu lekarskiego do walki z przymiotem. V. Nadzór nad prostytutką. 1) Wiadomość o liczbie domów tolerowanych i kobiet publicznych w miastach. Prostytucja wśród ludności wiejskiej. Liczba chorych na przymiot wśród nierządnic za ostatnie 5 lat z wyszczególnieniem form chorobowych. Dane statystyczne, dotyczące wpływu prostytutki jawnej i tajnej na szerzenie się przymiotu. 2) Regestrowanie prostitutek i urządzenie nadzoru nad jawną i tajną prostytutką, Komitety policyjno-lekarskie, ich działalność. 3) Opieka szpitalna nad choremi na przymiot prostytutkami; stopień uprzywilejowania szpitalnego leczenia chorym prostytutkom; warunki dozwoleń chorym na przymiot prostytutkom zajmowania się nierządem. Schemat podziału chorych wenerycznych według postaci chorobowych: Przymiot u mężczyzn, kobiet i dzieci. A. Przymiot nabyty: a) przymiot okresu zaraźliwego czyli lepieżowego; b) przymiot okresu niezaraźliwego—formy trzeciorzędne. B. Przymiot dziedziczny. C. Szanier miękki czyli wrzód weneryczny i jego powikłania. D. Rzeżączka i jej powikłania.

— Docent teoretycznej chirurgji i naczelny lekarz szpitala św. Rocha, dr M. Wasiljew, mianowany został profesorem nadzwyczajnym Warsz. Uniwersytetu.

— **Z piśmiennictwa.** Redaktorem Przewodnika higienicznego w miejsce prof. Jordana, został dr Paweł Radecki.

— Z końcem ubiegłego roku, w Paryżu wychodziło 199 pism lekarskich.

— **Uposażenie lekarzy w szpitalach paryskich** nie jest wysokie, na ogólny budżet 40 milionów pensje personelu lekarskiego wynoszą 768,100 fr. mianowicie 132 lekarzy pobiera 198,100 fr., 65 chirurgów 80,400 fr., 14 akuszerów 19,100 fr., 253 internów 184,100 fr., 21 farmaceutów 114,000 fr., 155 uczniów aptekarskich 10,700 fr. 18 dentystów 10,200 fr., 38 akuszerok 42,800 fr.

— **Medycyna w Chinach.** Dr J. Matignou, lekarz poselstwa francuskiego w Pekinie, podaje sposób, jaki służy Chińczykom do oznaczenia płci płodu w czasie ciąży. Kulisty duży wydatny brzuch utrudniający chodzenie przemawia za płcią żeńską. Świeża cera matki, lekkie zabarwienie sutek i mało zmienione rysy, przemawiają za płcią żeńską, jak również szybkie ruchy płodowe.

Bibliografia.

Dr Rob. Ziegenspeck. Anleitung zur Massagebehandlung (Thure Brandt) bei Frauenbiden. Berlin 1895 rerlag v. Kargez Charité, str 3.

Autor prywatdocent uniwersytetu Monachijskiego, zaszczytnie znany na polu stosowania mięśnia w cierpieniach kobiet w omawianej książce, w wyczerpujący sposób przedstawia rozmaite metody mięsienia, dalej przyczyny chorób odpowiednich do stosowania tego zabiegu, objawy tych cierpień i ich przebieg przy leczeniu mięsieniem albo też innymi zabiegami leczniczymi, zapewniającemi lepsze zejście. Autor uważa za najodpowiedniejsze do stosowania mięsienia, rozmaite formy zapalenia jajnika, jajowodu (także ciężę jajowodową), peritonitis, parametritis chronica, tyłozgięcie i tyłopochylenie macicy. Przeciw wskazaniem jest świeże zakażenie lub guz złośliwy. Szereg dokonanych rysunków wyjaśnia ciekawy temat pracy.

Wl. Stan.

Korespondencya.

Radom, 14 XI. 96.

Szanowna Redakcyo!

Podanych poniżej słów kilka repliki na krytykę odczytu mego „O karmieniu niemowląt” (Nr 17 Kroniki lekarskiej) zechciej Szanowny Redaktorze umieścić w Kronice, tem bardziej, że pochlebna ocena mej pracy przez kol. Bączkiewicza zobowiązuje mnie do omówienia Jego zastrzeżeń.

Opisując tylko główne typy wyjaławiaczy mleka (mianowicie przyrządy Soltmann'a, Soxhlet'a i Escherich'a) dla braku miejsca i zwężności, której w całym odczycie hołdowałem, ograniczyłem się na wymienieniu zaledwie z nazwisk autorów licznych modyfikacyj rzeczonych typów zasadniczych. Nie podaję więc opisów tak wygodnych modyfikacyj przyrządu Soxhlet'a, jakimi bezwątpienia są zatyczki w postaci krążków gumowych lub korki z bocznymi na kształt kraników otworami, musiałem się usprawiedliwić, dlaczego aparat Nenckiego i Zawadzkiego pomieszczam w szczegółowym opisie: dla tego mianowicie „by nie pominąć rzeczy swojskich”, boć w gruncie rzeczy jest on tylko modyfikacją Soxhletowskiego, której dobre strony zgodnie z autorami przyznałem, przeciw zaś mniej szczęśliwemu pomysłowi zamykania flaszek oraz przeciw ogzewaniu do 70° się zastrzegłem. Gdybym opisywał przyrząd sterylizacyjny Nenckiego i Zawadzkiego bez tego małego zastrzeżenia, bezstronność nakazywałaby pomieścić opisy szczegółowe dziesiątka jeszcze przynajmniej aparatów, należących do jednego z trzech zasadniczych typów, lecz posiadających oddzielne nazwiska swych wynalazców.

Co się tyczy wysokości ciepłoty sterylizującej, jestem istotnie stronnikiem stustopniowej, na zasadzie dostatecznych jak mniemam, danych, jakie nam badania porównawcze dostarczają, badania których najgłówniejsze wyniki w pracy mej pomieściłem. Ze pominąłem pracę Duclaux'a, cytowaną przez kol. Bączkiewicza,

nie to dziwnego: zjawiała się ona (Annales de l'institut Pasteur, 1895, Nr 4) już po oddaniu mego odczytu do druku, na zarzuty zresztą czynione przez wzmiankowanego badacza twierdzeniom Flüggé'go odpowiedzieć mógłbym słowami mej pracy (str. 59), że „ostatniego słowa w sterylizacji jeszcze nie wyrzeczono”, zaś badania Bendix'a nie zdają się stwierdzać różnic pomiędzy strawnością mleka sterylizowanego przy 100° i niesterylizowanego zupełnie.

Nakoniec, techniczne trudności wydawnictwa pozbawiły pracę moją ważnej ozdoby, mianowicie tablic graficznych, dotyczących chemizmu i trawienia mleka, tablic, które dla ich zalet mnemonicznych wysoko cenilem.

Racz Szanowna Redakcyo przyjąć, etc.

W. Papiewski.

Z M A R L I.

— Dnia 24 grudnia 1895 r. zmarł w Kielcach ś. p. Remigjusz Laskowski, lekarz miasta, w wieku lat 38. Zmarły kolega ukończył uniwersytet Warszawski w r. 1881 i praktykował z początku w Siedlcach, następnie w Kielcach. Ś. p. Remigjusz odznaczał się b. dodatnimi cechami charakteru, jednającemi mu przyjaźń i szacunek wszystkich, z którymi się stykał.

Zmarł, jako ofiara zawodu, zaraziwszy się nosacizną.

— W Paryżu zmarł sławny chirurg, Dr Terillon.

NADESŁANO DO REDAKCYI.

Dr med. **H. Higier.** Niezwykła rzadka postać zmien. skrzywienia kręgosłupa w przebiegu rwy kulszowej. (Odb. z Gaz. Lek.).

Dr Prof. **A. Beck.** Zjawiska życiowe i sposoby ich badania. Wykład wstępny. Kraków, 1895.

A. Beck. Badania szybkości krwi w żyłę brannej. (Odb. z Pamiętnika Zakł. fizyolog.).

Od Redakcyi.

Rozpoczynając 17 rok wydawnictwa, nie mamy potrzeby czytelnikom naszym mówić o celu i zadaniu Kroniki. Przez ten czas zdołała ona wywalczyć sobie rację bytu zupełną i uznanie. W tym samym więc duchu prowadzić zamierzamy ją i nadal, a celem, który nam zawsze przyświecał, będzie, oprócz dostarczania czytelnikom dokładnych informacji, obejmujących całość naszej wiedzy, pilne zwracanie uwagi na warunki bytu lekarzy oraz czuwanie na strażnicy godności naszego stanu. W ten sposób pojmując nasze zadanie, nadal pismo prowadzić będziemy.

Wprowadzona od dnia 1 lipca r. b. zmiana w terminie wychodzenia pisma, które z miesięcznika stało się dwutygodnikiem oraz podział zeszytów na obejmujące działy sprawozdawcze z medycyny wewnętrznej i chirurgii pozwoliły nam na szybsze informowanie publiczności lekarskiej i równomierny podział naszego pisma między różnorodne działy naszej wiedzy. I nadal więc podział ten i terminy wychodzenia zachować zamierzamy.

Wprowadzony również od tego terminu dział sprawozdań z posiedzeń i kongresów o ile możności rozwijać będziemy, w ten sposób bowiem najszybciej informować możemy czytelnika o ruchu naukowym u nas i zagranicą.

Streszczenia zbiorowe, na które osobliwy położyliśmy nacisk, rozwijają się również pomyślnie w naszym piśmie, a takie prace, jak drukowane w Kronice z r. z. kol. Bregmana o władze rdzenia, kol. Bączkiewicza o stosowaniu surowicy, kol. Giedroycia o objawach skórnych w chorobach wewnętrznych i kol. Misiewicza o zapaleniu pęcherza, opracowane na zasadzie ostatnich zdobyczy w nauce, dają czytelnikowi pełny obraz omawianych kwestyj.

Idąc dalej w tym kierunku, i w roku bieżącym zachowamy następujące działy:

1. Artykuły oryginalne ze wszystkich gałęzi naszej wiedzy, spostrzeżenia kliniczne, notatki terapeutyczne.
2. Streszczenia zbiorowe z najważniejszych działów medycyny praktycznej.
3. Sprawozdania z prasy zagranicznej.
4. Sprawozdania z posiedzeń.
5. Bibliografia.
6. Odcinek, poświęcony kwestyom ogólnym, dotyczącym naszego bytu.
7. Wiadomości pomniejsze.
8. Kronika bieżąca.
9. Nekrologia.

W ramach tego programu trudno nam się utrzymać bez zwiększenia objętości pisma i formatu, to też począwszy od roku bieżącego pojedyncze zeszyty Kroniki zawierać będą 3 do 3½ arkuszy druku niniejszego formatu. Zwiększony jednak nakład i przyspieszenie terminów wychodzenia zmuszają nas do podniesienia prenumeraty na rok bieżący. **W Warszawie cena wynosić będzie rs. 7, na prowincyi i w Cesarstwie rs. 8.**

Nie przypuszczamy, aby niewielka ta nadwyżka w stosunku do ceny obecnej miała wpłynąć na zmniejszenie się liczby naszych czytelników, nadwyżka ta, złożona na ołtarzu wspólnych interesów, opłaci się sownie przez zwiększenie ilości arkuszy. Na zyski materialne nie liczymy i nie dla zysków takich wydajemy Kronikę, a, niosąc trud wydawniczy przez lat 16, mamy prawo wymagać, aby w usiłowaniach naszych ku ulepszeniu pisma pomogli nam nasi czytelnicy. W końcu zwracamy się do wszystkich stałych naszych czytelników z prośbą o zasilenie Kroniki pracami i spostrzeżeniami własnymi, nadmienając, że wszystkie, choćby najdrobniejsze artykuły i notatki, jak również referaty są płatne w stosunku 12 rs. za arkusz druku.

Ufni w pomoc wszystkich, komu dobro piśmiennictwa naszego leży na sercu, zaczynamy rok XVII naszego wydawnictwa.

Redakcja.

Wydawcy.

Adres Redakcyi: Chmielna 14.

„ Administracyi: Marszałkowska 99.

Na żądanie Administracya wysyła numery próbne bezpłatnie.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Stanisław Kamiński. O wylewach mleczka do jam surowicznych ciała, 49.—

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. **Chirurgia.** 14. Prof. Koehler. O najnowszych w dziedzinie techniki chirurgicznej, 57.—15. Dr A. Notthafft. O powstaniu raka, 68.—16. Dr. Aime Guinard. O nawrotach guzów złośliwych wskutek zaszczepienia podczas operacji, 69.—17. Prof. A. Poncet. O nieodzowności tracheotomii w wypadkach ciężkich przy znieczulaniu ogólnem, 70.—18. M. Giangolphe. Zewnętrzne cięcie przelyku (oesophagotomia zewnętrzna) z przyczyny uwięzionych w nim ciał obcych, 72.—19. Dr. Georg-Perthes (Bonn). Leczenie operacyjne żyłaków голени według Freundenburga, 74.—20. Dr. Wilhelm Manasse (Berlin). Przyczynek do leczenia przerostu gruczołu krokowego, 75.—7.

II. **Choroby kobiece.** 21. Paul Strassmann. Anleitung zur aseptischen Geburtshilfe, 76.—22. Henryk Frisch. Wycięcie całkowite macicy przez pochwę zamiast kastracji, 79.—23. Dr. A. Benchiser. Kwas winny jako środek usuwający krew z rąk, gąbek i t. d., 80.

III. **Choroby nosa i gardła.** 24. Zachowanie się jam obocznych nosa w błonicy, odrze i płonicy, 81.

IV. **Choroby oczne.** 25. Abadie Ch. Leczenie jaskry przewlekłej niezapalnej, 85.—26. Prof. Vossius. Gesen. Przypadek t. zw. formy fruste-choroby Basedowa, 86.—27. Dr. med. G. Ahlström. Gothenburg. Szwecya. O odkazającym działaniu łez, 88.

28—31. Wiadomości pomniejszych, 89.

Kronika bieżąca, 90.—Od Redakcyi, 94.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 4 Января 1896 года.